

Системы здравоохранения: время перемен

Том 10 №6 2008

Беларусь

Обзор системы здравоохранения

Эрика Ричардсон • Винке Бурма
Ирина Малахова • Валентин Русович
Андрей Фоменко

Редакторы:
Эрика Ричардсон
Светлана Анкер

Европейская

обсерватория



по системам и политике здравоохранения

Редакционная коллегия

Главный редактор

Элиас Моссиалос, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Редакторы

Райнард Буссе, Берлинский технический университет, Германия
Джозеп Фигерас, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Мартин Мак-Ки, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство, и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Ричард Солтман, Университет Эмори, США

Редакционный коллектив

Сара Аллин, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Кристина Хернандес Кеведо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Анна Марессо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Дэвид МакДейд, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Шерри Меркур, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Филипа Младовски, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Эрика Ричардсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Сара Томсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Международный консультативный комитет

Тит Альбрехт, Институт общественного здравоохранения, Словения
Карлос Альварес-Дардет Диаз, Университет Аликанте, Испания
Рифат Атул, Лондонский Королевский колледж, Соединенное Королевство
Йохан Каллторп, Шведская Ассоциация местных властей и регионов, Швеция
Армин Фидлер, Всемирный банк
Коллин Флад, Университет Торонто, Канада
Петер Гаал, Университет Земмельвейса, Венгрия
Унто Хаккинен, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения и развития социального обеспечения и здравоохранения (STAKES), Финляндия
Уильям Хсяо, Гарвардский университет, США
Алан Красник, Университет Копенгагена, Дания
Джозеф Кутцин, Европейское региональное бюро ВОЗ
Сунман Куон, Национальный университет Сеула, Корея
Джон Лэйвис, Университет МакМастера, Канада
Вивьен Лин, Университет Ла Троб, Австралия
Грег Марчилдон, Университет Риджайны, Канада
Алан Мэйнард, Университет Йорка, Соединенное Королевство
Ната Менабде, Европейское региональное бюро ВОЗ
Эллен Нолте, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство
Чарльз Норманд, Университет Дублина, Ирландия
Робин Осборн, The Commonwealth Fund, США
Доминик Полтон, Национальный Фонд страхования на случай временной нетрудоспособности наемных работников (CNAMTS), Франция
София Шлетте, Health Policy Monitor, Германия
Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Россия
Питер К. Смит, Университет Йорка, Соединенное Королевство
Уайнанд П. М. М. ван де Вен, Университет Эразмус, Нидерланды
Витольд Затонски, Мемориальный онкологический центр им. Марии Склодовской-Кюри, Польша

Системы здравоохранения: время перемен

Авторы:

Эрика Ричардсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Винке Бурма, Институт NIVEL, Нидерланды

Ирина Малахова, Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, Беларусь

Валентин Русович, Белорусская медицинская академия последипломного образования

Андрей Фоменко, Государственная служба медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь

Редакторы:

Эрика Ричардсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Светлана Анкер, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Беларусь:

обзор системы здравоохранения

2008



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Швеции, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ФИНАНСИРОВАНИЕ, ЗДОРОВЬЕ

РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – организа-
ция и управление

БЕЛАРУСЬ

© Всемирная организация здравоохранения, 2007 г., от имени 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
Scherfigsvej 8
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 (<http://www.euro.who.int/PubRequest>).

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 пока нет полного согласия.

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. Во избежание ошибок и пропусков названия патентованных продуктов выделяются 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 распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни в коем случае 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:

E. Richardson et al. Belarus: Health system review. Health Systems in Transition, 2008; 10(6): 1-118.

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Список сокращений	ix
Список таблиц, рисунков и вставок	xi
Аннотация	xv
Основные положения	xvii
1. Введение	1
1.1 География и социодемография	1
1.2 Экономика	3
1.3 Политика	6
1.4 Состояние здоровья населения	9
2. Организационная структура	17
2.1 Обзор системы здравоохранения	17
2.2 Историческая справка	18
2.3 Организационная структура	20
2.4 Децентрализация и централизация	25
2.5 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения	26
3. Финансирование	35
3.1 Расходы на здравоохранение	35
3.2 Охват населения услугами здравоохранения и право на медицинскую помощь	38
3.3 Сбор и источники финансовых средств	44
3.4 Объединение финансовых средств	49
3.5 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками	52
3.6 Механизмы оплаты	53
4. Планирование и регулирование	57
4.1 Регулирование	57
4.2 Планирование и управление медицинской информацией	63

5.	Материальные и трудовые ресурсы	67
5.1	Материальные ресурсы	67
5.2	Трудовые ресурсы	76
6.	Предоставление медицинских услуг	95
6.1	Общественное здравоохранение	95
6.2	Маршрут пациента в системе здравоохранения	101
6.3	Первичная/амбулаторная медицинская помощь	103
6.4	Вторичная помощь (специализированная амбулаторная помощь и стационарная помощь)	113
6.5	Скорая и неотложная помощь	116
6.6	Медикаментозная помощь	118
6.7	Долговременная помощь	121
6.8	Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными	122
6.9	Паллиативная помощь	122
6.10	Охрана психического здоровья	123
6.11	Стоматологическая помощь	126
6.12	Дополнительная и альтернативная медицина	127
6.13	Медицинское обслуживание отдельных групп населения	127
7.	Основные реформы в области здравоохранения	129
7.1	Анализ последних реформ	129
7.2	Перспективы развития	133
8.	Оценка системы здравоохранения	135
8.1	Заявленные цели развития системы здравоохранения	135
8.2	Распределение затрат и услуг системы здравоохранения среди населения	135
8.3	Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения	137
8.4	Экономическая эффективность системы здравоохранения	138
8.5	Качество медицинской помощи	138
8.6	Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения	139
9.	Заключение	141
10.	Приложения	145
10.1	Библиография	145
10.2	Полезные интернет-ссылки	149
10.3	Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»	150
10.4	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; он не является жестким и позволяет авторам составить обзор с учетом конкретных особенностей своей страны.

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 элементы, 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.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и 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» Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других организаций. 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 медицинских услуг 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: www.euro.who.int/observatory. Глоссарий терминов, используемых в обзорах, находится по адресу: www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage

Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Республике Беларусь был подготовлен коллективом авторов: Эрика Ричардсон (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), Винке Бурма (Институт NIVEL, Нидерланды), Ирина Малахова (Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, Беларусь), Валентин Русович (Белорусская медицинская академия последипломного образования) и Андрей Фоменко (Государственная служба медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь). Редакторами обзора были Эрика Ричардсон и Светлана Анкер (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), научным руководителем, ответственным за его подготовку, – Мартин Мак-Ки. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения выражает глубокую признательность Александру Граковичу (Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения), Ричарду Солтману (Университет Эмори, Атланта) и Егору Зайцеву (Всемирная организация здравоохранения) за критический анализ обзора и ценный вклад в его составление.

Авторы благодарят всех, кто оказал помощь в подготовке данного обзора. Слова особой признательности авторы адресуют Игорю Бровко, Людмиле Реутской и Елене Ткачевой из Министерства здравоохранения Республики Беларусь. При этом никто из указанных лиц не несет ответственности за авторскую интерпретацию

материала и какие бы то ни было ошибки, которые могут в нем содержаться.

Данная серия обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Коллективом обсерватории руководят ее директор Джозеп Фигерас и содиректор Элиас Моссиалос, а также научные руководители Мартин Мак-Ки, Ричард Солтман и Райнард Буссе.

Производственный процесс и редактирование обзора выполнены под руководством Джонатана Норта при поддержке Николь Саттерли и Пэт Хинсли (верстка). Административными вопросами занималась Кэролайн Уайт.

Особую благодарность авторы выражают Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений о системе здравоохранения из Европейской базы данных «Здоровье для всех», Организации экономического сотрудничества и развития – за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы, а также Всемирному банку – за предоставление информации о расходах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят Государственную статистическую службу за предоставление официальных данных.

Данный обзор и приведенные в нем сведения основаны на общедоступной информации и характеризуют ситуацию, сложившуюся к июлю 2008 года.

Список сокращений

ALASS	Ассоциация романоязычных стран по изучению систем здравоохранения
ECEPT	Рабочая группа по развитию паллиативной помощи в Центральной и Восточной Европе
EGPRN	Европейская исследовательская сеть общеврачебных практик
HALE	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни
SEEC	Шведский восточноевропейский комитет по медицине и здравоохранению
SIDA	Шведское агентство международного сотрудничества и развития
БелМАПО	Белорусская медицинская академия последипломного образования
БЦЖ	Вакцина Кальметта и Гирена
БЮР	Бывшая Югославская Республика Македония
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ДОТС	Программа лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (краткий курс)
ЕС	Европейский союз
ЗППП	Заболевания, передающиеся половым путем
ИРЧП	Индекс развития человеческого потенциала
ИТ	Информационные технологии
КИЗ	Контроль за инфекционными заболеваниями

КПУз	Число кариозных, пломбированных или удаленных зубов
МВФ	Международный валютный фонд
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра (ВОЗ)
НДС	Налог на добавленную стоимость
НПО	Неправительственная организация
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ОМТ	Оценка медицинских технологий
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППС	Паритет покупательной способности
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
РПИ	Расширенная программа иммунизации
СНГ	Содружество Независимых Государств
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ЦВЕ	Центральная и Восточная Европа
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭПЗ	Эквивалент полной занятости
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД
ЯМР	Ядерно-магнитный резонанс

Список таблиц, рисунков и вставок

Таблицы

Таблица 1.1	Демографические показатели за 1970, 1980, 1990, 2000, 2005 и 2006 годы	4
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, 1997–2006 гг.	5
Таблица 1.3	Коэффициенты смертности и ожидаемая продолжительность жизни, 1981, 1990, 2000 и 2005 гг.	10
Таблица 1.4	Коэффициенты смертности по причинам смерти, на 100 000 населения, для всех возрастных групп	11
Таблица 1.5	Материнская и детская смертность и показатели состояния здоровья, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 и 2006 годы	14
Таблица 3.1	Динамика расходов на здравоохранение в Беларуси в 1998, 2000, 2002 и 2004 г.г. (оценка ВОЗ)	36

Рисунки

Рис. 1.1	Карта Беларуси	2
Рис. 1.2	Уровень иммунизации детей против кори в странах Европейского региона ВОЗ (по последним имеющимся данным)	15
Рис. 2.1	Организационная схема белорусской системы здравоохранения	21
Рис. 3.1	Схема финансирования белорусской системы здравоохранения	37
Рис. 3.2	Расходы на здравоохранение, выраженные в процентах от ВВП в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г.	40
Рис. 3.3	Динамика расходов на здравоохранение (в процентах от ВВП) в Беларуси и некоторых других странах, 1998–2004 г.г. (оценка ВОЗ)	41

Рис. 3.4	Подушевые расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. (в долл. США по ППС) (оценка ВОЗ)	42
Рис. 3.5	Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение (в %) в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. (оценка ВОЗ)	43
Рис. 3.6	Расходы на здравоохранение по источникам финансирования, 2004 г.	45
Рис. 5.1	Обеспеченность больничными койками на 100 000 населения в Беларуси и других странах (за период 1990 г. – последние годы, для которых доступны данные)	68
Рис. 5.2	Обеспеченность больничными койками на 100 000 населения в странах ЦВЕ и СНГ, по последним имеющимся данным	69
Рис. 5.3	Обеспеченность врачами на 100 000 населения в Беларуси и некоторых других странах (за период 1990 г. – последние годы, для которых доступны данные)	78
Рис. 5.4	Обеспеченность стоматологами на 100 000 населения в Беларуси и некоторых других странах, по последним имеющимся данным	83
Рис. 5.5	Обеспеченность медсестерами на 100 000 населения в Беларуси и некоторых других странах (за период 1990 г. – последние годы, для которых доступны данные)	84
Рис. 5.6	Обеспеченность врачами и медсестерами на 100 000 населения в странах Европейского региона ВОЗ, по последним имеющимся данным	85
Рис. 5.7	Обеспеченность фармацевтами на 100 000 населения в Беларуси и некоторых других странах, по последним имеющимся данным	94
Рис. 6.1	Число амбулаторных посещений в год в расчете на одного жителя в странах Европейского региона ВОЗ, по последним имеющимся данным	110

Вставки

Вставка 6.1 Пример маршрута пациента в системе здравоохранения:
скорая медицинская помощь 101

Вставка 6.2 Пример маршрута пациента в системе здравоохранения:
направление из первичного во вторичное звено 102

Аннотация

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. В этих обзорах рассматриваются различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников системы здравоохранения; кроме того, в них описываются организационная структура, процессы подготовки и реализации политики и реформ здравоохранения и содержание этих реформ, а также освещаются наиболее важные проблемы в области здравоохранения и те элементы, которые требуют более глубокого изучения.

После обретения независимости система здравоохранения Республики Беларусь сохранила многие из особенностей системы Семашко. Для нее по-прежнему характерны иерархическая структура управления, применение постатейного метода финансирования и доминирование сектора стационарной помощи. Наряду с этим в некоторых секторах был введен механизм подушевого финансирования и предпринимались меры по усилению первичного звена. В Беларуси был взят курс на постепенное реформирование системы здравоохранения. В отличие от радикальных методов этот подход позволил обеспечить стабильность финансирования и оказания медицинской помощи в период экономических трудностей 1990-х годов. Вместе с тем такая постепенность пока не привела к улучшению качества медицинских услуг и сколько-нибудь значительному сокращению избыточного коечного фонда больниц. Высокий уровень расходов на

здравоохранение, всеобщий доступ населения к бесплатной медицинской помощи, охватывающей практически все ее виды, свидетельствуют о стремлении правительства страны обеспечить благополучие ее граждан.

Высокая стоимость содержания стационарного сектора и перегруженность амбулаторного сектора говорят о необходимости проведения реформ здравоохранения в стране. Основным направлением реформ являются усиление первичного звена и повышение качества и эффективности медицинской помощи. К основным задачам, которые предстоит решить в этой связи, относятся сокращение избыточных стационарных мощностей, совершенствование системы управления здравоохранением, переход к принципам доказательной медицины в диагностике и лечении, а также развитие экономически эффективных технологий. Ключом к успеху будут являться вовлечение в процесс планирования и реализации реформ всех заинтересованных сторон и достижение консенсуса между ними.

Основные положения

Введение

Республика Беларусь провозгласила независимость от СССР в декабре 1991 года. С этого времени, согласно Конституции страны, Беларусь является демократическим государством во главе с президентом. Благодаря тому что экономические реформы проводились умеренными темпами, а либерализация цен была лишь частичной, Беларуси удалось избежать тех последствий «шоковой терапии», которые были характерны для многих других стран СНГ. Однако своей экономической стабильностью республика обязана главным образом поставкам дешевой энергии из Российской Федерации.

Благодаря тому что экономические преобразования были относительно мягкими, уровни безработицы, бедности и неравенства в стране достаточно низки, а колебания показателей смертности не так велики, как в ряде других стран. В Беларуси наблюдается естественная убыль населения, связанная с падением рождаемости и ростом смертности от неинфекционных болезней, внешних причин и инфекционных болезней. Средняя ожидаемая продолжительность жизни в стране падает, однако показатели материнской и младенческой смертности в последние годы постепенно улучшаются.

Организационная структура

Система здравоохранения Беларуси имеет иерархический характер и организована по административно-территориальному принципу.

Центральное правительство устанавливает национальные приоритеты в области здравоохранения, а областные и районные органы государственного управления контролируют вопросы организации и финансирования оказания населению медицинской помощи первичного и вторичного уровня на местах. Ответственность за функционирование системы здравоохранения в целом несет Министерство здравоохранения, но непосредственно финансирует оно только услуги высокоспециализированной медицинской помощи. Несмотря на то что в стране предпринимаются усилия по расширению самостоятельности местных органов управления здравоохранением, ни приватизации медицинских учреждений как таковой, ни делегирования управленческих полномочий негосударственным органам проведено не было. Кроме того, поскольку ответственность за финансирование здравоохранения была возложена на местные органы власти, усилилось территориальное неравенство между более экономически благополучными городскими и бедными сельскими регионами страны.

Финансирование

После обретения независимости структура расходов на здравоохранение не претерпела существенных изменений и сохранилась такой, какой она была в прежней системе Семашко; уровни общих и государственных расходов на здравоохранение были относительно стабильными. Система обязательного медицинского страхования в Беларуси не вводилась. Здравоохранение в основном финансируется государством за счет бюджетных средств и частично за счет личных средств граждан. Большая часть доходов бюджета собирается на местном уровне, при этом основным источником налоговых поступлений являются не отчисления из фонда заработной платы работников, а средства от налогообложения государственных предприятий. Поскольку в Беларуси услуги здравоохранения официально являются бесплатными для граждан, то личные расходы представляют собой расходы на приобретение медикаментов и оплату ограниченного круга медицинских услуг, предоставляемых в негосударственном секторе.

Несмотря на то что сбор финансовых средств находится в компетенции местных органов власти, система здравоохранения по-прежнему представляет собой систему единого плательщика. Местные органы власти и центральное правительство выступают в качестве

плательщиков третьей стороны за услуги здравоохранения и работу персонала. С точки зрения приобретения медицинских услуг в стране происходит постепенный переход от принципов содержания имеющихся мощностей к подушевому принципу финансирования, что в долгосрочной перспективе должно обеспечить повышение эффективности распределения ресурсов в системе здравоохранения.

Планирование и регулирование

Министерство здравоохранения является основным органом, регулирующим деятельность строго централизованной системы здравоохранения Беларуси на всех ее уровнях. Оно издает нормативные акты, регламентирующие предоставление медицинской помощи, и стандарты оказания медицинских услуг. Поскольку областные и районные органы управления здравоохранением отвечают за финансирование местного здравоохранения, то их роль в системе здравоохранения номинально считается важной, однако на практике их возможности в области принятия решений по-прежнему весьма ограничены. Во взаимоотношениях между поставщиками и покупателями медицинских услуг в белорусской системе здравоохранения используется интегрированная модель; органы государственного управления различных уровней закупают разные виды медицинских услуг и покрывают издержки государственных медицинских учреждений. В основе планирования по-прежнему лежит система нормативов и штрафных санкций за их несоблюдение. Разработка и реализация политики по принципу «сверху вниз» оставляют мало возможностей для участия в этих процессах различных заинтересованных сторон. Существует также необходимость усовершенствования информационных систем, которые стали бы подспорьем в процессах планирования и разработки политики здравоохранения.

Материальные и трудовые ресурсы

Начиная с 2001 г. в стране предпринимаются попытки сокращения избыточного коечного фонда больниц путем введения на районном и региональном уровнях новых механизмов финансирования, в основе которых лежит не число коек, а численность населения соответствующей административно-территориальной единицы. Однако число

больничных коек на душу населения в Беларуси по-прежнему больше, чем во всех остальных странах СНГ и Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ). Относительно стабильная мощность коечного фонда может частично объясняться проводимой перепрофилизацией коек – с медицинских в медико-социальные. Капитальные вложения в основном направляются в сектор стационарной и специализированной помощи; большая часть средств выделяется на модернизацию существующих медицинских учреждений, а не на строительство новых.

В Беларуси наблюдается колоссальное перепроизводство сестринских и врачебных кадров в секторах стационарной и специализированной медицинской помощи. Со временем эта ситуация только усугубляется. При этом, несмотря на высокую общую численность медицинских кадров, их распределение по территории страны и между различными медицинскими специальностями является несбалансированным. Вследствие расширения альтернативных возможностей развития карьеры и низких заработков медицинских работников возникли серьезные проблемы с привлечением врачей основных специальностей для работы в сельской местности и в секторе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), в то время как в городах и в учреждениях стационарного сектора наблюдается избыток таких специалистов.

Предоставление медицинских услуг

В Беларуси действует широкая сеть поставщиков услуг ПМСП, но в распределении медицинских кадров имеют место значительные 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 – врачебные амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). В некоторых амбулаториях была недавно введена модель врача общей практики. ПМСП в столице страны Минске и в пяти областных центрах оказывается во взрослых и детских поликлиниках, осуществляющих профилактику, диагностику, лечение и направление в учреждения вторичной и третичной помощи.

Вторичную медицинскую помощь населению оказывают в больницах районного и областного уровня. Районные больницы оказыва-

ют базовые услуги вторичной медицинской 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 амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь. Практика использования коечного фонда больниц в целях оказания пациентам медико-социальной и долговременной помощи в Беларуси закреплена законом, а затраты на это частично покрываются за счет вычетов из пенсий и социальных пособий пациентов.

Основные реформы в области здравоохранения

Ключевой особенностью программы реформ здравоохранения в Беларуси является поэтапный подход к их проведению, использующий принцип пилотных проектов. Начиная с 2000 г. в стране предпринимаются меры по укреплению первичного звена, сокращению разрыва между городским и сельским здравоохранением и введению новых методов финансирования здравоохранения – подушевого финансирования и заключения договоров с врачами первичного звена. Важными шагами на пути дальнейшего реформирования здравоохранения являются приоритетное развитие сектора ПМСП, усиление профилактической направленности медицинской помощи и введение метода финансирования, основанного на конечных результатах деятельности, при обеспечении всеобщего доступа населения к бесплатной медицинской помощи. В центре внимания дальнейших реформ будут находиться повышение эффективности и качества медицинской помощи, предоставление учреждениям здравоохранения большей финансовой самостоятельности, внедрение более действенной системы стимулирования труда медицинских работников и совершенствование протоколов лечения в целях улучшения состояния здоровья населения страны.

Оценка системы здравоохранения

Целью белорусской системы здравоохранения является обеспечение всеобщего доступа населения к бесплатной медицинской помощи. Принцип справедливости в здравоохранении соблюдается, но в обеспеченности городского и сельского населения медицинской по-

мощью имеются различия, связанные с несбалансированностью распределения медицинских кадров и учреждений по территории страны. Меры по перераспределению финансовых ресурсов из сектора стационарной помощи в сектор ПМСП и по обеспечению экономической эффективности системы здравоохранения осуществляются медленно. Вместе с тем централизованная система здравоохранения показала свою эффективность в области проведения программ иммунизации населения и снижения материнской и младенческой смертности. В руководстве Минздрава полагают, что даже небольшие улучшения демографической ситуации и состояния здоровья населения свидетельствуют об успехах последних инициатив и деятельности системы здравоохранения в целом, поскольку именно эти показатели принято считать ключевыми индикаторами успеха. Однако улучшению этих показателей могут способствовать и факторы, не имеющие отношения к деятельности Минздрава, и если ситуация в экономике страны ухудшится, то это может поставить под угрозу любые достижения.

1. Введение

1.1. География и социодемография

Республика Беларусь расположена в Восточной Европе. Выхода к морю не имеет. Граничит с Польшей, Украиной, Литвой, Латвией и Российской Федерацией. Столица страны – г. Минск (см. 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. Численность населения уменьшилась с 10,2 млн человек в 1990 г. до 9,73 млн в 2006 г. Обусловлено это тем, что со времени распада СССР рождаемость в Беларуси сильно упала – с 13,9 новорожденных на 1000 населения в 1990 г. до 9,2 в 2005 г., смертность возросла, и эти факторы не были скомпенсированы за счет сальдо миграции (см. табл. 1.1). Как следствие, население Беларуси быстро стареет; особенно это характерно для сельской местности (UNDP, 2005a). Семьдесят два процента населения республики проживают в городах; плотность населения в 2004 г. составляла 47 человек на кв. км (см. табл. 1.1).

По данным переписи 1999 г., преобладающую часть населения составляют белорусы (81,2%) и русские (11,4%); в стране проживают также поляки, украинцы, цыгане и представители других национальностей. Большая часть населения исповедует православие, но есть также католики, протестанты, мусульмане и иудеи. Официальными языками являются белорусский и русский. Белорусский широ-

Рис. 1.1. Карта Беларуси



Источник: United Nations Department of Peacekeeping Operations, 2004.

ко используется в сельской местности, но в правительстве рабочим языком является русский; он же является и основным языком делового общения. 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 гг. 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 г. на Чернобыльской АЭС: более 70% радиоактивного загрязнения пришлось на территорию южной части Беларуси, в результате чего пострадала большая 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 Советского Союза 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 провозглашения 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 этим 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 (UNDP, 2005a). Официально Беларусь является страной с социально ориентированной рыночной экономикой; в стране 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 промышленность). Официальный уровень безработицы в стране очень низок и составляет всего 1,5%, но при этом наблюдается высокий уровень недоиспользования рабочей силы (см. табл. 1.2).

Показатель социального неравенства в Беларуси (коэффициент Джини) сравнительно невелик: в 2005 г. он составлял всего 0,326, в то время как в России этот показатель в том же году был 0,445,

Таблица 1.1. Демографические показатели за 1970, 1980, 1990, 2000, 2005 и 2006 годы

	1970	1980	1990	2000	2005	2006
Общая численность населения (млн человек)	–	9,6	10,2	10,0	9,8	9,7
% женского населения	–	51,9 (1981)	54,2	53,0	52,0	51,8
% населения в возрасте 0–14 лет	–	22,7 (1981)	23,0	18,6	15,4	–
% населения в возрасте 65 лет и старше	–	10,6 (1981)	10,7	13,4	14,5	–
Ежегодный прирост населения (%)*	–	–	3,2	-4,1	-5,3	–
Плотность населения (кол-во человек на кв. км)	–	–	49,1	48,1	47,0	46,9
Общий коэффициент фертильности (среднее число детей, рожденных одной женщиной)	2,4	2,0	1,9	1,3	1,2	–
Общий коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 населения)	–	16,3 (1981)	13,9	9,4	9,2	–
Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	–	9,6 (1981)	10,7	13,5	14,5	–
Коэффициент демографической нагрузки (число лиц в возрасте 0–14 лет и в возрасте 65 лет и старше к числу лиц в возрасте 15–64 лет)	–	0,5 (1981)	0,5	0,47	0,43	–
Распределение населения (% городского населения)	43,4	56,0	66,0 (1991)	69,4	71,8 (2004)	–
Уровень грамотности (%) среди населения в возрасте старше 15 лет	98,7	99,2	99,5	99,7 (2004)	99,6	99,6

Источники: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007; *UNICEF Innocenti Research Centre, 2007.

Таблица 1.2. Макроэкономические показатели, 1997–2006 гг.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ВВП (млн долл. США, по текущему обменному курсу)	14 128	15 222	12 138	12 736	12 355	14 595	17 825	23 142	29 566	36 945
ВВП на душу населения*	–	–	2560	–	1226	1441	1770	2330	–	–
ВВП на душу населения по ППС, долл. США *	4850	6319	6876	7544	7620	5520	6052	6970	–	–
Ежегодный рост ВВП (%)	11	8	3	6	5	5	7	11	9	10
Коэффициент Джини **	0,354	0,351	0,337	0,337	0,343	0,342	0,340	0,338	0,326	–
Добавленная стоимость в промышленности (% ВВП)	41	41	39	39	37	37	39	41	41	42
Добавленная стоимость в сельском хозяйстве (% ВВП)	15	14	15	14	12	12	10	10	10	9
Добавленная стоимость в сфере услуг (% ВВП)	43	46	46	47	51	51	51	49	48	49
Рабочая сила (% от всего населения) *	45,9	–	47,2	53,1	45,4	45,5	45,5	45,2	–	–
Общий уровень безработицы (% рабочей силы) *	2,8	2,3	2,1	2,1	2,3	3,0	3,1	1,9	1,5	–

Продолжение табл. 1.2

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Доля бедного населения, проживающего на уровне национальной черты бедности (% от всего населения)	-	-	-	42	-	18	-	-	-	-

Источники: World Bank, 2008; *WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007; **UNICEF Innocenti Research Centre, 2007.

Примечания: ВВП – валовой внутренний продукт, ППС – паритет покупательной способности.

а в Украине в 2004 г. – 0,41 (UNICEF Innocenti Research Centre, 2007). Относительного социального равенства в Беларуси удалось добиться благодаря поддержанию невысокого разброса уровней зарплаток, ценовых субсидий и значительному объему социальных трансфертов (World Bank, 2004). Постепенный характер реформ позволил сохранить стабильность и поддерживать медленный экономический рост; в последние годы уровень бедности значительно снизился, хотя одной из постоянных проблем по-прежнему остается задолженность по заработной плате работникам и ее выплата в неденежной («натуральной») форме (World Bank, 2004). По индексу развития человеческого потенциала (ИРЧП) Беларусь занимает самое высокое место среди стран СНГ (в 2006 г. ИРЧП Беларуси составлял 0,804), и из всех стран СНГ только Беларусь и Российская Федерация считаются странами, где уровень развития человеческого потенциала является высоким (UNDP, 2007). Огромным плюсом для экономики Беларуси были поставки на выгодных условиях энергоносителей из России – до тех пор, пока эти условия в 2006 г. не были пересмотрены. Как и во многих странах, зависимых от поставок российской энергии, в Беларуси этот фактор может оказать серьезное влияние на будущие тенденции экономического развития.

1.3. Политика

Республика Беларусь провозгласила независимость от СССР в декабре 1991 г. Страна является унитарным демократическим государст-

вом во главе с президентом. Президент 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 Беларуси был Александр Лукашенко, который занимает этот пост с 1994 г. Исполнительную власть осуществляет правительство – Совет министров Республики Беларусь, во главе которого стоит премьер-министр (с декабря 2003 г. этот пост занимает Сергей Сидорский) и первый вице-премьер (с декабря 2003 г. – Владимир Семашко). Назначения на обе эти должности осуществляет лично президент. Законодательная ветвь власти представлена двухпалатным парламентом (Национальное собрание Республики Беларусь), в состав которого входит 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. В палату представителей входят 110 депутатов, которые избираются на четырехлетний срок. Судебную власть осуществляют Верховный суд и Конституционный суд. Всех членов Верховного суда назначает президент; в Конституционном суде половину судей назначает президент, а другую половину – палата представителей. Основные политические преобразования со времени провозглашения независимости были произведены по итогам общенационального референдума, в результате которого в белорусскую Конституцию 1994 г. были внесены поправки, укрепившие роль исполнительной ветви власти по отношению к законодательной. Так, например, в результате октябрьского референдума 2004 г. были сняты ограничения на срок президентских полномочий (ранее президент 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 особый статус самостоятельной административно-территориальной единицы. Каждая область и город делятся на районы, которые имеют собственные местные органы власти, играющие важную роль в обеспечении различных услуг для населения, включая ПМСП (см. гл. 2 «*Организационная структура*»). Но ни границы полномочий органов власти областного и районного уровня, ни гарантированные им объемы финансирования в законодательном порядке не определены. Поэтому несмотря на то, что ответственность за предоставление медицинских услуг на-

селению лежит на местных органах власти, их мандат зачастую не подкреплён соответствующими ресурсами и законным правом на формирование доходов местных бюджетов (UNDP, 2005a). Строго иерархическая структура исполнительной власти и её подчиненность непосредственно президенту подрывает механизм подотчетности исполнительных органов власти перед народными избранниками на местах (UNDP, 2005a). Все важнейшие законы, имеющие отношение к здравоохранению, чаще всего принимаются путем издания указов и постановлений президента или Минздрава, а основным способом повлиять на процесс принятия решений в области здравоохранения является лоббирование через сотрудников Минздрава.

В 1991 г. 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 её экономика сильно зависит от торговых отношений с другими странами – участницами СНГ: в 1999 г. на страны СНГ приходилось 61% всего экспорта и 64% импорта республики (Ioffe, 2004). В 1996 г. был подписан Союзный договор между Россией и Беларусью; именно это является одной из причин того, что Беларусь исторически имела возможность покупать российские энергоносители на столь выгодных для себя условиях. Что касается членства в таких международных организациях, как Европейский союз, Совет Европы и Североатлантический союз (НАТО), вступление в которые так сильно повлияло на политическую и экономическую ситуацию в странах, являющихся западными соседями Беларуси, то на момент составления данного обзора особой заинтересованности в этом руководство Беларуси не проявляло. Беларусь имеет статус наблюдателя во Всемирной торговой организации.

Беларусь подписала Конвенцию ООН о правах ребенка и Международную конвенцию о защите прав человека. Тем не менее в 2007 г., в связи с неблагоприятной ситуацией с правами человека в республике, которая особенно обострилась накануне президентских выборов 2006 г., Беларусь не приняла в Совет ООН по правам человека. Специальный докладчик Совета ООН по правам человека в ряде своих выступлений назвал следующие причины обеспокоенности международного сообщества в связи с ситуацией в Беларуси: ограничение деятельности свободных СМИ, притеснение политической оппозиции и правозащитных организаций, а также усиление ограничений на свободу объединений (Severin, 2007). Представители Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ) также

выразили озабоченность тем, что состоявшиеся президентские выборы проведены с серьезными нарушениями и не были по-настоящему справедливыми и свободными (OSCE Office for Democratic Institutions and Human Rights, 2006). В докладе организации Transparency International о коррупции в мире за 2008 год Беларуси был присвоен рейтинг 2,1 по Индексу восприятия коррупции («0» по этой шкале означает высшую степень коррупции, «10» – отсутствие коррупции) (Transparency International, 2008).

1.4. Состояние здоровья населения

По сравнению с другими странами СНГ в Беларуси коэффициент ожидаемой продолжительности жизни при рождении достаточно низок: для мужчин он составляет 62,9 года, а для женщин – 75,1 года (2005 г.); при этом колебания показателей смертности были не столь значительными, как в соседних странах: России и Украине (см. табл. 1.3). В 2005 г. основными причинами смертности в Беларуси были болезни системы кровообращения (691,2 случая на 100 000), внешние причины: дорожно-транспортные происшествия, отравления, травмы, убийства и самоубийства (165,6 случая на 100 000) и злокачественные новообразования (148 случаев на 100 000) (см. табл. 1.4). При этом и в показателях общей смертности (см. табл. 1.4), и в смертности от отдельных причин имеют место существенные гендерные различия; прежде всего следует отметить, что у женщин среди причин смертности в 2005 г. на первом месте стоят болезни системы кровообращения (508,5 случая на 100 000), на втором – злокачественные новообразования (111,5 случая на 100 000), а на третьем – внешние причины, в том числе травмы и отравления (63,3 случая на 100 000) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Показатель средней ожидаемой продолжительности здоровой жизни (HALE) после 1999 г. упал, составив в 2002 г. 60,7 года (56,6 у мужчин и 64,9 года у женщин), что выше аналогичного среднего показателя по СНГ за 2002 г., который составлял 58,6 года, но значительно ниже среднего по ЕС (70,3 года) (WHO, 2003/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003).

В 2005 г. основными причинами преждевременной смертности в Беларуси (т. е. смертности в возрасте до 65 лет) были болезни системы кровообращения (223 случая на 100 000), внешние причины, включая травмы и отравления (162 случая на 100 000), злокачественные новообразования (84 случая на 100 000), самоубийства (28 слу-

Таблица 1.3. Коэффициенты смертности и ожидаемая продолжительность жизни, 1981, 1990, 2000 и 2005 гг.

	1981	1990	2000	2005
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)				
Женщины	76,1	75,8	74,8	75,1
Мужчины	66,0	66,3	66,4	62,9
Оба пола	71,4	71,3	69,0	68,8
Коэффициент смертности (на 1000 человек)				
Взрослые женщины	770,6	816,3	903,6	891,7
Взрослые женщины в возрасте до 65 лет	268,0	262,2	299,6	302,5
Взрослые мужчины	1437,9	1490,2	1828,7	1914,4
Взрослые мужчины в возрасте до 65 лет	689,9	698,7	902,3	958,7
Коэффициент младенческой смертности (на 1000 живорожденных)	16,6	12,1	9,3	6,3
Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет (на 1000 живорожденных)	20,6	15,0	12,3	8,5

Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

чаев на 100 000) и транспортные несчастные случаи (14,6 случая на 100 000 в 2000 г.) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Во многих случаях смертность от внешних причин была связана с потреблением алкоголя, и, согласно официальным данным за 2007 г., только по причине отравления алкоголем в стране умерли 2416 человек (Жарко, 2008). Значительная часть смертей от внешних причин приходится на суицид. Уровень самоубийств в Беларуси самый высокий среди стран Европейского региона ВОЗ, при этом к группе наибольшего риска относятся мужчины в возрасте до 65 лет (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Существенно возрос уровень заболеваемости туберкулезом; повышаются и показатели заболеваемости ИППП, в том числе ВИЧ/СПИД. Начиная с 2006 г. число случаев передачи ВИЧ-инфекции половым путем растет, но основным способом ее передачи по-прежнему остается инъекционное потребление наркотиков (UNAIDS and WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). В целях сдержи-

Таблица 1.4. Коэффициенты смертности по причинам смерти, на 100 000 населения, для всех возрастных групп

Основные причины смерти (по МКБ-10)	1990	1995	2000	2005
I. Инфекционные болезни				
Инфекционные и паразитарные болезни (A00–B99)	7,5	10,1	9,9	15,7
Туберкулез (A17–A19)	4,7	6,9	7,3	10,5
II. Неинфекционные болезни				
Болезни системы кровообращения (I00–I99)	544,7	620,6	658,9	691,2
Злокачественные новообразования (C00–C97)	176,6	187,3	180,3	148,0
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого (C33–C34)	24,2	25,5	21,8	19,3
Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99)	12,2	18,3	13,5	15,7
Болезни органов дыхания (J00–J99)	73,3	64,8	62,0	47,5
Болезни органов пищеварения (K00–K93)	22,7	25,9	28,5	41,2
III. Внешние причины (V01–Y89)				
Дорожно-транспортные происшествия (V01–V99)	27,5	21,7	18,5	19,8
Все внешние причины, травмы и отравления	103,4	150,9	157,8	165,6

Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: МКБ-10 – Международная классификация болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра (ВОЗ).

вания распространения ВИЧ-инфекции при поддержке международных организаций в республике был развернут целый ряд программ по снижению вреда. Начиная с 2003 г. в Беларуси реализуется стратегия ДОТС (программа лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением, краткий курс). Тем не менее смертность от туберкулеза все еще остается довольно высокой, и надлежащим образом сдерживать распространение инфекции пока не удается.

Долгосрочные последствия чернобыльской аварии для здоровья человека до сих пор являются предметом жарких дискуссий на международной арене. В Беларуси широко бытует мнение, что эта катастрофа явилась причиной значительного роста числа онкологических и других заболеваний населения страны (Havenaar et al., 2003). Однако, как показывают исследования, в значительной степени чернобыльская авария повлияла только на серьезный рост заболеваемости раком щитовидной железы. Уровень заболеваемости раком щитовидной железы у детей в Беларуси в 1990-е гг. резко вырос и остается высоким до сих пор (World Bank, 2002). Наиболее серьезной проблемой в области общественного здравоохранения, связанной с чернобыльской аварией, является ее воздействие на психическое здоровье пострадавших (Chernobyl Forum, 2006). Как бы то ни было, но во многих случаях причинами преждевременной смерти почти наверняка являются алкоголизм и потребление табака. В 2001 г. стандартизованный коэффициент смертности от некоторых причин, связанных с потреблением алкоголя, составлял 188 случаев на 100 000, а от причин, связанных с курением, – 731 случай на 100 000. Аналогичные средние показатели за 2004 г. для стран СНГ составляли соответственно 164 случая на 100 000 от причин, связанных с потреблением алкоголя, и 691 случай на 100 000 от причин, связанных с курением; для Европейского региона ВОЗ в целом средние показатели были следующими: 100 случаев на 100 000 от причин, связанных с потреблением алкоголя, и 396 случаев на 100 000 от причин, связанных с курением (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). В связи с этим можно констатировать, что злоупотребление алкоголем и курение являются для Беларуси серьезнейшими проблемами в области общественного здравоохранения.

Согласно официальным данным, коэффициент младенческой смертности в 2005 г. составил 6,3 случая на 1000 живорожденных, а коэффициент материнской смертности в 2006 г. – 10,3 случая на 100 000 (см. табл. 1.3 и 1.5). По оценкам ПРООН, однако, уровень материнской смертности в республике был значительно выше и в

2003 г. составлял 35 случаев на 100 000 (UNDP, 2005b), а коэффициент младенческой смертности, по оценкам ЮНИСЕФ, в 2005 г. составлял 10 случаев на 1000 живорожденных (UNICEF, 2007). Несмотря на такие расхождения, и оценки ЮНИСЕФ и ПРООН, и Показатели мирового развития (World Bank, 2008) свидетельствуют о том, что оба этих показателя имеют тенденцию к снижению, что соответствует и официальным данным, предоставленным для базы данных «Здоровье для всех».

В 2005 г. приобретение всех вакцин, используемых для рутинной иммунизации в рамках Расширенной программы иммунизации (РПИ), было профинансировано государством, а уровень охвата детей иммунизацией против кори вырос с 92,8% в 1996 г. до 98,0% в 2006 г., что выгодно отличает Беларусь от других стран Европейского региона ВОЗ (см. рис. 1.2). По имеющимся данным, после вспышки заболеваемости корью в 1993 г., когда этот показатель вырос до 37,5 случая на 100 000, к 2005 г. он уменьшился всего до 0,01 на 100 000, после чего снова увеличился до 1,53 на 100 000 в 2006 г. (ВНО, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). В 2000 г. было констатировано, что полиомиелит в Беларуси полностью искоренен. Национальная программа иммунизации детей является бесплатной для всех и включает иммунизацию против гепатита В, дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, эпидемического паротита, краснухи и кори. В отличие от западноевропейских стран, в Беларуси нет обязательной вакцинации против гемофильной инфекции типа В (*Haemophilus influenzae type b*). В Беларуси по-прежнему ведется принятая в СССР программа всеобщей вакцинации БЦЖ при рождении и ежегодное проведение реакции Манту у всех детей в возрасте до 16 лет, а с 17 лет – регулярное рентгенологическое обследование органов грудной клетки (флюорография).

Данные о показателе КПУз-12 (число кариозных, пломбированных или удаленных зубов в возрасте 12 лет) в последний раз поступили в базу данных «Здоровье для всех» в 2000 г.; тогда этот показатель составлял 2,7. Средний показатель КПУз-12 за 1990 г. (это последние имеющиеся данные) равнялся 3,5, но по СНГ в целом сведения об этом показателе очень фрагментарны. Результаты обследования стоматологического здоровья населения Беларуси, опубликованные в 2004 г., показывают, что в среднем КПУз-12 был на отметке 2,7: в сельских регионах он составлял 2,6, в городских – 2,7, а КПУз в возрасте 6 лет в среднем равнялся 4,6 (4,6 в сельских регионах и 4,8 в городских) (Bondarik & Leous, 2004).

В Беларуси не ведется сбор отдельных данных о состоянии здоровья проживающих на территории республики этнических меньшинств. Возможное неравенство в состоянии здоровья между различными социально-экономическими группами на сегодняшний день не является актуальным вопросом государственной политики в области здравоохранения, и поэтому он остается относительно малоизученным. Основное внимание в политике и реформах здравоохранения уделяется вопросам территориального неравенства в доступе к медицинской помощи, поскольку сельские медицинские учреждения зачастую сильно недоукомплектованы кадрами (см. разд. 6.3 «Первичная/амбулаторная медицинская помощь»).

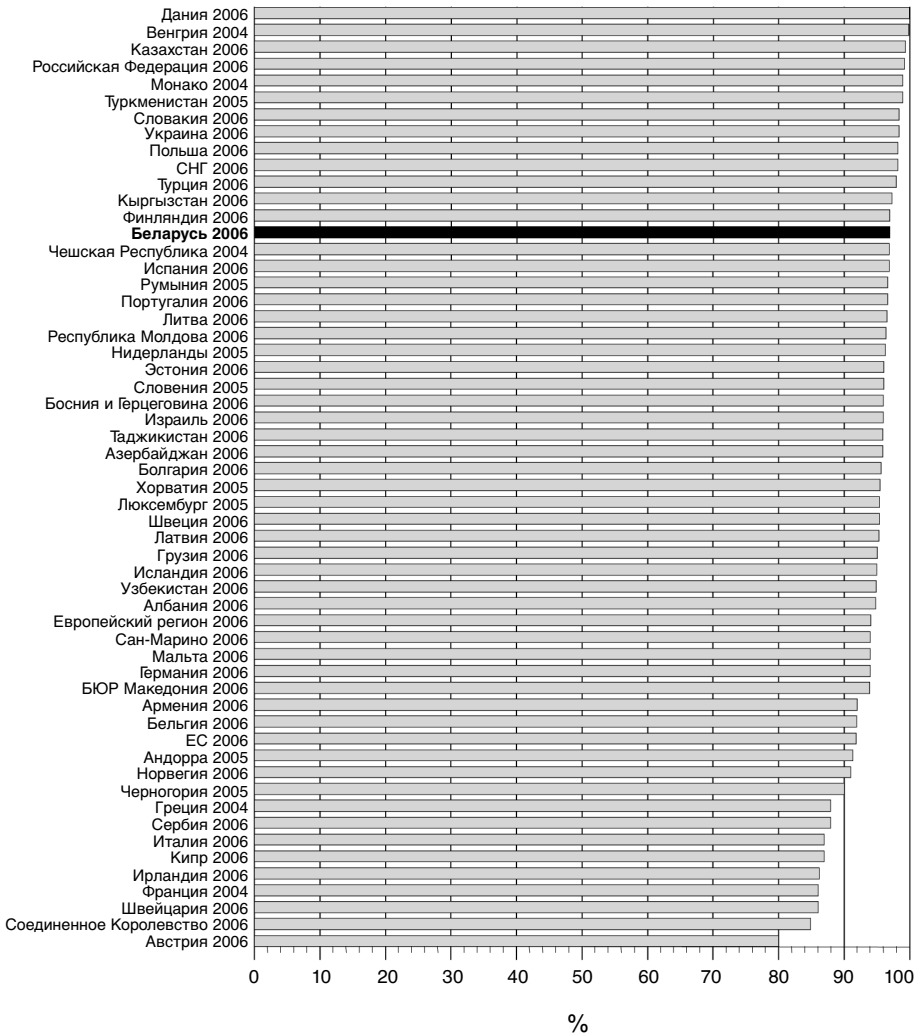
Неравенство между городским и сельским населением Беларуси наблюдается также в вопросах доступа к водоснабжению: так, в 2002 г. водопровод имели 78% городских домохозяйств и всего 22% сельских (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). По результатам другого обследования было выявлено, что 37,4% сельских респондентов пользуются водой из колодцев и других водных источников («не из-под крана»); горячее же водоснабжение вообще является редкостью: доступа к нему не имеют 76,3% респондентов,

Таблица 1.5. Материнская и детская смертность и показатели состояния здоровья, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 и 2006 годы

	1985	1990	1995	2000	2005	2006
% всех живорожденных у матерей в возрасте до 20 лет	–	–	14,3	11,5	9,1	8,5
Неонатальная смертность (на 1000 живорожденных)	–	–	–	4,7	3,0 (2004)	–
Постнеонатальная смертность (на 1000 живорожденных)	–	–	–	4,6	3,8 (2004)	–
Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорожденных)	16,7	21,8	13,8	24,6	15,5	10,3
Заболеваемость сифилисом (на 100 000)	3,5	2,7	150,6	105,2	32,7	27,0

Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Рис. 1.2. Уровень иммунизации детей против кори в странах Европейского региона ВОЗ (по последним имеющимся данным)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС – Европейский союз, БЮР Македония – Бывшая Югославская Республика Македония.

проживающих в сельской местности. Из опрошенных городских жителей лишь 3,4% берут воду из колодцев и других источников («не из-под крана»), и только 15,7% не имеют доступа к горячему водоснабжению (McKee et al., 2006). Однако при этом сельские респонденты, как правило, считают качество воды, которой они пользуются, «хорошим» или «вполне хорошим» (76,2%), а среди городских жителей такого мнения придерживаются лишь 56,2% опрошенных (McKee et al., 2006).

2. Организационная структура

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. Организация и финансирование услуг первичной и вторичной медицинской помощи производятся на местном уровне (областном и районном), при этом правительство, руководствуясь текущими национальными приоритетами, централизованно устанавливает их минимальные стандарты (см. разд. 2.4 «Децентрализация и централизация»). Минимальные стандарты устанавливаются исходя из имеющихся в данный отрезок времени возможностей правительства и Министерства здравоохранения и в случае необходимости могут быть пересмотрены. Таким образом, оперативное управление и финансирование системы здравоохранения производятся на местном уровне, а ее основными участниками являются местные органы государственного управления и областные управления здравоохранения. Однако в силу иерархического характера административной структуры и системы нормативно-правовых актов основные управленческие полномочия принадлежат центральному правительству – а именно Министерству здравоохранения, парламенту и президенту. Описание основных участников системы здравоохранения содержится в разделе 2.3 «Организационная структура».

2.2. Историческая справка

Поскольку до провозглашения независимости в августе 1991 г. Беларусь была республикой в составе СССР, то страна унаследовала модель здравоохранения Семашко. До Октябрьской революции 1917 г. охват населения медицинским обслуживанием через систему земств был довольно широким, но именно с введением системы Семашко были заложены те принципы, которые и сейчас лежат в основе системы здравоохранения Беларуси. Руководящий принцип советской модели Семашко состоял в обеспечении всеобщего и равного доступа населения к бесплатной медицинской помощи. Финансирование здравоохранения производилось за счет бюджетных средств, система планирования ресурсов и персонала была жестко централизованной и основывалась на строгой иерархии учреждений здравоохранения районного, областного, республиканского и общесоюзного уровня. Все медицинские работники были наемными государственными служащими; частная практика была запрещена. Во главе угла стояло стационарное лечение, поэтому первичное звено было развито очень слабо. Государство постоянно стремилось увеличивать численность медицинских кадров и медицинских учреждений; создавалась широкая сеть параллельных (ведомственных) учреждений здравоохранения, которые организовывались при крупных промышленных предприятиях и некоторых отраслевых министерствах (при Министерстве транспорта, 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 параллельных 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 за инфекционными заболеваниями, когда эпидемиологическая картина изменилась и основное бремя стало приходиться уже на неинфекционные болезни, система оказалась недостаточно гибкой, а ее первичное звено и система профилактики – слишком слабыми для того, чтобы обеспечить надлежащий контроль за неинфекционными болезнями, которые

преобладали в эпидемиологической картине в конце советской эпохи (Figueras et al., 2004).

После обретения независимости 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 Беларуси проводится курс на постепенность преобразований с использованием пилотных проектов, которые помогают проверить приемлемость различных подходов в финансировании и организации здравоохранения. В ряде случаев те элементы пилотных проектов, которые правительство и Министерство здравоохранения считают успешными или полезными, получают распространение в общенациональном масштабе. По мнению руководства страны, не радикальные реформы, а именно постепенность преобразований является 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. Постепенность преобразований, в отличие от радикальных реформ, соответствует также и более широкой концепции социально-экономической политики в целом, принятой в Беларуси в постсоветскую эпоху.

После 1991 г. основные организационные реформы здравоохранения были направлены на борьбу с ключевыми недостатками системы Семашко. Были предприняты меры по укреплению первичного звена 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 первичного звена и сектора 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 катастрофически не хватало. Вместе с этим это привело к размыванию границ между системами здравоохранения и социального обеспечения (см. разд. 6.7 «Долговременная помощь»). Кроме

того, были в значительной степени децентрализованы функции по финансированию и управлению системой здравоохранения (см. разд. 2.4 «Децентрализация и централизация»), а в целях повышения эффективности распределения ресурсов на районном уровне был введен механизм подушевого финансирования. В настоящее время все большее внимание уделяется развитию первичной помощи. В целях перемещения части объемов медицинской помощи со стационарного в амбулаторное звено постоянно происходит увеличение доли расходов, направляемых на финансирование первичного звена, в общем объеме финансирования отрасли.

2.3. Организационная структура

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

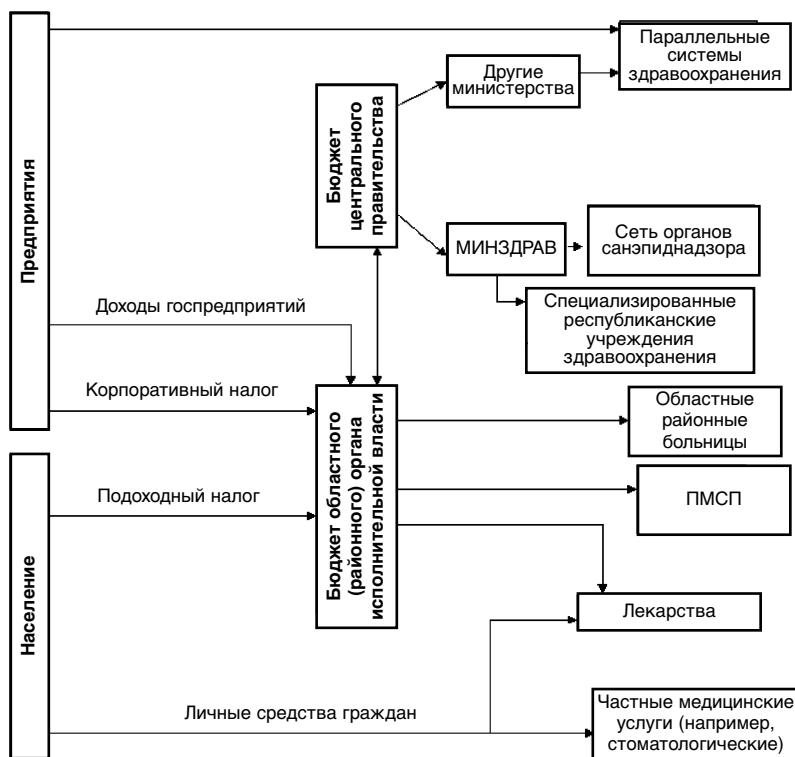
Президент и парламент

Центральное правительство (Совет Министров Республики Беларусь) совместно с Министерством здравоохранения принимает решения о перспективах развития здравоохранения и определяет программу его реформ. Президент и парламент утверждают бюджет, отвечающий их видению стратегии развития здравоохранения.

Министерство здравоохранения

Минздрав является ключевой организацией белорусской системы здравоохранения. Различные управления и отделы Минздрава занимаются вопросами планирования всех материальных и трудовых ресурсов, принимают решения о финансировании отрасли и осуществляют управление системой здравоохранения. Структура управления является иерархической (см. рис. 2.1): администрации центральных районных больниц подчиняются соответствующим областным управлениям здравоохранения, которые в свою очередь подчиняются непосредственно Минздраву и местным органам исполнительной власти, но вся власть сосредоточена в Минске, где и принимается большинство решений в области планирования.

Рис. 2.1. Организационная схема белорусской системы здравоохранения



Источник: схема составлена авторами обзора.

Министерство финансов

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

Министерство транспорта, Министерство внутренних дел и Министерство обороны

Некоторые отраслевые министерства и крупные предприятия имеют собственные учреждения здравоохранения, которые обслуживают их сотрудников (работающих и вышедших на пенсию). Эти ведомственные (параллельные) медицинские учреждения могут быть как амбулаторными, так и стационарными, а финансирование их деятельности осуществляется не из общего государственного бюджета здравоохранения, а из бюджетов соответствующих министерств или предприятий. 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 обычные медучреждения по месту жительства.

В советское время считалось, что качество обслуживания в ведомственных больницах и поликлиниках гораздо лучше, чем в обычных учреждениях системы Минздрава. 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, а условия труда – лучше, так как они избавлены от многочисленных обязанностей, которые должны выполнять их коллеги, работающие в учреждениях системы Минздрава. Поэтому процесс интеграции ведомственных учреждений в систему Минздрава встретил упорное сопротивление. Тем не менее с 2005 г. сеть медицинских учреждений Белорусской железной дороги, несмотря на

возражения со стороны бывших пациентов и врачей, работавших в этих учреждениях, постепенно передается в ведение Минздрава. Такая интеграция необходима потому, что деятельность параллельных систем здравоохранения, как правило, не очень хорошо скоординирована с работой основной государственной системы здравоохранения. Кроме того, в Беларуси в этих учреждениях сконцентрированы значительные неэффективно используемые мощности. В соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 13 мая 2008 г. № 251, на Минздрав возложена обязанность по контролю «за медицинской деятельностью организаций здравоохранения, находящихся в ведении других республиканских органов государственного управления и иных организаций, а также за деятельностью в области здравоохранения структурных подразделений республиканских органов государственного управления, в функции которых входит решение вопросов организации здравоохранения в определенной отрасли».

Областные управления здравоохранением

Областные управления здравоохранением являются важными звеньями в организации здравоохранения страны, поскольку им официально принадлежат все государственные больницы, а также все поликлиники, амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), расположенные на территории подведомственной им области. Областное управление здравоохранением учреждается и контролируется областным исполнительным комитетом (облсполкомом) в соответствии с приказом губернатора области, с официального одобрения Минздрава. Областные управления здравоохранением 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 меди-

цинских работников. Например, Белорусская ассоциация врачей является организацией республиканского уровня, тесно сотрудничающая с Белорусской медицинской академией последипломного образования (БелМАПО) в области поддержки последипломного медицинского образования. С 1994 г. эта ассоциация выпускает ежеквартальный журнал «Медицина». Кроме того, в республике действует Белорусская ассоциация врачей общей практики.

Неправительственные организации

В Беларуси работает ряд НПО, занимающихся вопросами здравоохранения. Большинство из них оказывает поддержку лицам, пострадавшим в результате чернобыльской аварии 1986 г. 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 республиках бывшего СССР. Но, несмотря на это, такие организации системы ООН, как ВОЗ, ПРООН, ЮНФПА и ЮНИСЕФ, очень активно сотрудничают с государственными структурами по вопросам реализации проектов в сфере здравоохранения, в частности по контролю и профилактике туберкулеза, а также по охране здоровья матери и ребенка. На момент составления данного обзора Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией выделил грант на реализацию проектов по контролю за туберкулезом и по профилактике и лечению ВИЧ/СПИД. Другим важным партнером Минздрава является Шведский восточноевропейский комитет по медицине и здравоохранению (SEEC), финансируемый Шведским агентством международного сотрудничества и развития (SIDA). Эта организация оказывает содействие в разработке и подготовке проектов в области развития сектора ПМСП, управления здравоохранением, охраны психического здоровья и профилактики травматизма у детей.

После обретения страной независимости в 1991 г. организационная структура белорусской системы здравоохранения не претерпела радикальных изменений. Наиболее значимым из них была децентрализация финансирования (см. разд. 2.4 «Децентрализация и централизация»).

Ключевыми участниками процесса разработки политики в сфере здравоохранения являются президент и Министерство здравоохранения. На этом же уровне происходит и формирование основных вопросов текущей повестки дня. Определенным влиянием пользуются международные организации, в частности Глобальный фонд и ВОЗ; 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, однако целевых налогов и иных специальных отчислений на финансирование здравоохранения в Беларуси нет. В решении вопроса о доле бюджетных расходов, ассигнуемых на нужды здравоохранения, Министерство финансов обладает меньшим влиянием, чем президент и парламент. 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 относятся к ведению Минздрава. В Минздраве есть специальное подразделение, которое, используя соответствующую систему критериев, осуществляет оценку результатов проводимой политики в области здравоохранения. Однако отчеты этого подразделения предназначены только для внутреннего пользования, и потому доступ к ним получить трудно. В этой связи источниками большей части общедоступной 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, 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: теперь за организацию первичной и вторичной медицинской помощи населению на соответствующей территории отвечают областные и районные органы управления здравоохра-

нением, и соответственно областные и районные органы государственного управления. Национальные программы и минимальные стандарты устанавливаются на общенациональном уровне, но местные органы власти имеют право расширять их с учетом собственных приоритетов. Финансирование первичной и вторичной медицинской 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 (см. разд. 3.3. «Сбор и источники финансовых средств»).

В Беларуси нет опыта делегирования регулирующих полномочий негосударственным органам. На момент составления данного обзора в стране 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. Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения

Информация, предоставляемая пациентам

Еще в советское время правительство Беларуси и органы управления здравоохранением признавали необходимость предоставления пациентам материалов по вопросам санитарного просвещения – это считалось элементом программы профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни. В настоящее время растет понимание того факта, что наличие информации о различных вариантах лечения и о стратегиях самопомощи позволяет пациентам использовать услуги здравоохранения более действенно и эффективно. Достижение максимально возможного уровня здоровья было объявлено в Беларуси национальным приоритетом, а 2008 год был официально объявлен Годом здоровья. В соответствии с этой концепцией объем информационных материалов по вопросам охраны здоровья был значительно увеличен.

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 и радиопрограммы). Поскольку количество интернет-пользователей в Беларуси растет, то Интернет стал весьма популярным источником информации по вопросам самопомощи и охраны здоровья. И хотя большая часть сайтов, посвященных вопросам здравоохранения, является негосударственными, есть также ряд официальных медицинских порталов, в том числе сайты Министерства здравоохранения и его структур, где можно найти информацию об организационной структуре, функциях, возможностях, пунктах обращений граждан и приемных часах государственных организаций здравоохранения. Однако на этих сайтах нет информации о показателях качества работы стационарных и амбулаторных учреждений, о квалификации работающих там врачей-терапевтов и специалистов, а также о том, как можно найти независимый источник, где можно было бы получить необходимую помощь или совет. В Беларуси был проведен ряд исследований в целях оценки спроса на информацию по вопросам здравоохранения со стороны населения и влияния этой информации на поведение людей в отношении своего здоровья. Как показывают результаты этих исследований, спрос на такую информацию достаточно высок, но ее качество пока не может удовлетворить потребности населения (Куницкая и Рога, 2007). В целом люди не удовлетворены работой врачей, так как последние уделяют пациентам слишком мало времени для консультации и предоставляют им во время посещения очень мало информации.

Права пациентов

Нормативно-правовая основа признания, защиты и продвижения прав пациентов в Беларуси содержится в статье 45 (раздел II) Конституции Республики Беларусь 1994 г., с изменениями и дополнениями, принятыми в 1996 и 2004 гг.:

«Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения.

Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания».

Выбранный метод законодательного признания прав пациентов предполагал включение соответствующих положений, определяю-

щих и защищающих права пациентов, в различные нормативные документы, регулирующие конкретные аспекты здравоохранения (Фоменко, 2006). Права пациентов полностью изложены в основном нормативно-правовом акте – законе «О здравоохранении» (с последними изменениями и дополнениями, внесенными в июне 2008 г.). Согласно этому закону, пациент имеет 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 к нему со стороны работников здравоохранения и на защиту личного достоинства; на получение информации о состоянии собственного здоровья; на информированное согласие; на самоопределение, конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни; на получение медицинского заключения от другого врача; на участие в выборе методов оказания медицинской помощи; на обжалование действий медицинских работников и организации здравоохранения, а также многие другие права. Помимо этого закона, некоторые положения, касающиеся прав пациентов, включены в законы, гарантирующие защиту прав отдельных категорий пациентов (лиц, страдающих психическими расстройствами, инвалидов, детей и престарелых). Вопросы защиты прав пациентов оговорены также в законах, касающихся отдельных медицинских процедур, в частности трансплантации органов и тканей и переливания крови.

Но несмотря на то что эти положения сформулированы четко и вполне соответствуют нормам и рекомендациям, содержащимся во многих международных документах о правах пациентов (например, в Декларации ВОЗ о политике в области обеспечения прав пациента в Европе и в Европейской хартии прав пациентов), в Беларуси такое понятие, как права пациентов, существует скорее на уровне декларативной концепции, а на повседневную практику реального влияния практически не оказывает.

Главной проблемой в области осуществления этих прав является отсутствие действующих механизмов их реализации в повседневной жизни в контексте существующих социально-экономических реалий и культурных ценностей, касающихся здравоохранения. Так, например, право на выбор хорошего врача или медицинского учреждения реализовать на практике довольно трудно – и не только потому, что это связано с географическими ограничениями, но и потому, что для этого у пациентов не хватает достаточной информации и официальных критериев выбора. Кроме того, реализовать эту возможность на

практике можно только по специальному разрешению главного врача, что также может стать дополнительным барьером.

Получить полную информацию о состоянии своего здоровья для пациента тоже проблематично, потому что время, которое отводится на консультацию с врачом, очень ограничено, а врачи крайне неохотно предоставляют пациентам информацию об их состоянии, полагая, что они просто не в состоянии ее понять. Насколько можно судить, в белорусской системе здравоохранения по-прежнему действует патерналистская модель взаимоотношений между врачом и пациентом. Так, например, в законодательстве страны не предусмотрено право пациента на получение доступа к своей медицинской карте и внесение в нее изменений; на момент составления данного обзора у пациентов было право только на то, чтобы при выписки из стационара получить выписку из истории болезни, где указаны диагноз и краткое описание полученного лечения.

Специальных исследований, касающихся уровня информированности населения и медицинских работников о правах пациентов, в Беларуси не проводилось, но судя по тому, как этот вопрос освещается в СМИ, а также опираясь на результаты исследований об удовлетворенности пациентов, можно утверждать, что в обеих группах уровень знаний о правах пациентов совершенно неудовлетворителен (Фоменко, 2006).

В 2005 г. Министерством здравоохранения при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ был составлен проект закона «О правах пациентов в Республике Беларусь». Цель разработки этого закона заключалась в том, чтобы сократить разрыв между декларируемыми заявлениями и законными ожиданиями пациентов, четко и ясно изложить все основные аспекты прав пациентов и разъяснить способы их действенной реализации в условиях белорусской системы здравоохранения. Но пока этот документ не был принят, поскольку он до сих пор ожидает процедуры одобрения парламентом.

Как показывают результаты одного из исследований, в Беларуси права пациентов и права медицинских работников защищены неодинаково, и особенно это касается первичного звена. 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 исследовании всего 4% врачей указали, что их права защищены достаточно хорошо, 47,9% – защищены недостаточно и 46,2% – не защищены вообще (Антипова, Горячева, Суворова, 2004).

Право пациента на выбор врача и медицинского учреждения

В Беларуси выбор поставщика услуг ПМСП определяется местом жительства пациента (как правило, пациенты должны пользоваться услугами ближайшего медицинского учреждения), но в том, что касается врачей-специалистов, возможностей больше, так как пациент имеет право обратиться к врачу-специалисту самостоятельно, по так называемому самонаправлению (без направления от врача-терапевта). Врач-специалист может направить пациента в стационар (также без уведомления об этом врача ПМСП).

Этот механизм удобен для пациентов, поскольку обеспечивает им расширенные возможности выбора, но при этом он практически сводит на нет все усилия по укреплению роли первичного звена в области рационализации доступа к услугам вторичной и специализированной медицинской помощи и использования этих услуг. Как и во многих других странах, в Беларуси пациенты, как правило, считают стационарную помощь более качественной, чем первичную, а сектор ПМСП имеет очень низкий статус. В государственной системе здравоохранения пациент официально не имеет права выбора стационара и врача-специалиста на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи. За исключением случаев экстренной госпитализации (по системе скорой помощи), стационарная помощь населению организована по административно-территориальному (участковому) принципу. Без направления пациенты могут обратиться за медицинской помощью не по месту жительства, только 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, и если пациенту нужно обратиться за специализированной или стационарной помощью без направления от врача, то он должен самостоятельно и за свой счет добраться до ближайшего города.

Процедуры обжалования

В законе «О здравоохранении» предусмотрено право пациента на обжалование действий поставщиков медицинских услуг в том случае, если пациент полагает, что в ходе оказания медицинской помощи его права были нарушены. Кроме того, пациент может подать жалобу в контролирующий орган, в ведении которого находится деятельность соответствующей организации здравоохранения. В обоих случаях жалоба должна быть рассмотрена в предусмотренном законом порядке, в соответствии с нормами административного права. На практике большинство пациентов сначала подают жалобы в администрацию той больницы или поликлиники, где им были оказаны услуги. Администрация обязана рассмотреть жалобу и в течение 10 дней в письменном виде сообщить пациенту о результатах ее рассмотрения. Если пациент не удовлетворен результатами, он может подать жалобу в Областное управление здравоохранением или в Минздрав. В этом случае для рассмотрения жалобы создается специальная комиссия, в состав которой входят авторитетные специалисты из соответствующей области медицины. Если же пациент все-таки не удовлетворен качеством оказанной ему медицинской помощи, то он может подать гражданский иск.

Пациенты, которым в ходе медицинского вмешательства был причинен вред, могут потребовать восстановления здоровья или смягчения последствий возникших у них негативных осложнений, подав на организацию здравоохранения в суд за халатность, на основании предусмотренных Гражданским кодексом положений о деликтной ответственности. Кроме того, можно также требовать возмещения по суду путем уголовного преследования: в Уголовном кодексе 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 в последнее время существенно возросло и каждый год увеличивается на 15–20% (Фоменко, 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. Вопросы обеспокоенности пациентов в связи с качеством и безопас-

ностью услуг здравоохранения иногда поднимаются в СМИ. Минздрав относится к этому очень серьезно; как правило, в таких случаях используется система внутренней проверки (см. далее разд. «*Безопасность пациентов и компенсации*»). Число и суть жалоб фиксируется и используется как форма контроля качества.

Безопасность пациентов и компенсации

Для органов управления здравоохранением вопрос безопасности пациентов чрезвычайно важен, так как это непосредственно связано с уровнем качества медицинской помощи. Основными механизмами обеспечения безопасности пациентов в Беларуси являются повсеместное использование установленных протоколов диагностики и лечения и регулярные проверки медицинских карт пациентов; кроме того, в стране действуют строгие санитарно-гигиенические нормы и протоколы, за соблюдением которых следит Санитарно-эпидемиологическая служба. Соответствующий руководитель (заместитель главного врача учреждения по лечебной работе или старшая медсестра) отвечает за соблюдение санитарно-эпидемиологического режима учреждения и применение санкций к персоналу за его несоблюдение.

Протоколы разрабатываются в соответствии с ежегодными планами Минздрава по пересмотру клинических руководств и протоколов. Всеми вопросами, связанными с клиническими протоколами и их 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. 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 должны получать лицензию на медицинскую деятельность, то их невозможно лишить этого права. Специальных механизмов сбора и анализа информации о врачебных ошибках в стране нет. 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. Результаты таких расследований обсуждаются на медицинских конференциях, посвященных вопросам смертности, но даже если какие-либо ошибки в лечении или уходе будут обнаружены, то информация о них распространяется крайне редко, то есть извлечь уроки на будущее, чтобы впредь не повторять допущенных ошибок, практически невозможно (Фоменко, 2007).

В силу сложившихся стереотипов если у пациента возникают какие-либо осложнения, то и общество, и руководители организаций здравоохранения 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.

Участие и вовлеченность пациентов в деятельность системы здравоохранения

На момент составления данного обзора большинство граждан Беларуси имели возможность влиять на политику в области здравоохранения лишь косвенно, путем осуществления своего права голосовать на выборах. Каких-либо организаций потребителей медицинских услуг, которые есть в ряде соседних стран, 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 целом пациенты не привыкли участвовать в процессе принятия решений, влияющих на состояние их здоровья, поскольку взаимоотношения между врачом и пациентом в белорусской системе здравоохранения традиционно строятся на основе патерналистской модели.

Тем не менее в Минздраве хорошо понимают, насколько важно проводить оценки уровня удовлетворенности пациентов. Был издан специальный приказ, обязывающий администрации всех амбулатор-

ных учреждений ежеквартально проводить исследования удовлетворенности пациентов и представлять результаты этих исследований в вышестоящие органы. Однако практическая реализация этой идеи оказалась сопряжена с рядом трудностей: так, опросы пациентов обычно проводятся не независимыми организациями, а силами персонала самих медицинских учреждений; администрация, естественно, не заинтересована в представлении «наверх» негативных результатов, а в учреждениях, где работают всего один-два врача, такие опросы становятся просто еще одним видом бумажной работы.

В стране нет механизма систематического и методологически надежного мониторинга удовлетворенности пациентов, который проводился бы силами независимых агентств для последующего использования его результатов в процессе разработки политики здравоохранения. Чаще всего, если речь идет о введении каких-то новых услуг, пациенты просто «голосуют ногами», и именно это и учитывается при планировании. Так, например, в городах, как и в советское время, сохранилась система поликлиник, в которых больше работает врачей-специалистов, нежели чем врачей общей практики; главным образом это обусловлено тем, что идея внедрения врачей общей практики пока не встретила полного одобрения ни со стороны пациентов, ни со стороны врачей. По данным опросов, 46% врачей относятся к внедрению модели врача общей практики положительно, 23% эту идею не одобряют, а довольно значительная часть респондентов (31%) не имеет определенного мнения по этому вопросу (Антипова, Горячева, Суворова, 2004).

3. Финансирование

3.1. Расходы на здравоохранение

По оценкам ВОЗ, в 2004 г. общие расходы на здравоохранение в Беларуси составляли 6,2% от ВВП, что соответствует 427 долл. США по паритету покупательной способности (ППС) на душу населения (см. табл. 3.1). Подавляющее большинство этих расходов финансируется за счет средств государственного бюджета. По оценке ВОЗ, в 2004 г. доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение составила 74,9%, при этом на здравоохранение в том же году пришлось 10,2% общих государственных расходов (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). В 2006 г. большая часть расходов на здравоохранение была выделена на стационарную помощь (52%); 16,4% расходов – на медикаментозную помощь, из которых лишь 14,8% приходилось на государственные расходы на приобретение медикаментов. Частные расходы, расходы домохозяйств на оплату услуг здравоохранения в 2004 г. составили 1,2% общих расходов на здравоохранение, при этом большинство этих средств было затрачено на приобретение лекарств (см. рис. 3.1). После обретения независимости структура расходов на здравоохранение в Беларуси практически не изменилась, оставшись почти такой же, как в системе Семашко. По внутренним данным Минздрава, в 2006 г. 66% расходов на здравоохранение приходилось на стационарную помощь, 21% – на амбулаторно-поликлиническую, 10% – на капитальные вложения и административные расходы и 3% – на услуги санэпиднадзора. Для того чтобы сохранить рабочую силу, необходимую для функционирования системы здравоохранения, построенной на основе модели Семашко, только на зар-

плату персонала в 2006 г. пришлось 41,3% общих расходов на здравоохранение – и это несмотря на то, что уровень заработка медицинских работников очень низок.

В оценках ВОЗ отражена сумма общих государственных и частных расходов на здравоохранение. Эти оценки, насколько это возможно, основываются на классификации Системы национальных счетов здравоохранения, включая данные национальной отчетности и оценки международных организаций. Государственные расходы на здравоохранение включают финансирование услуг по охране психического здоровья и служб общественного здравоохранения, но не включают всех расходов на обеспечение деятельности ведомственных учреждений здравоохранения, поскольку соответствующие ми-

Таблица 3.1. Динамика расходов на здравоохранение в Беларуси в 1998, 2000, 2002 и 2004 гг. (оценка ВОЗ)

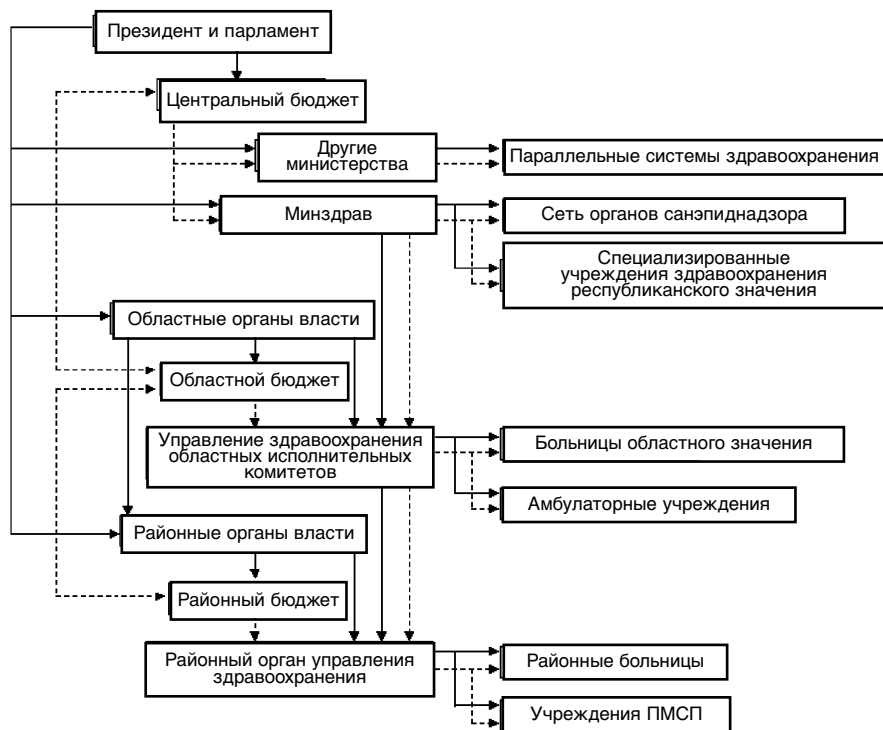
	1998	2000	2002	2004
Общие расходы на здравоохранение на душу населения по ППС, долл. США	429	501	601	427
Общие расходы на здравоохранение как % ВВП	6	6,1	6,4	6,2
Государственные расходы на здравоохранение в % от общих расходов на здравоохранение	82,1	80,1	73,9	74,9
Частные расходы на здравоохранение в % от общих расходов на здравоохранение	17,9	19,9	26,1	25,1
Государственные расходы на здравоохранение в % от ВВП	4,9	4,9	4,7	4,7
Государственные расходы на здравоохранение в % от общих государственных расходов	10,9	10,7	10,1	10,2
Личные расходы граждан в % от общих расходов на здравоохранение	13,2	14	20,8	18,2

Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ППС – паритет покупательной способности, ВВП – валовой внутренний продукт

нистерства и ведомства могут выделять на это дополнительные ассигнования. Медико-социальная помощь и отдельные элементы долговременной помощи относятся к бюджету системы социального обеспечения. Начиная с 2006 года этот порядок был изменен, и сейчас большая часть услуг долговременной помощи престарелым производится за счет средств стационарных медицинских учреждений помощи путем использования так называемых медико-социальных коек (см. разд. 6.7 «Долговременная помощь»). Объем услуг паллиативной помощи в Беларуси по-прежнему довольно ограничен; к ним можно отнести только снятие болевого синдрома у онкологических больных в условиях стационара, а остальные услуги обеспечиваются силами добровольных помощников и за счет пожертвований, поступающих по линии международной донорской помощи (см. разд. 6.9 «Паллиативная помощь»).

Рис. 3.1. Схема финансирования белорусской системы здравоохранения



Источник: схема составлена авторами обзора.

Уровень общих расходов на здравоохранение и доля государственного финансирования остаются в Беларуси относительно стабильными (см. табл. 3.1). По оценкам ВОЗ, в 2004 г. расходы на здравоохранение в Беларуси составили 6,2% ВВП, что ниже среднего показателя по ЕС, который составлял 8,7%, и среднего по Европейскому региону ВОЗ (7,7%), однако выше среднего по СНГ (5,8%) (см. рис. 3.2). По оценкам ВОЗ, расходы на здравоохранение, выраженные в процентах от ВВП, достигли своего максимума в 2001 г. (тогда они составили 6,6% ВВП), после чего начали падать. Тем не менее в Беларуси этот показатель всегда был выше, чем в Российской Федерации и в среднем по СНГ, а в 2004 г. он был примерно таким же, как в Польше (см. рис. 3.3). По уровню расходов на здравоохранение на душу населения по ППС Беларусь, по оценкам ВОЗ, занимает второе место в СНГ, уступая по этому показателю только Российской Федерации (см. рис. 3.4). Это отражает истинный политический приоритет, который в стране отдается охране здоровья населения, но также свидетельствует о том, что при нынешней организации здравоохранения, которая практически полностью повторяет модель Семашко, здравоохранение в Беларуси является очень ресурсоемкой отраслью. Система финансируется в основном за счет государственного источника и, по оценкам ВОЗ, доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение в 2004 г. составляла 74,9%; это сопоставимо со средним показателем по ЕС (75%) и значительно выше, чем во всех остальных странах СНГ, где аналогичный средний показатель составлял 56,3% (см. рис. 3.5).

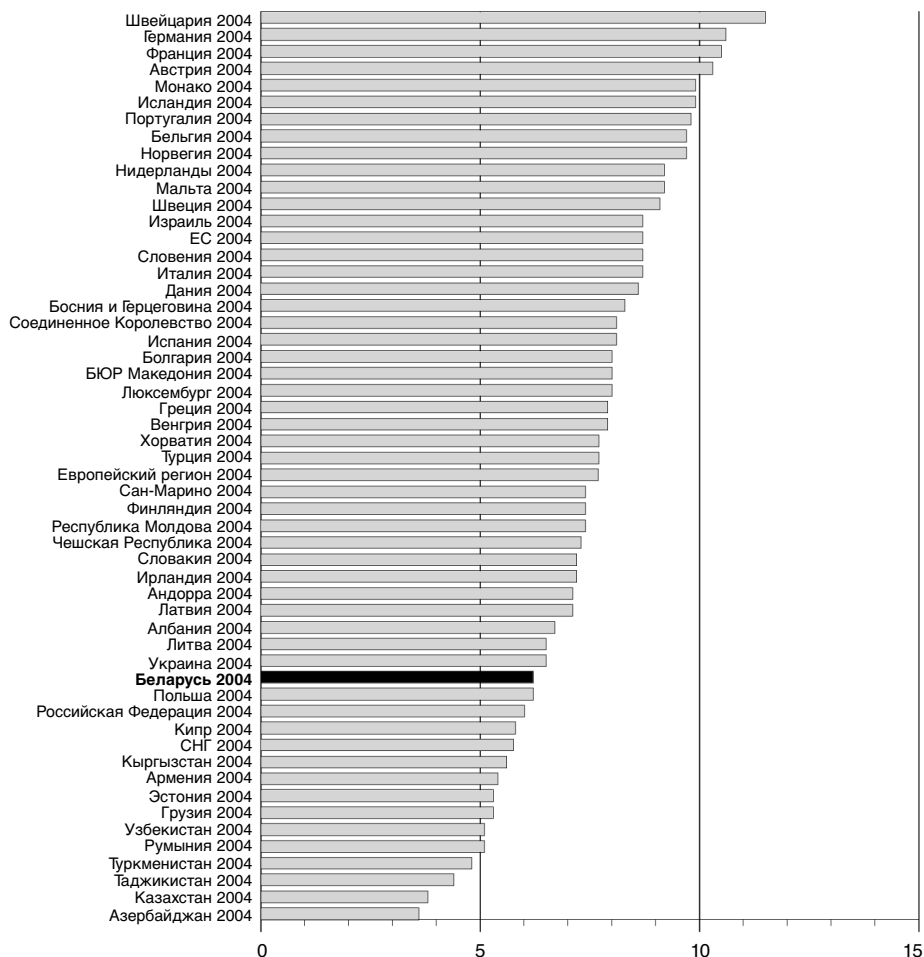
3.2. Охват населения услугами здравоохранения и право на медицинскую помощь

Согласно статье 45 Конституции, всем гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Право на медицинскую помощь дает само гражданство страны; система здравоохранения является всеобщей и финансируется непосредственно из бюджетов, поэтому охват населения услугами здравоохранения не является в Беларуси большой проблемой. В стране нет системы обязательного медицинского страхования, а рынок частного добровольного медицинского страхования (ДМС) очень ограничен (см. разд. 3.3 «Сбор и источники финансовых средств», подраздел «Добро-

вольное медицинское страхование»). Многие иностранцы должны на период своего пребывания на территории Беларуси приобретать полисы медицинского страхования, но с некоторыми государствами – например, с Соединенным Королевством – у Беларуси есть взаимные соглашения, гарантирующие бесплатное медицинское обслуживание их гражданам во время пребывания на территории страны-партнера. По существу, охват населения и право на медицинскую помощь в Беларуси остались практически такими же, как и в советское время. Согласно Конституции, перечень бесплатной медицинской помощи очень широк. Несмотря на то что четкого перечня медицинских услуг, доступных гражданам страны, не существует, де-факто покрывается стоимость всех услуг первичной, вторичной и третичной медицинской помощи, и какого бы то ни было нормирования услуг в государственном секторе не предусмотрено. Законом Республики Беларусь № 322-III от 11 ноября 1999 г. «О государственных минимальных социальных стандартах» 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 внерабочее время, услуги общественного здравоохранения, некоторые услуги долговременной помощи для престарелых и все услуги долговременной помощи для лиц с нарушениями психики. Кроме того, работники некоторых отраслей и ряда предприятий имеют доступ к параллельным (ведомственным) учреждениям здравоохранения, которые финансируются за счет средств соответствующих министерств или предприятий. В таких учреждениях оказывают также некоторые виды помощи в области профгигиены и курортного лечения. Объем средств госбюджета для оплаты лечения за границей ограничен, поэтому очередь пациентов, которые по жизненным показаниям нуждаются в таком лечении, очень 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 соплатежи существуют только за лекарства, стоматологические услуги и услуги по изготовлению очков и

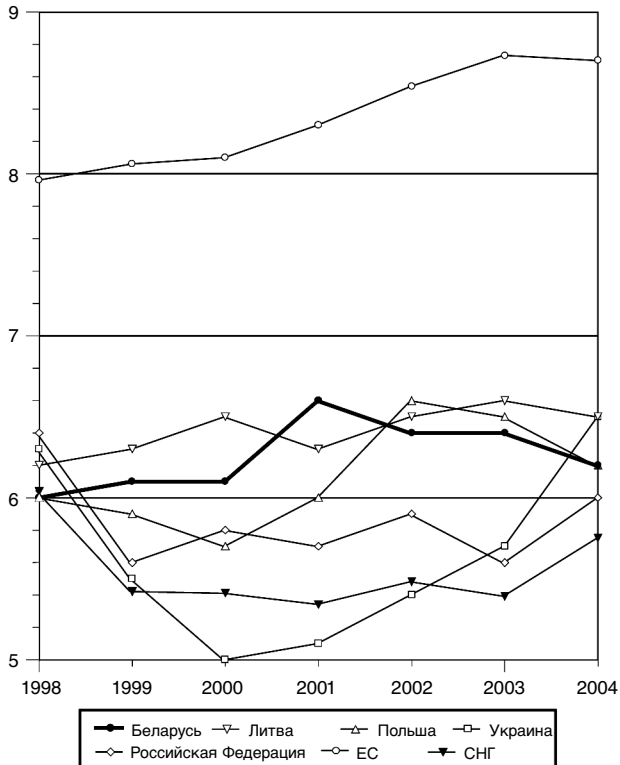
Рис. 3.2. Расходы на здравоохранение, выраженные в процентах от ВВП, в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЕС – Европейский союз, СНГ – Содружество Независимых Государств.

Рис. 3.3. Динамика расходов на здравоохранение (в процентах от ВВП) в Беларуси и некоторых других странах, 1998–2004 гг., оценка ВОЗ

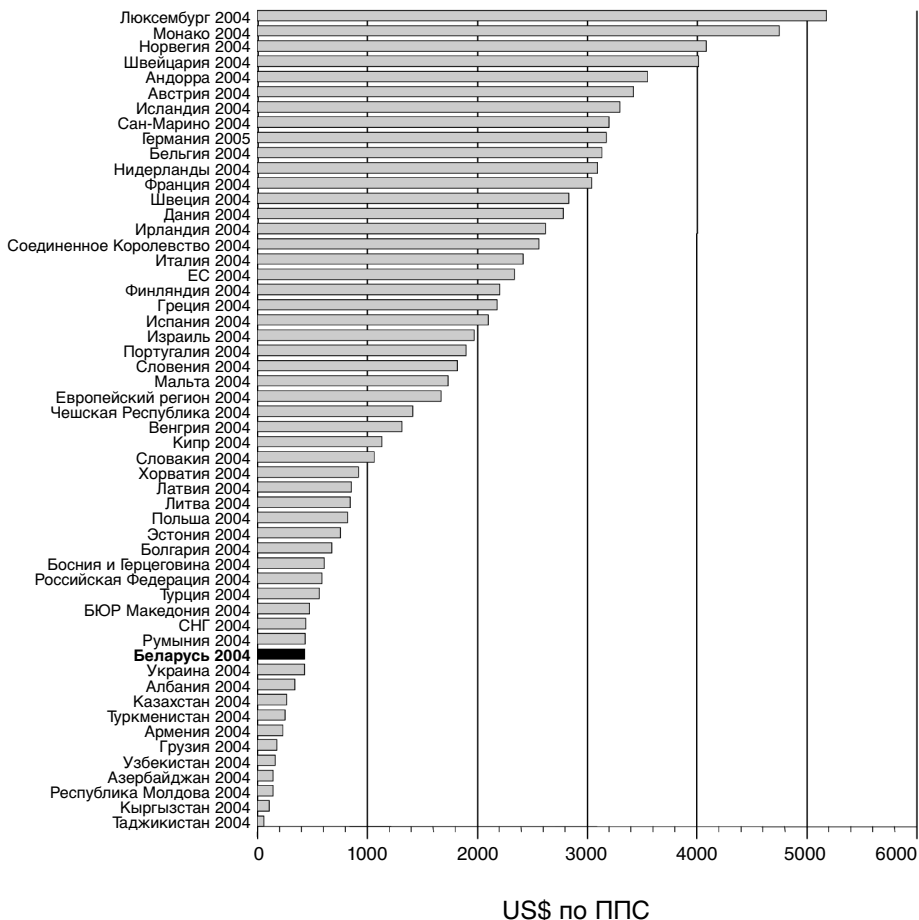


Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЕС – Европейский союз, СНГ- Содружество Независимых Государств.

контактных линз. 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 стоматологических услуг и услуг по изготовлению оптических товаров, и большинство пациентов, если они могут себе это позволить, предпочитают заплатить за лечение зубов и изготовление очков из своего кармана. Как правило, при амбулаторном лечении пациенты покупают лекарства за полную стоимость, но есть

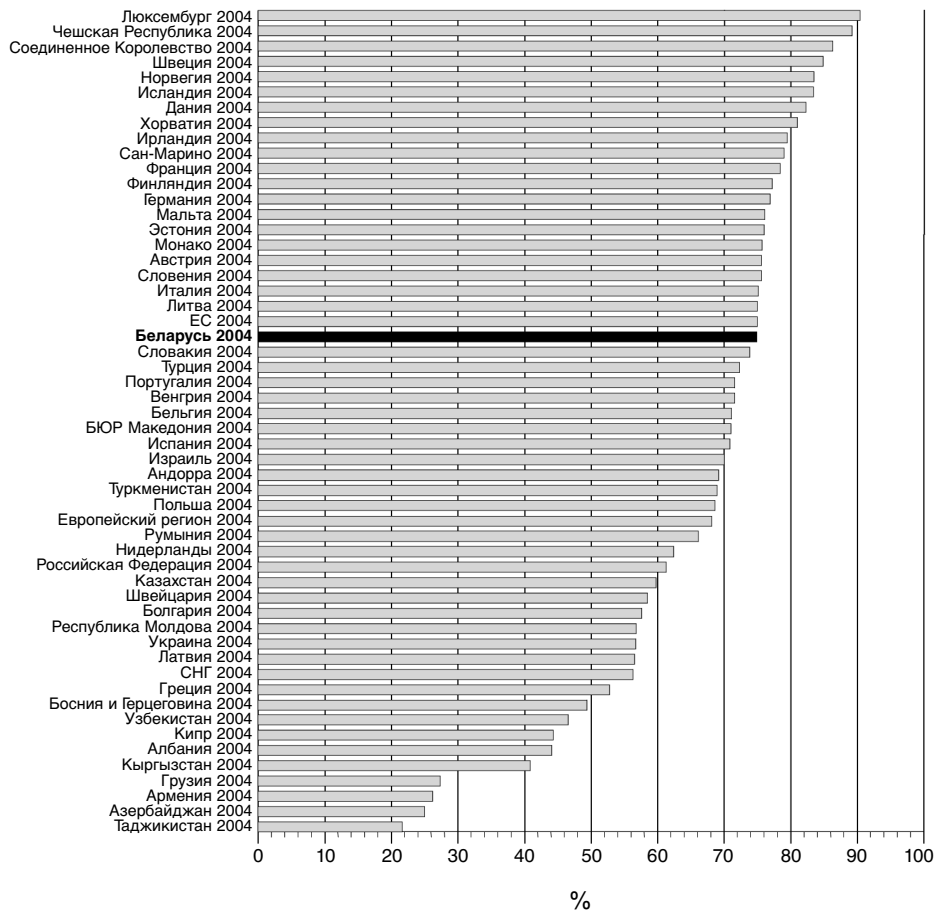
Рис. 3.4. Подушевые расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. (в долл. США по ППС) (оценка ВОЗ)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ППС – паритет покупательной способности, ЕС – Европейский союз, СНГ – Содружество Независимых Государств.

Рис. 3.5. Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение (в %) в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. (оценка ВОЗ)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЕС – Европейский союз, СНГ – Содружество Независимых Государств.

целый ряд категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение. Например, в 2007 г. государство обеспечивало бесплатными медикаментами пациентов, страдающих определенными видами хронических заболеваний (астмой, диабетом, раком и т. п.), ветеранов войн и детей в возрасте до 3 лет, а все лица в возрасте старше 70 лет имели право на приобретение лекарств по льготным ценам (с 50%-ной скидкой). Однако с 1 января 2008 г. эти льготы будут предоставляться не всем, а только наиболее нуждающимся в них. Эта мера направлена на оказание более адресной помощи нуждающимся и рационализацию системы льгот.

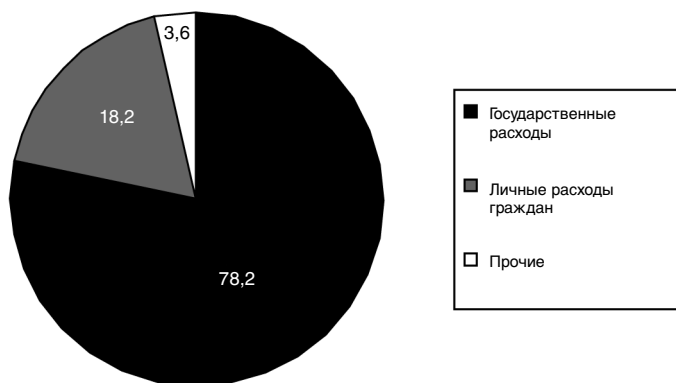
Наряду с полным охватом населения услугами здравоохранения, государство обеспечивает также целый ряд социальных льгот, которые предоставляются как в денежной, так и в неденежной форме. Например, определенные категории граждан имеют право бесплатного проезда в общественном транспорте или проезда по льготному тарифу. Денежные льготы включают пособия по беременности и родам, официально оплачиваемый больничный лист и пенсии по инвалидности. Решения о предоставлении льгот принимаются на уровне президента и парламента, и наличие широкого набора социальных и медицинских льгот имеет большое политическое значение. В условиях ужесточения бюджетных ограничений, связанных с ростом тарифов на энергию, уровень социальных льгот несколько снизился, но ни одна из них не была полностью отменена. Поскольку содержание системы здравоохранения обходится государству довольно дорого, то оно заинтересовано в укреплении роли первичного звена как контролирующего механизма в отношении доступа пациентов к специализированной помощи, чтобы сократить таким образом издержки путем предотвращения чрезмерного использования услуг врачей-специалистов по так называемому самонаправлению. Однако сохранение всеобщего бесплатного доступа населения к медицинской помощи является задачей первостепенной политической важности, и потому в Беларуси не планируется каких-либо принципиальных изменений ни в уровне охвата населения услугами здравоохранения, ни в системе бюджетного финансирования отрасли.

3.3. Сбор и источники финансовых средств

Ни одна из форм обязательного медицинского страхования 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 (см. рис. 3.1). 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. Схема финансирования здравоохранения в Беларуси очень напоминает ту, которая действовала в советское время. 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 оплата медицинских услуг за счет средств пациентов. Личные расходы граждан в основном производятся в форме официальных соплатежей за лекарства и частные услуги (например, стоматологические) (см. ниже). И хотя в целом начиная с середины 1990-х годов соотношение государственных и частных источников финансирования здравоохранения постепенно меняется в сторону увеличения доли последних (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007), система здравоохранения по-прежнему преимущественно финансируется государством за счет бюджетов (см. рис. 3.6).

Рис. 3.6. Расходы на здравоохранение по источникам финансирования, 2004 г.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Обязательные платежи

Большая часть доходов, используемых впоследствии на нужды здравоохранения, формируется на местном уровне и расходуется в соответствии с централизованно утвержденными бюджетами. Согласно внутренним данным Минздрава, в 2006 г. 86% средств на здравоохранение поступило из местных бюджетов, 14% – из республиканского бюджета, из них 9% было выделено непосредственно медицинским учреждениям, а 5% – централизованным службам здравоохранения, таким как органы санэпиднадзора и различные вертикальные программы (см. разд. *«Объединение финансовых средств»*, подраздел *«Механизмы распределения средств между ведомствами, занимающимися объединением финансовых ресурсов, и ведомствами-покупателями»*). Сбор налогов и налоговое администрирование производится на местном уровне, в соответствии с действующими ставками налогов, которые устанавливает парламент. 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 НДС собираются на республиканском уровне, а распределение полученных средств производится через бюджет здравоохранения. При этом специальных целевых налогов на здравоохранение в стране нет. Недавно были предприняты определенные шаги по упрощению системы налогообложения и преобразования 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 есть не везде – по территории страны они распределены довольно неравномерно. Поэтому органы власти тех регионов, где экономическая ситуация наименее благоприятна, испытывают наибольшие трудности при выполнении своих обязательств по финансированию соответствующих услуг здравоохранения.

Добровольное медицинское страхование

Можно самостоятельно приобрести полис добровольного медицинского страхования (ДМС) в государственной страховой компании.

Однако ДМС не является значимым элементом белорусской системы здравоохранения, а сам рынок ДМС развит очень слабо. Граждане других государств, временно проживающие на территории Беларуси, обязаны подтвердить наличие у них медицинской страховки, действующей в течение срока их пребывания в стране; страховой полис можно приобрести в государственной страховой компании.

Оплата медицинских услуг за счет средств пациентов

По оценкам ВОЗ, в 2004 г. на долю личных расходов граждан на медицинскую и медикаментозную помощь приходилось 80,6% частных расходов на здравоохранение, а в целом личные расходы граждан составили в том же году 18,2% общих расходов на здравоохранение (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). В Беларуси медицина официально является бесплатной. Список платных медицинских услуг включает в себя строго ограниченное число услуг и жестко регламентируется государством. Поэтому большая часть личных расходов граждан приходится на приобретение медикаментов и частные медицинские услуги, как правило стоматологические. 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. На момент составления данного обзора это не было значимой чертой белорусского здравоохранения, если не принимать в расчет такие отрасли, как стоматология и косметологическая хирургия. Однако есть надежда, что в будущем платные услуги могут стать важным дополнительным источником финансирования здравоохранения, поскольку те средства, которые тратятся населением в частном секторе, могут вернуться непосредственно в государственную систему здравоохранения. В целях содействия развитию частных услуг в государственных учреждениях здравоохранения в настоящее время обсуждается вопрос о том, чтобы предоставить медучреждениям возможность самостоятельно распоряжаться доходами, получаемыми ими от оказания частных услуг, а не перечислять эти средства в бюджет.

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 власти относятся к ней крайне негативно. В ходе одного из опросов, проведенного среди врачей, всего 18,3% респондентов ответили, что считают неформальные платежи и подарки допустимой практикой в силу низкой зарплаты медицинских работников; 45,9% опрошенных считают это недопустимым, а 35,8% на этот вопрос не ответили (Антипова, Горячева, Суворова, 2004).

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). Метод разделения затрат не является характерной чертой белорусского здравоохранения, а введение официальной платы за доступ к медицинским услугам было бы шагом политически неприемлемым и даже антиконституционным (см. разд. 3.2 «*Охват населения услугами здравоохранения и право на медицинскую помощь*»). Как показывают результаты общенационального опроса 2005 г., несмотря на то, что большинство врачей в секторе ПМСП считают введение соплатежей за определенные услуги вполне приемлемой мерой (Rousovich et al., 2006), пациенты относятся к этой идее с меньшим энтузиазмом; особенно это касается жителей сельской местности, где приемлемым это считают всего 24,5% респондентов (Egorov et al., 2006).

Параллельные системы здравоохранения

Параллельные (ведомственные) учреждения здравоохранения существуют за счет средств отдельных отраслевых министерств и крупных предприятий. Эти учреждения оказывают услуги работникам указанных структур и членам их семей (см. разд. 2.3 «*Организационная структура*»), а их финансирование осуществляется не из региональных или центрального бюджетов здравоохранения, а непосредственно из бюджетов соответствующих министерств и ведомств. Предприятия, имеющие и финансирующие свои учреждения здравоохранения, в любом случае находятся в собственности государства.

Внешние источники финансирования

В Беларуси внешние источники финансирования здравоохранения играют не столь значимую роль, как в других странах СНГ, поскольку

ку степень участия международных партнеров в деятельности белорусской системы здравоохранения не так велика. Средства, поступающие по линии двусторонней и многосторонней помощи, используются главным образом для финансирования пилотных проектов, проводимых с целью апробации новых подходов к организации и финансированию первичного звена или к лечению определенных заболеваний – например, ВИЧ/СПИД или туберкулеза. На момент составления данного обзора примером международного сотрудничества, предполагающего значительный объем внешнего финансирования, был проект Глобального фонда, направленный на модернизацию системы профилактики, выявления и лечения туберкулеза. Аналогичный проект был подготовлен в 2004 г. в сотрудничестве с Всемирным банком, но правительство Беларуси не склонно было принимать те условия кредитования, которые были тогда предложены, и этот проект не был реализован. Широко ведется также сотрудничество с международными неправительственными структурами по оказанию медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате чернобыльской аварии.

3.4. Объединение финансовых средств

В советское время система здравоохранения функционировала под централизованным контролем государства, которое финансировало оказание медицинских услуг из средств бюджета в рамках реализации государственных планов социально-экономического развития. Но после обретения независимости правительство Беларуси осуществило децентрализацию системы здравоохранения, в результате чего право собственности на большинство медицинских учреждений перешло к местным органам власти; именно они и должны теперь финансировать работу этих учреждений из средств соответствующих местных бюджетов, доходы которых формируются за счет местных налогов и иных поступлений. Объединение финансовых ресурсов является одной из функций, которая в результате децентрализации была передана на региональный уровень, и частично этот процесс совпадает с процедурой объединения средств на общенациональном уровне. Но по своей сути белорусская система здравоохранения является «системой единого плательщика».

Ведомства, занимающиеся объединением финансовых ресурсов, и распределение средств

Местные органы государственного управления выступают в качестве плательщиков третьей стороны за услуги первичной и вторичной медицинской помощи, оказываемые населению соответствующих регионов. Республиканское правительство выступает в качестве плательщика третьей стороны за услуги высокоспециализированной помощи и вертикальные программы, проводимые в интересах всего населения страны (см. разд. 3.4 после подраздела *«Механизмы распределения средств между ведомствами, занимающимися объединением финансовых ресурсов, и ведомствами-покупателями»*). Местный орган государственного управления выполняет 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, он же является и главным ведомством, которое занимается объединением средств для финансирования услуг здравоохранения. Затем часть доходов местных бюджетов перечисляется в государственный орган управления на национальном уровне, ответственный за формирование республиканского бюджета. Министерство здравоохранения республики получает средства из республиканского бюджета. Таким образом, Минздрав является ведомством, которое объединяет финансовые ресурсы на общенациональном уровне (рис. 3.1).

Общая структура распределения бюджетных средств на здравоохранение определяется Минздравом и Министерством финансов в соответствии с распоряжениями президента и парламента. 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 (которые являются основными источниками доходов местных бюджетов) 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 параллельных систем здравоохранения производится за счет средств бюджетов соответствующих минис-

терств, поэтому оказываемые там услуги, по существу, оплачиваются не из общего бюджета здравоохранения.

Механизмы распределения средств между ведомствами, занимающимися объединением финансовых ресурсов, и ведомствами-покупателями

Процессы объединения средств на общенациональном и местном уровнях частично совпадают, но поскольку функции по сбору доходов, объединению финансовых средств и закупок услуг здравоохранения интегрированы между собой, то для покупателей услуг механизм распределения финансовых ресурсов оказывается скрытым. Общий бюджет здравоохранения страны определяется ежегодно в соответствии с текущими политическими задачами. Поскольку для президента и парламента здравоохранение считается приоритетным аспектом политики, то они стремятся увеличивать долю ВВП, направляемую на финансирование здравоохранения. 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 медицинской помощи, службам санэпиднадзора и т. п. Органы власти областного и районного уровней могут принять решение о выделении на здравоохранение большего 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 бюджетного обеспечения расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя (подушевые нормативы), 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, чем другие, поскольку эти регионы больше всего пострадали в результате чернобыльской аварии (см. разд. 6.13 «*Медицинское обслуживание отдельных групп населения*»). Подушевые нормативы рассчитываются исходя из среднегодовой численности населения областей

и г. Минска, которая определяется на основе оценок Министерства статистики.

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 политических переговоров, проводимых на районном, областном и республиканском уровнях.

3.5. Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их 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, являющимися в то же время собственниками медицинских учреждений. Раньше финансирование услуг в основной государственной системе здравоохранения определялось исходя из объемов коечного фонда больниц и числа посещений пациентами амбулаторно-поликлинических учреждений (поликлиник, амбулаторий и ФАП). Однако впоследствии были введены новые 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 подушевого финансирования в первичном звене, и оба они используются как инструмент решения проблемы неэффективного использования 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 медикаментов) производятся централизованно, то на практике у поставщиков услуг просто нет возможности отклониться от утвержденных планов. При этом бюджеты являются «мягкими», т. е. в случае бюджетного дефицита

и невозможности местных органов власти профинансировать расходы поставщиков они обычно приходят к взаимоприемлемому соглашению.

3.6. Механизмы оплаты

В модели Семашко объем финансирования, который выделялся больнице, зачастую мало зависел от показателей ее работы и от реальных потребностей обслуживаемого населения. Заложенные в этот механизм финансирования стимулы способствовали увеличению конечного фонда, численности персонала и продолжительности госпитализаций. Именно поэтому с конца 1990-х гг. одним из главных объектов программы реформ здравоохранения были метод постатейного бюджетирования и затратный механизм финансирования отрасли.

Оплата медицинских услуг

Оплата услуг здравоохранения производится проспективным методом; первичное звено финансируется по бюджету, определяемому исходя из численности обслуживаемого населения, а сектор вторичной и третичной помощи – 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 достаточно трудно. Территориальные органы управления здравоохранением ретроспективно возмещают только стоимость лекарств, поставляемых населению бесплатно или по льготным ценам через сеть государственных аптек. Аутсорсинг характерной чертой белорусской системы здравоохранения не является.

В целях повышения эффективности распределения ресурсов в 2000 г. был осуществлен переход от финансирования в зависимости от наличных мощностей (таких, как число коек) к финансированию, основанному на численности обслуживаемого населения (подушное финансирование). Подушное финансирование рассчитывается с использованием нормативов минимальных объемов потребления

медицинской помощи и скорее исторически сложившихся уровней их финансирования с некоторым их возрастанием, нежели чем стоимостных оценок объемов помощи. Такой метод финансирования обеспечивает стимулы для сокращения неэффективно используемого коечного фонда стационаров. Однако значительных достижений в этой области пока не удалось добиться (см. разд. 6.4 «*Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь*»).

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 первичного и вторичного звена выделяются из средств местных бюджетов, а работников третичного звена – из бюджета Минздрава. Работники ведомственных учреждений здравоохранения могут зарабатывать больше, но они все равно являются наемными служащими на твердом 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. Для привлечения и удержания кадров в первичном звене здравоохранения в сельских регионах предусмотрены некоторые надбавки к зарплате, но поскольку общий уровень заработков медицинских работников крайне низок, то этот финансовый стимул не так велик. Главная проблема, связанная с принятой в Беларуси системой оплаты труда медицинских работников, состоит в том, что, несмотря на огромные размеры общего фонда заработной платы, 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, 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 уровне. Отсутствие морального и профессионального удовлетворения от работы является серьезной проблемой, особенно среди работников первичного звена (см. разд. 6.3 «Первичная/амбулаторная медицинская помощь»).

4. Планирование и регулирование

4.1. Регулирование

На общенациональном уровне стратегическое планирование в сфере здравоохранения производится в соответствии с государственной «Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы». Во время составления данного обзора велась разработка новой концепции. Главными целями этой концепции являются укрепление здоровья населения, решение демографических проблем и сохранение всеобщего доступа населения страны к медицинской помощи. Характерной особенностью этого документа является также выраженное в нем стремление повысить эффективность системы здравоохранения (Малахова и др., 2007а; Жарко и др., 2007а).

Минздрав играет ключевую роль в сфере регулирования на всех уровнях системы здравоохранения – общенациональном, областном и районном. Регулирование осуществляется через территориальные органы управления здравоохранением; кроме того, важнейшими участниками этого процесса являются также районные и областные органы государственного управления, поскольку на своем уровне они несут ответственность за финансирование системы здравоохранения. В Беларуси границы между функциями планирования и регулирования, а также планирования и управления несколько размыты. 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 очень детализированных процедур бухгалтерской отчетности и введения соответствующих норм и стандартов.

Регулирование и управление плательщиками третьей стороны

В Беларуси сохраняются механизмы регулирования и управления, присущие системе Семашко, с интегрированием функций покупателя и поставщика (см. разд. 3.5). 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 больниц финансируется непосредственно из республиканского бюджета, а районные и областные органы власти отвечают за финансирование расходов на первичную и вторичную медицинскую помощь, оказываемую в учреждениях государственной системы здравоохранения на подведомственной территории. Соответствующие отраслевые министерства и крупные предприятия отвечают за закупки услуг в своих ведомственных (параллельных) 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 их издержек, но вопрос о праве собственности в Беларуси не столь важен, потому что приватизации служб и учреждений здравоохранения в стране не было. Этот вопрос не стоит на повестке дня реформ, и очень маловероятно, чтобы в обозримом будущем ситуация изменилась. Механизмы руководства и управления для районных и областных органов управления здравоохранением определяются Минздравом в соответствии с утвержденными правительством нормативными и правовыми актами. До реформы финансирования 2000 г. количество служб здравоохранения в государственном секторе зависело только от решений облисполкомов и райисполкомов. После успешного введения механизма подушевого финансирования в рамках проведенного в Витебской области пилотного проекта (см. главу 7 *«Основные реформы в области*

здравоохранения») система планирования работы больниц была изменена. Начиная с 2001 г. финансирование всех учреждений здравоохранения в Беларуси производится с учетом установленного максимального объема ресурсов, зависящего от численности населения соответствующего района или области. Такой подход обеспечивает заинтересованность районных и областных органов управления здравоохранением в сокращении неэффективно используемых больничных коек. Однако в формуле вычисления нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя пока не учитываются никакие 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. 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 районных больниц, которые могут очень 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 очень 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 «мягкими». Поэтому в том, что касается уровня расходов, покупателей услуг здравоохранения практически невозможно привлечь к ответственности.

Регулирование деятельности производителей медицинских услуг

В первичном звене государственной системы здравоохранения основными поставщиками услуг являются поликлиники, врачебные

амбулатории и ФАП, а на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи – стационарные 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 ФАП не обладают сколько-нибудь значимыми полномочиями по принятию решений относительно основных фондов, укомплектованности персоналом, уровня оплаты труда работников, а также видов оказываемых услуг. Решения, касающиеся основных фондов и штатного расписания, принимаются областными или районными органами управления здравоохранением, уровни оплаты труда устанавливаются централизованно, а виды оказываемых услуг определяются в соответствии с нормами и стандартами, которые издаются соответствующими подразделениями Минздрава.

До 2001 г. обязательному лицензированию подлежали только небольшие частные медицинские учреждения (главным образом зубоврачебные практики и медико-диагностические центры, оказывающие платные медицинские услуги). В государственном секторе не было специального регулирующего органа, который бы занимался лицензированием медицинских учреждений. Однако с 2001 г. все учреждения здравоохранения (как государственные, так и частные) обязаны проходить официальную процедуру лицензирования в Комиссии по лицензированию медицинской практики при Минздраве Республики Беларусь. Предполагалось, что введение лицензирования в государственном секторе будет способствовать повышению качества работы медицинских учреждений и более справедливому распределению ресурсов между районами и областями.

В Беларуси нет ни центрального реестра, ни официальной процедуры лицензирования медицинских работников, но при поступлении на работу каждый новый сотрудник обязан предъявить документы, подтверждающие его квалификацию и уровень образования, в том числе свидетельство о прохождении курсов повышения квалификации (которые организует БелМАПО); от этого зависят размеры премий и уровень заработной платы (см. разд. 5.2 «Трудовые ресурсы», подразделы «Регистрация и лицензирование» и «Подготовка медицинских кадров»). Вопросы профессиональной этики и качества медицинской помощи регулируются Минздравом, который проводит регулярные проверки медицинских карт пациентов, чтобы удостове-

ряться в соблюдении соответствующих протоколов лечения. Кроме этого, в системе здравоохранения принята довольно громоздкая система отчетности, которую врачи обязаны предоставлять в отношении целого ряда клинических процедур и результатов лечения (см. разд. 4.1 «*Регулирование*», подраздел «*Управление качеством медицинской помощи*»). Клинические руководства и стандарты выпускаются соответствующими специальными комитетами и комиссиями Минздрава (по кардиологии, онкологии и т. п.).

На уровне учреждения также действует аналогичная система отчетности и проверок. Эти функции относятся к ведению органов санэпиднадзора, которые выступают 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. О результатах своих проверок органы санэпиднадзора предоставляют отчетность в Минздрав, а также в областные и районные органы управления здравоохранением, однако официального механизма, посредством которого выводы, содержащиеся в этих отчетах, становились бы достоянием гласности, нет. Пациенты в большинстве случаев полагаются на устные рекомендации своих знакомых; кроме того, мнение об условиях пребывания в том или ином медицинском учреждении складывается на основании публикаций в средствах массовой информации.

Регулирование и управление процессом закупок медицинских услуг

Поскольку функции закупки и оказания услуг интегрированы между собой в рамках единой «командно-административной» системы, то в качестве главных инструментов регулирования используются механизмы проверки. Практика заключения индивидуальных договоров для белорусской системы здравоохранения не характерна, поскольку разделение на покупателей и поставщиков медицинских услуг является лишь условным, а работники здравоохранения являются наемными государственными служащими, получающими зарплату из средств бюджета соответствующего уровня. Нормативы бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного

жителя устанавливаются централизованно в соответствии с утвержденными приоритетами, и местные органы управления здравоохранением обязаны эти минимальные стандарты соблюдать, расширяя их в случае необходимости. До 2000 г. нормативы и объемы финансирования устанавливались исходя из критериев мощности медицинских учреждений (например, коечного фонда и т. п.), но с января 2001 г. были введены механизмы подушевого финансирования, благодаря которым местные органы власти получили возможность в какой-то степени рационализировать процесс оказания услуг здравоохранения (см. разд. 3.5 «Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками»).

Функции регулирования и управления в белорусской системе здравоохранения по-прежнему жестко централизованы и относятся к ведению Минздрава, который устанавливает нормы и стандарты оказания медицинской помощи. В том, что касается закупок медицинских услуг для населения соответствующих территориальных образований, местные органы власти работают с местными органами управления здравоохранением, а поскольку система здравоохранения является «командно-административной», то основным механизмом регулирования является проверка деятельности как покупателей медицинских услуг, так и их поставщиков.

Управление качеством медицинской помощи

В белорусском секторе здравоохранения вопрос качества медицинской помощи стоит очень остро. Ожидания населения растут, постоянно увеличивается число жалоб пациентов на огромные очереди в поликлиниках и амбулаториях, на низкий моральный уровень медицинских работников и их неуважительное отношение к пациентам, на отказы врачей выписать рецепт на бесплатные лекарства или выдавать больничный лист. Действующие в настоящее время программы обеспечения качества медицинской помощи направлены на то, чтобы обеспечить установленный порядок заполнения медицинских карт пациентов. 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 обязанность врачей вменяется подробное заполнение медицинских карт, что значительно увеличивает их нагрузку, причем за счет времени, которое отводится на консультацию

пациента. За период с 2002 г. силами узких специалистов в соответствии с директивами Минздрава были централизованно разработаны клинические протоколы более чем по 800 диагнозам, и в целях обеспечения надлежащего качества медицинской помощи врачи первичного звена обязаны эти протоколы соблюдать.

4.2. Планирование и управление медицинской информацией

Общий подход к планированию инфраструктуры и капитальных вложений по-прежнему основывается на нормативных показателях, хотя в первичном звене с переходом к системе подушевого финансирования произошли и некоторые изменения в планировании инфраструктуры: в основу были положены демографические потребности населения. Планирование кадровых ресурсов здравоохранения также 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 первичного звена). Однако в менее популярных отраслях медицины вопрос укомплектования кадрами по-прежнему остается серьезной проблемой, а объем сектора стационарной помощи таков, что ограничений по количеству новых специалистов, которые могут получить работу в учреждениях вторичного и третичного уровней, практически нет (см. разд. 5.2 «Трудовые ресурсы», подраздел «Планирование медицинских кадров»). Сейчас рассматриваются самые разные подходы к планированию здравоохранения, но, по всей вероятности, в обозримом будущем преобладающим останется планирование на основе нормативных показателей.

Управление планирования и экономики здравоохранения является подразделением Минздрава, которое выполняет функции государственного агентства по планированию 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 устанавливает стандарты объемов медицинской помощи, которые должны быть оказаны населению, а также всевозможные

нормы и стандарты в области обеспечения кадрами, лекарственными средствами, 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 здравоохранением и местных органов власти, но по сути своей система является иерархической (см. рис. 2.1).

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 запросить больший объем финансирования или добиться 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 официальных каналов, с помощью которых к процессу разработки политики и установления приоритетов можно было бы подключить различные заинтересованные стороны, в Беларуси нет.

Оценка медицинских технологий

В белорусской системе здравоохранения нет специального органа, который бы занимался оценкой медицинских технологий. В силу недостатка капитальных вложений в развитие новых технологий, а также ввиду ограниченности участия международных донорских организаций вопрос о создании системы оценки медицинских технологий (а также о возможности использования внешних оценок) на момент составления данного обзора не был включен в число приоритетных.

Информационные системы

Данные об услугах и показателях деятельности системы здравоохранения собирают и анализируют различные управления Минздрава,

но в основном этим занимается находящийся в его подчинении Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения. Сектор методологии и медицинской статистики Минздрава разрабатывает специальные формы отчетности, которые впоследствии должны использоваться во всех учреждениях здравоохранения. 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 уже на республиканский уровень. В целях контроля качества медицинской помощи и обеспечения безопасности пациентов проводится проверка правильности предоставляемой в этих формах отчетности. Этим занимается Сектор по работе и контролю за исполнением служебных документов и обращениям граждан, 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 минимальных стандартов в области здравоохранения на региональном уровне собирают статистические данные о состоянии здоровья населения и об объемах оказываемых услуг.

Министерство статистики и анализа несет ответственность за сбор, обработку и распространение информации о населении Беларуси. В 2002 г. Беларусью была принята Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) и в то время как официальное определение понятия «живорожденный» используется ВОЗ с января 1994 г. в статистической практике, однако, применяются дополнительные требования, касающиеся характера течения беременности, веса и роста плода при рождении, в результате чего определение ВОЗ в полной мере не применяется. Отчетностью, касающейся инфекционных заболеваний, занимаются органы санэпиднадзора.

Для совершенствования системы планирования и регулирования необходимо укрепление информационной системы здравоохранения. Особенно актуальным этот вопрос будет в случае, если в финансировании здравоохранения Беларусь отойдет от затратного подхода к

бюджетному планированию. В системе здравоохранения производится громадное количество всевозможных отчетов, но на момент составления данного обзора они не использовались как средство обеспечения обратной связи в целях совершенствования управленческих решений или улучшения показателей работы. В целях содействия развитию доказательной медицины в Беларуси необходимы также более надежные и детализированные эпидемиологические данные.

Научно-исследовательская деятельность

В Минздраве есть Управление научной деятельности, отвечающее за организацию и координацию научных исследований в области здравоохранения. Однако на момент составления данного обзора сама по себе научно-исследовательская деятельность имела в системе здравоохранения относительно невысокий приоритет, если не считать фармацевтики: так как Беларусь зависит от импорта лекарств, то Минздрав стремится сократить расходы государства на фармацевтическую продукцию. Традиции использования научных данных в качестве основы для разработки политического курса в стране нет.

5. Материальные и трудовые ресурсы

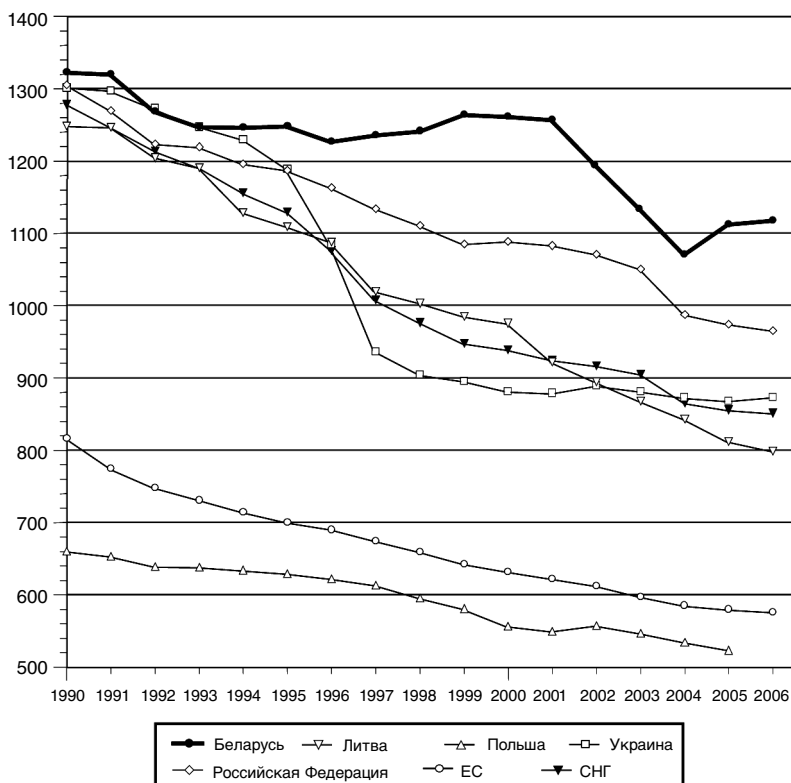
5.1. Материальные ресурсы

Инфраструктура

Комиссия по лицензированию медицинской деятельности при Минздраве Республики Беларусь отвечает за лицензирование деятельности больниц и других учреждений здравоохранения (см. разд. 4.1 «*Регулирование*», подраздел «*Регулирование и управление деятельностью поставщиков медицинских услуг*»). В модели Семашко финансирование стационарных учреждений традиционно производилось на основании числа коек. Это привело к неограниченному росту коечного фонда в советское время (см. рис. 5.1). После обретения независимости объем коечного фонда сохранился на прежнем уровне, но в 2001 г. был осуществлен переход на новую модель финансирования – от планирования финансовых средств на содержание сети учреждений здравоохранения к финансированию в расчете на одного жителя. Это позволило переориентировать финансовые потоки, распределяя средства по количеству обслуживаемых людей, а не по числу коек в медицинских учреждениях. Таким образом, у районных органов управления здравоохранением появился стимул к сокращению неэффективно используемых больничных коек, хотя по такому показателю, как обеспеченность больничными койками на душу населения, Беларусь до сих пор занимает первое место в СНГ и в Центральной и Восточной Европе (см. рис. 5.2).

Число больничных коек на душу населения в Беларуси пока остается высоким по сравнению с соседними странами и со средним показателем по СНГ (см. рис. 5.2). После реформы финансирования

Рис. 5.1. Обеспеченность больничными койками на 100 000 населения в Беларуси и других странах (за период 1990 г. – последние годы, для которых доступны данные)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

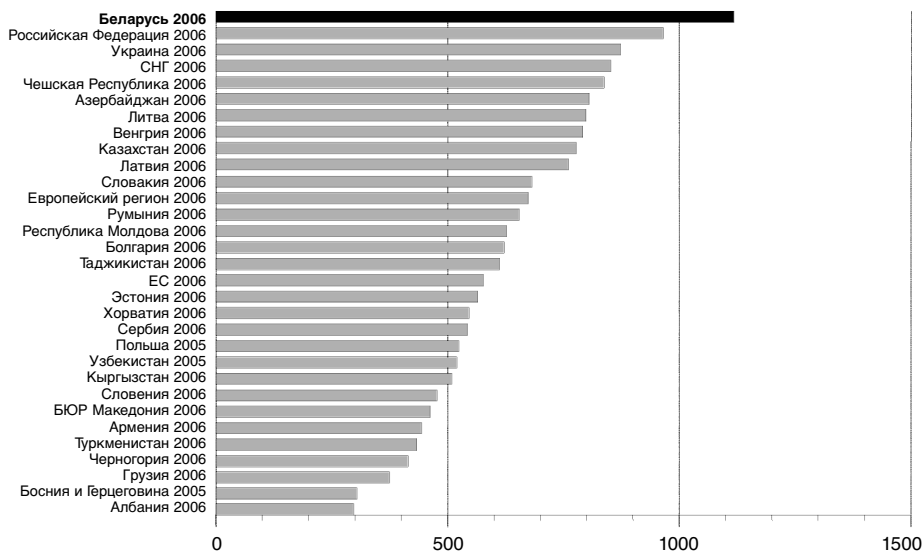
Примечания: ЕС – Европейский союз; СНГ – Содружество Независимых Государств.

2001 г. этот показатель стал постепенно снижаться, но в 2004–2005 гг. снова немного вырос (см. рис. 5.1). Это увеличение было обусловлено реорганизацией небольших сельских больниц в больницы сестринского ухода для оказания долговременной помощи; таким образом, больничные койки в этих учреждениях были перепрофилированы в так называемые медико-социальные койки. Но формально Минздрав включает больницы сестринского ухода и их коечный фонд в общее число больниц в системе здравоохранения (см. разд. 6.7 «Долговременная помощь»). Число коек в больницах сест-

ринского ухода для оказания долговременной помощи возросло с 15 в 2001 г. до 2407 в 2006 г. В 2006 г. общий коечный фонд стационаров краткосрочного пребывания составлял 100 272 койки, а фонд психиатрических больниц – 6545 коек (Жарко, 2007).

Реорганизация небольших сельских больниц в больницы сестринского ухода отразилась и на показателях работы больниц. После 2004 г. средняя продолжительность пребывания больного в стационаре не уменьшилась, а в сельской местности даже возросла (с 12,8 дня в 2004 г. до 17,7 дней в 2006 г.), что связано с различием нормативов продолжительности госпитализации при оказании долговременной медико-социальной помощи. Так, в 2006 г. средняя продолжительность госпитализации была такой же, как и в 2004 г., – 11,8 дня, но в городах этот показатель был ниже (11,5 дня). По уровню госпитализаций Беларусь занимает одно из первых мест в Европе: 266 госпитализаций на 1000 населения в 2006 г. (по сравнению с 264 в 2005 г.),

Рис. 5.2 Обеспеченность больничными койками на 100 000 населения в странах ЦВЕ и СНГ, по последним имеющимся данным



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЦВЕ – страны Центральной и Восточной Европы, СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС – Европейский союз, БЮР Македония – Бывшая Югославская Республика Македония.

но, опять же, в это число включены также госпитализации в больницы длительного ухода (Жарко, 2007). В 2006 г. занятость койки составила 306,6 дня в году (308,3 дня в городах и 286,7 дня в сельской местности) (Жарко, 2007).

Основные фонды и капитальные вложения

Основные фонды

Число больниц уменьшилось с 793 в 2001 г. до 651 в 2004 г. и с тех пор оставалось относительно стабильным: в 2006 г. в стране было 649 больниц. Однако в территориальном отношении сокращение численности больниц было неоднородным: так, в городах этот показатель уменьшился с 411 в 2001 г. до 363 в 2006 г., а в сельской местности после его резкого снижения с 382 в 2001 г. до 268 в 2004 г. в последние годы имел место рост с 268 в 2004 г. до 286 в 2006 г. (Жарко, 2007). Эта тенденция обусловлена тем, что закрытые ранее сельские больницы снова начали функционировать, но уже как больницы сестринского ухода.

Благодаря экономическому росту 2004–2006 гг. образовался профицит государственного бюджета, что позволило выделить достаточный объем ресурсов сектору стационарной помощи. С начала 2000-х гг. предпринимались значительные усилия по техническому переоснащению за счет средств Минздрава операционных блоков и реанимационных отделений всех районных больниц. В соответствии с «Государственной программой развития специализированной медицинской помощи» в 2006 г. только на закупки нового оборудования для операционных блоков и реанимационных отделений районных больниц был затрачен 31 млрд белорусских рублей (14,5 млн долл. США) из государственного бюджета (Жарко, 2007). Однако общее техническое состояние больничных корпусов в стране оставляет желать лучшего. В менее благополучных в экономическом отношении районах имеются проблемы с эксплуатацией и финансированием больниц. После 2003 г. политика в этой сфере изменилась, и большую часть средств стали выделять не на строительство новых, а на ремонт и реконструкцию существующих зданий, при этом большая часть средств затрачивается на оборудование. Поэтому новых зданий строится относительно немного – не более 3–5 в год, включая поликлиники.

Результатов обследований состояния инфраструктуры на различных уровнях оказания медицинской помощи пока нет. По террито-

рии страны медицинские учреждения распределены достаточно равномерно. Районные центры гигиены и эпидемиологии и районные отделы 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, данные которых учитываются при принятии решений о выделении капитальных вложений на объекты здравоохранения. Однако 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.

Финансирование капитальных вложений

В зависимости от статуса больницы финансирование капитальных вложений в секторе здравоохранения производится из разных источников. Больницы подразделяются на учреждения республиканского подчинения (третичная помощь), а также областного и районного подчинения (вторичная 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 особый статус самостоятельной административно-территориальной единицы и поэтому имеет собственный, отдельный бюджет на нужды здравоохранения в столице. Возможности финансирования капитальных вложений сильно зависят от экономических возможностей местного органа власти. Как уже говорилось, 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.

В республике проводится довольно много небольших по масштабу 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. Однако некоторые программы получают дополнительное финансирование из средств республиканского бюджета. Одним из примеров таких программ является программа технического переоснащения операционных блоков и реанимационных отделений районных больниц. Такие программы обычно организуются в соответствии с политической волей президента.

Контроль за осуществлением капитальных вложений

Контроль за осуществлением капитальных вложений осуществляет Минздрав, а также областные и районные органы власти, в зависимости от уровня оказания медицинской помощи. Контроль распространяется только на государственный сектор. Правда, на момент составления данного обзора частных или негосударственных стационаров в Беларуси не было. В целях контроля за осуществлением капитальных вложений используется ряд механизмов совершенствования системы регионального распределения ресурсов. К таким механизмам относится прежде всего «гарантированный социальный норматив бюджетной обеспеченности финансирования расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя» для каждого района и области, который используется с 2001 г. До его введения соответствующий уровень финансирования определялся исходя из размеров коечного фонда больниц. Второй механизм заключается в планировании и реализации приоритетных государственных программ в области здравоохранения. В этих программах 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 и техническому переоснащению учреждений первичного звена. Так, в 2006 г. на реализацию Государственной программы возрождения и развития села, направленной на реконструкцию и переоснащение учреждений пер-

вичного звена на всей территории страны, было затрачено 254 млрд белорусских рублей (118 млн долл. США) бюджетных средств. Вместе с тем, такие виды медицинской помощи, как медико-социальная, долго-временная, паллиативная и психиатрическая, все еще испытывают недостаток финансирования и занимают далеко не первые строки в списке государственных приоритетов.

Строгая «привязка» учреждений здравоохранения к определенной административно-территориальной единице не позволяет перераспределять излишние мощности между регионами. У больниц отсутствует финансовая заинтересованность как в принятии на лечение пациентов из других районов, так и в ускорении проведения диагностических и лечебных процедур. В результате больничные койки зачастую занимают пациенты, не нуждающиеся в стационарном лечении. В этой связи назрела необходимость создания современных учреждений долговременного ухода, что позволило бы снять с больниц бремя ответственности за оказание медико-социальной помощи престарелым.

Медицинское оборудование, приборы и аппараты

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 и приборов для всех районных организаций здравоохранения (включая районные больницы, районные поликлиники, службы скорой помощи и учреждения ПМСП – такие как врачебные амбулатории и ФАП). Заявки от всех районных медицинских учреждений на поставку предметов одноразового использования и основного 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 за наличием медицинского оборудования, приборов и аппаратов и ежегодно производится их инвентаризация. Как правило, учреждения первичного звена имеют более низкий приоритет, чем учреждения стационарной и специализи-

рованной помощи. Основное оборудование не всегда имеется в достаточном количестве и не всегда надлежащего качества, причем значительная часть устаревшего оборудования используется во врачебных амбулаториях, ФАП и поликлиниках при районных больницах в экономически бедных районах. На уровне первичного звена нередко бывает дефицит поставок основного оборудования и медицинских изделий одноразового использования, а парк санитарного транспорта нуждается в обновлении.

Направления на «дорогостоящие» обследования и процедуры (такие как компьютерная томография и ЯМР-томография) обычно выдают областные врачи-специалисты. Дорогостоящее технологическое оборудование есть только в учреждениях госсектора. Пройти диагностическую компьютерную или ЯМР-томографию 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 приобретается из средств республиканского или областного бюджета и распределяется на областном уровне как основное оборудование для нужд учреждений высокоспециализированной медицинской помощи. Как правило, на уровне первичного звена здравоохранения непосредственного доступа к дорогостоящим обследованиям и процедурам нет, так как направление на них может выдать только специалист областного уровня. В учреждениях третичного уровня есть компьютерные томографы и ЯМР-томографы, но данные о том, сколько всего единиц такого оборудования используется в Беларуси, недоступны.

Информационные технологии

Уровень использования информационных технологий (ИТ) в Беларуси постепенно растет. В 2006 г. число пользователей Интернета в стране достигло 56 человек на 100 жителей, что значительно превышает аналогичные показатели Российской Федерации и Украины (18 и 12 человек на 100 жителей соответственно) и несколько выше среднего показателя по Европе, который составляет 48 на 100 жителей (World Bank, 2008). Интернет может быть очень важным источником информации по вопросам здравоохранения для представителей молодого поколения и вообще хорошим подспорьем – например, для матерей, которые могут на соответствующих форумах обмени-

ваться информацией по вопросам здоровья детей. Однако данные об уровне использования Интернета в целях, связанных со здравоохранением, пока не опубликованы.

Сам же сектор здравоохранения сильно не дотягивает до того уровня использования информационных технологий, который наблюдается в стране в целом. В системе здравоохранения использование компьютерных технологий обычно ограничивается составлением статистической отчетности о таких показателях, как число амбулаторных посещений и число случаев заболеваний. В первичном звене уровень оснащенности врачей компьютеризированными рабочими местами очень низок. Минский Центр информационных технологий разработал для сектора ПМСП специальную операционную систему для ведения электронных медицинских карт пациентов, но в учреждениях первичного и вторичного звена она не применяется. Это объясняется пробелами в нормативно-правовой базе, регулирующей вопросы использования и хранения электронной медицинской документации: например, в ходе расследований, проводимых по жалобам пациентов на врачебные ошибки, к рассмотрению принимаются только бумажные документы. Небольшая часть учреждений первичного звена использует компьютерные технологии для ведения статистической отчетности. Информация о показателях работы (о числе консультаций, о 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 врачей на дому, число госпитализаций, число вызовов скорой помощи и т. п.

Есть несколько централизованных баз данных (регистров), которые являются элементами отдельных проектов статистического мониторинга, например регистр онкологических больных, электронный регистр заболеваемости гриппом, регистр пациентов, живущих в зоне радиоактивного загрязнения в результате аварии на Чернобыльской АЭС, и некоторые другие. В стране проводится Государственная программа информатизации здравоохранения, разработанная в целях расширения использования ИТ в секторе здравоохранения. В Минске и Гомельской области было реализовано несколько пилотных проектов по использованию телемедицины, а в ежегодном докладе министра здравоохранения введение электронных медицинских карт пациентов было названо одной из приоритетных задач отрасли (Жарко, 2007). Хотя вопрос о введении

электронных медицинских карт уже был включен в повестку дня Минздрава, законодательство об использовании электронного документооборота в здравоохранении все еще требует пересмотра и совершенствования. В регистратурах крупных городских поликлиник есть компьютеры, с помощью которых можно записаться на прием к специалистам и к участковым врачам, но системы электронных направлений на госпитализацию на момент составления данного обзора в стране не было.

Процесс приобретения информационных компьютерных систем регулируется Минздравом, где есть специальное Управление медицинской статистики, информационных технологий и делопроизводства. Координирующим органом по применению ИТ в здравоохранении является Республиканский центр медицинских технологий. К разработке и сопровождению программного обеспечения (ПО) привлекаются также некоторые частные ИТ-компании, при условии, что это программное обеспечение будет зарегистрировано в Минздраве. Надо отметить, что у многих руководителей здравоохранения сформировались достаточно высокие ожидания в отношении возможностей компьютерных технологий, но из-за технологических барьеров их планы могут оказаться недостижимыми – по крайней мере, в краткосрочной и среднесрочной перспективе.

5.2. Трудовые ресурсы

Данный раздел посвящен вкладу трудовых ресурсов в деятельность системы здравоохранения. Здесь приводится характеристика основных тенденций в динамике численности медицинских кадров различных специальностей и в их планировании, а также дается описание систем подготовки и регистрации медицинских кадров (см. также разд. 4.2 «*Планирование и управление медицинской информацией*»). Вопросы оплаты труда освещены в разд. 3.6 «*Механизмы оплаты*», подраздел «*Оплата труда медицинских работников*».

Медицинские кадры: основные тенденции

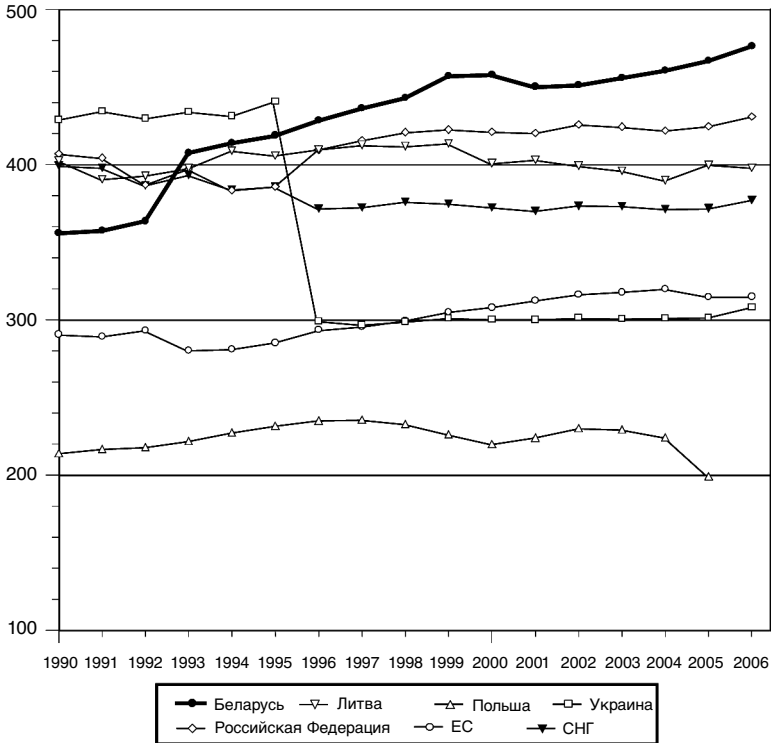
В 2006 г. в секторе здравоохранения Беларуси работало 41 043 врача, не считая работников ведомственных и частных медицинских учреждений (Министерство здравоохранения Республики Беларусь,

2006). Однако, несмотря на большую численность врачей и медсестер, в распределении трудовых ресурсов здравоохранения имеют место серьезные территориальные диспропорции. Кроме того, и в городах, и в сельской местности наблюдается дефицит кадров в первичном звене. 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 чернобыльской аварии: самый острый дефицит врачей наблюдается в сельских регионах Гомельской и Могилевской областей (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2006). В 1990-х гг. в других странах СНГ число врачей на душу населения упало, но в Беларуси этот показатель постепенно увеличивался (см. рис. 5.3).

Сектор ПМСП представлен тремя категориями врачей: в ряде сельских врачебных амбулаторий и во всех городских поликлиниках работают участковые терапевты и участковые педиатры, а в некоторых сельских регионах работают врачи общей практики, которые обслуживают как детей, так и взрослых. Такое разнообразие специалистов ПМСП объясняется тем, что в последнее время в стране изменилось представление о том, каким должен быть этот сектор системы здравоохранения. В конце 1990-х гг. в первичном звене появилась профессия врача общей практики (ВОП), и модель ВОП широко распространилась в сельской местности (см. разд. 6.3 «Первичная/амбулаторная медицинская помощь»). Число врачей общей практики возросло с 36 в 1996 г. до 466 в 2006 г. – главным образом за счет переподготовки практикующих сельских участковых терапевтов и педиатров, которые теперь стали врачами общей практики. Однако программ последипломной подготовки врачей общей практики на момент составления данного обзора в Беларуси не было, что свидетельствует о низком статусе этой профессии в стране. В 2006 г. в поликлиниках, в основном расположенных в городах, работало 2740 участковых терапевтов и 1970 участковых педиатров. Врачи ПМСП (участковые терапевты, участковые педиатры и ВОП) составляют лишь 12% от общего количества врачей, работающих в стране (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2006). Поэтому, несмотря на то что обеспеченность населения врачами в целом растет, лишь немногие из них работают в первичном звене.

Дефицит кадров в первичном звене является одной из наиболее острых проблем в Беларуси, хотя количественно оценить этот дефицит довольно трудно. Данные о численности врачей первичного

Рис. 5.3. Обеспеченность врачами на 100 000 населения в Беларуси и некоторых других странах (за период 1990 г. – последние годы, для которых доступны данные)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЕС – Европейский союз; СНГ – Содружество Независимых Государств.

звена неполны и зачастую противоречивы, а их источником является не годовая статистическая отчетность, а всевозможные публикации на эту тему. Так, например, норматив обеспеченности населения врачами первичного звена, если оценивать этот показатель в эквиваленте полной занятости (один врач на 1300 населения), соблюдается, но авторы ряда докладов указывают на их острую нехватку (Цыбин, Павлович и Малахова, 2003). Например, в Минске 30% ставок участковых терапевтов остаются вакантными, и происходит огромный отток кадров первичного звена в другие сектора. За период с 2000 г. из городских поликлиник Минска уволилось более 2000 врачей раз-

личных специальностей (Габасова, 2006). Эти проблемы возникли в силу отсутствия различий между врачами участковой службы и врачами-специалистами (кардиологами, гастроэнтерологами, пульмонологами, эндокринологами, аллергологами) и педиатрами, работающими в секторе амбулаторно-поликлинической помощи. Кроме того, многие терапевты и педиатры работают в службах скорой помощи, а не в секторе ПМСП.

Еще одной характерной особенностью распределения медицинских кадров в Беларуси является большое количество узких специалистов и фрагментация специализированной помощи. Начиная с 1990-х гг. число врачей-специалистов устойчиво растет, а тенденция к фрагментации усиливается все больше. Страна унаследовала от советского периода сеть поликлиник, в которых работало два уровня узких специалистов, при этом врачи всех основных специальностей подразделялись еще на взрослых и детских. Как правило, есть некоторая разница 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 в поликлинике (хирургом, отоларингологом, окулистом, неврологом, дерматологом, кардиологом, эндокринологом), достаточно закончить четырехмесячные курсы переподготовки для получения первичной специализации. А для того, чтобы работать в больнице, врач-специалист должен пройти как минимум двухгодичный курс клинической подготовки по своей специальности (ординатуру) (см. ниже).

В статистической отчетности не отражены различия между этими двумя категориями специалистов; численность их достаточно велика, но кто из них работает в первичном звене, а кто во вторичном или третичном, на основании отчетных данных определить невозможно. Таким образом, по последним имеющимся данным (за 2005 г.), в Беларуси работало 5824 врача хирургических специальностей (включая специалистов по общей хирургии, травматологов, нейрохирургов, урологов, онкологов, проктологов, токсикологов, эндоскопистов и реаниматологов), что на 31% больше по сравнению с 1990 г., когда их было 4430 человек. Число гинекологов увеличилось на 16% – с 2080 в 1990 г. до 2419 в 2005 г. Несколько возросло также число терапевтов и узких специалистов; их насчитывается 10 521 человек (включая таких специалистов, как кардиологи, эндокринологи, инфекционисты, гематологи, гастроэнтерологи, аллергологи, ревматологи, физиотерапевты, нефрологи, специалисты по ультразвуковой диагностике и участко-

вые терапевты). Общее количество терапевтов и узких специалистов увеличилось по сравнению с 1990 г. на 8% (тогда их насчитывалось 9760 человек), но число участковых терапевтов при этом упало (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2006). Сокращение числа участковых терапевтов частично может быть обусловлено тем, что сельские участковые терапевты переквалифицировались во врачей общей практики, но тем не менее даже в таком городе, как Минск, укомплектовано всего 55% должностей участковых терапевтов (Жарко, 2007). На 26% увеличилось число неврологов (с 1008 в 1990 г. до 1280 в 2005 г.), на 13% возросло число дерматологов (с 535 в 1990 г. до 609 в 2005 г.); на 24% увеличилась и численность врачей других специальностей (с 3001 в 1990 г. до 3750 в 2005 г.) (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2006).

Число педиатров неуклонно падает: с 4718 в 1990 г. до 3683 в 2005 г. Столь резкое сокращение их численности обусловлено многими факторами. Так, например, в 1994 г. в Белорусском государственном медицинском университете был закрыт педиатрический факультет – это была неудачная попытка организовать подготовку специалистов по специальности врача общей практики; в 1998 г. педиатрический факультет был открыт снова. Кроме того, начиная с 1990-х гг. детское население страны уменьшается, что, соответственно, порождает и падение спроса на услуги педиатров. Некоторые сельские участковые педиатры также прошли курсы переподготовки по специальности «врач общей практики». Еще одна негативная тенденция в распределении специалистов наблюдается среди врачей-фтизиатров, число которых уменьшилось на 11% – с 554 человек в 1990 г. до 492 в 2006 г., – и это несмотря на все трудности с контролем туберкулезной инфекции в Беларуси. Согласно последним опубликованным данным, около 27% фтизиатров в стране – лица пенсионного возраста, при этом замены их более молодыми кадрами не происходит. Заканчивая описание ситуации с обеспечением кадрами сектора специализированной помощи, следует отметить, что в 2005 г. в Беларуси работало 1262 врача-психиатра, включая наркологов (в 1990 г. их было 1119 человек), и 1117 рентгенологов (в 1990 г. их также было 1117 человек) (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2006).

Руководители здравоохранения

Руководители здравоохранения представляют довольно значительную часть кадров сектора здравоохранения Беларуси: их число составляет около двух тысяч человек. Руководители здравоохранения

получают обычное медицинское образование, после чего проходят курс специальной подготовки (см. ниже). В начале своей профессиональной карьеры эти специалисты работали практикующими врачами, после чего были назначены на руководящие должности в поликлиниках, больницах и т. п. Небольшая часть руководителей продолжает вести клиническую деятельность, но обычно после назначения главным врачом следующей ступенью карьеры является управленческая должность в государственной системе здравоохранения. После перехода от клинической практики к руководящей работе руководителям здравоохранения предлагается пройти либо несколько краткосрочных (двухнедельных) курсов подготовки по различным аспектам управления в здравоохранении, либо двухгодичную программу по общественному здравоохранению и управлению в здравоохранении. Координацией всех вопросов непрерывного медицинского образования занимается БелМАПО.

Другой многочисленной категорией специалистов по общественному здравоохранению являются врачи эпидемиологи-гигиенисты, которых в 2005 году насчитывалось 1757 человек (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2006). Эти специалисты получают базовое медицинское образование на медико-профилактическом факультете Медицинского университета, обучаясь по отдельной программе. Продолжительность преддипломной подготовки эпидемиологов-гигиенистов составляет шесть лет, после чего они проходят годичный курс стажировки в профильной организации. Специалисты по общественному здравоохранению в основном работают в 139 районных (и 6 областных) центрах гигиены и эпидемиологии, в больничных лабораториях и научно-исследовательских организациях. В центрах гигиены и эпидемиологии есть отделы, которые занимаются борьбой с инфекционными болезнями, включая программы вакцинации населения, а также мониторингом медицинских и образовательных учреждений и обеспечением соблюдения санитарно-гигиенических норм производства и торговли продуктами питания (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2006).

Большинство врачей работает в Минске – в эквиваленте полных штатных единиц их число составляет 12 875; для сравнения, в Гомельской области этот показатель равен 7937, в Минской – 7315, в Брестской – 7066, в Витебской – 6943, в Могилевской – 6079 и в Гродненской – 5895. При этом, по оценкам Минздрава, дефицит врачебных кадров составляет 2827 единиц в эквиваленте полной занятости. Данные о территориальном распределении вакантных

должностей врачей свидетельствуют об относительном дефиците врачей в Минске (851 вакантная должность), в Гомельской области (532 вакантные должности) и в Минской области (509 вакантных должностей) по сравнению с Брестской, Витебской и Могилевской областями (387, 267 и 72 вакантные должности соответственно) (Жарко, 2007). Данные о том, сколько врачей получили образование за рубежом, отсутствуют, но, по-видимому, их число очень невелико.

Стоматологи

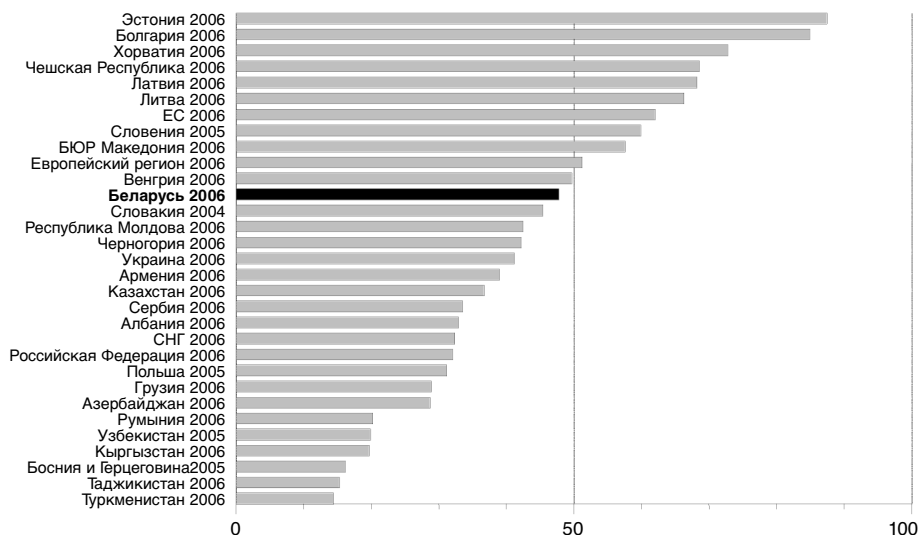
По данным отчетности, в 2006 г. в Беларуси работало 4647 стоматологов. За последние 15 лет число стоматологов в стране возросло – в 1990 г. их насчитывалось всего 3239 человек (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). По сравнению с другими странами СНГ в Беларуси обеспеченность населения стоматологами относительно высокая (см. рис. 5.4). В государственном секторе стоматологи обычно работают в поликлиниках (в городах) и во врачебных амбулаториях (в сельской местности).

Наибольшее распространение в здравоохранении частный сектор получил в стоматологии. Для того чтобы вести частную практику, стоматолог обязан иметь не менее шести лет стажа практической работы и квалификацию врача как минимум первой категории, а это означает, что он должен каждые три года сдавать квалификационные экзамены. Качество оборудования и материалов, а также материальные стимулы у стоматологов, работающих в госсекторе, ниже, чем у тех, кто ведет частную практику. В этой связи имеет место значительный отток этих специалистов в частный сектор.

Медсестры, фельдшеры и акушерки

В 2006 г. в системе здравоохранения Беларуси работало 116 337 медицинских сестер. Для сравнения, в 1990 г. их насчитывалось 118 085 человек (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Таким образом, после обретения независимости в белорусской системе здравоохранения сохранился высокий уровень обеспеченности населения медсестрами, который сейчас выше, чем во всех остальных странах СНГ (см. рис. 5.5). Собственно говоря, по таким показателям, как число врачей и число медсестер на 100 000 населения, Беларусь занимает первое место во всей Центральной и Восточной Европе (см. рис. 5.6). Дефицит сестринских кадров в Беларуси также меньше, чем дефицит врачей: в среднем укомплектовано 97,9% ставок медсестер (в ЭПЗ) и 94,8% ставок врачей. Интересно

Рис. 5.4. Обеспеченность стоматологами на 100 000 населения в Беларуси и некоторых других странах, по последним имеющимся данным



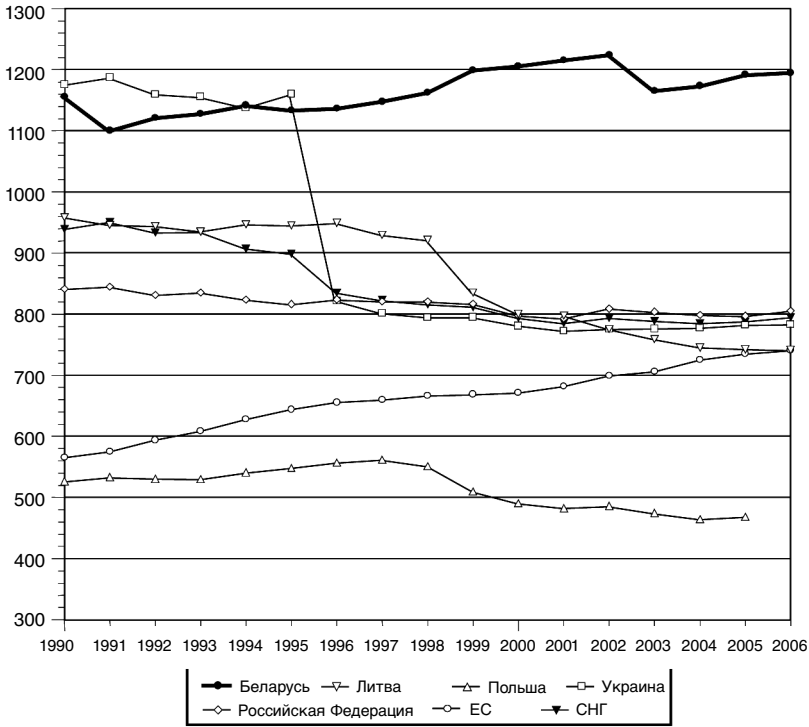
Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЕС – Европейский союз, БЮР Македония – Бывшая Югославская Республика Македония, СНГ – Содружество Независимых Государств.

отметить, однако, что в 2006 г. число студентов-медиков в Белорусском государственном медицинском университете (2585) превышало число учащихся, поступивших на сестринское дело (2299) (Жарко, 2007). Медсестры могут продолжить образование и получить последиplomную подготовку более чем по 70 специализациям – от ассистента стоматолога до медсестры-анестезиолога, которая может работать в стационарном звене.

В годовых отчетах Минздрава четкая информация о численности фельдшеров и акушерок отсутствует. Кроме того, несколько изменились и названия этих специальностей. С 2003 г. после получения базового сестринского образования в медицинском колледже студенты могут получить подготовку по двум основным специальностям: медсестра и фельдшер-акушер. В системе среднего медицинского образования есть также довольно редкая сейчас специализация «фельдшер-лаборант». Большая часть фельдшеров работают в служ-

Рис. 5.5. Обеспеченность медсестрами на 100 000 населения в Беларуси и некоторых других странах (за период 1990 г. – последние годы, для которых доступны данные)

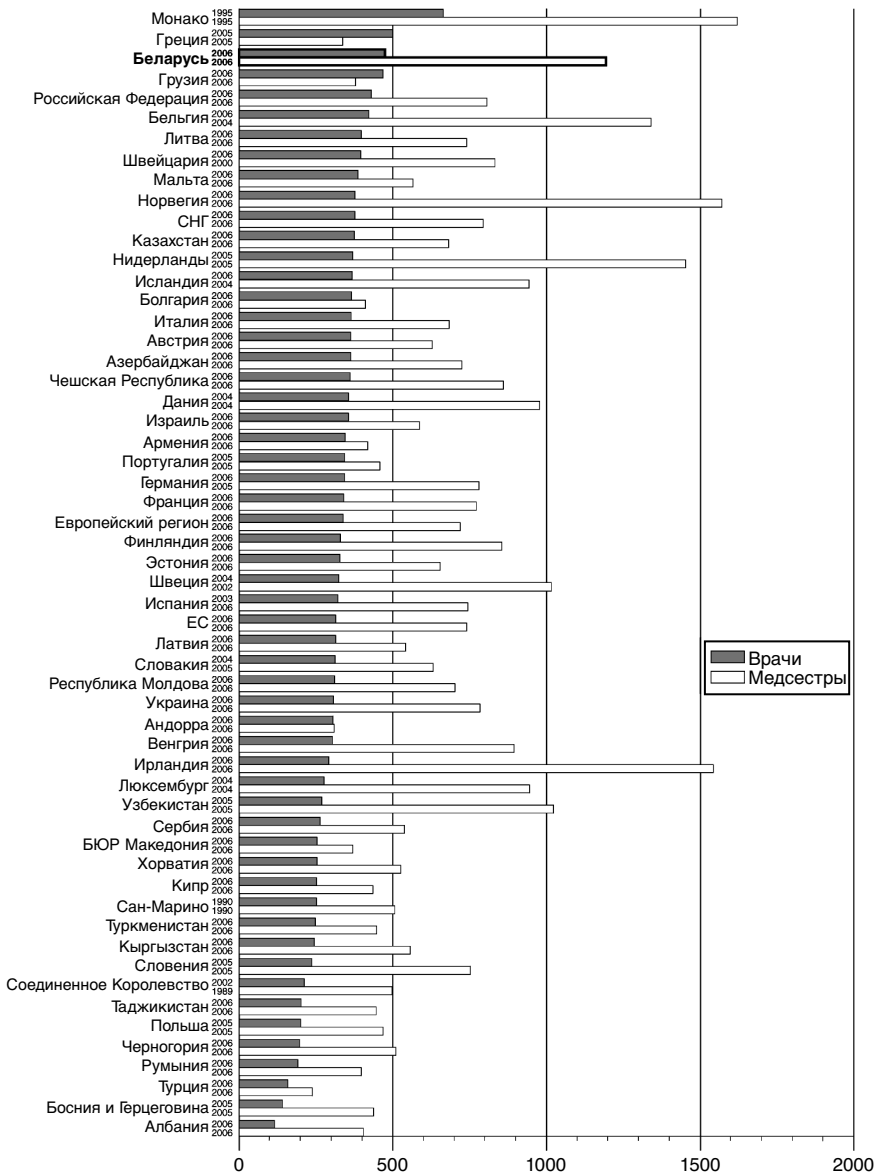


Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЕС – Европейский союз, СНГ – Содружество Независимых Государств.

бах скорой помощи, в ФАП и других учреждениях первичного звена (врачебных амбулаториях и поликлиниках). Главное отличие между фельдшером и медсестрой состоит в том, что в определенных обстоятельствах (например, если в бригаде скорой помощи или в амбулатории нет врача) фельдшер может и должен ставить диагнозы и выписывать рецепты на лекарства. Акушерство традиционно было отдельной специальностью. Большинство акушерок работают помощниками врачей-гинекологов в учреждениях первичного звена (в амбулаториях и женских консультациях). Кроме того, акушерки работают также в родильных домах. В первичном звене акушерки от-

Рис. 5.6. Обеспеченность врачами и медсестрами на 100 000 населения в странах Европейского региона ВОЗ, по последним имеющимся данным



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, БЮР Македония – Бывшая Югославская Республика Македония.

вечают за проведение осмотров на предмет выявления рака шейки матки (ежегодное взятие мазков у всех женщин в возрасте старше 18 лет), рутинные дородовые осмотры и ведение беременности.

Планирование медицинских кадров

Как уже говорилось в главе 4 «*Планирование и регулирование*», наиболее серьезной проблемой в области планирования медицинских кадров в Беларуси являются диспропорции в распределении персонала между различными секторами при достаточной или даже избыточной численности квалифицированных кадров в целом. Главным механизмом планирования рабочей силы по-прежнему остается регулирование численности приема в медицинские учебные заведения путем ограничения числа мест на обучение по определенным специальностям. Первостепенной задачей Минздрава является сокращение дефицита врачей первичного звена (участковых терапевтов, участковых педиатров и врачей общей практики). Число студентов-медиков, которые приняты в четыре медицинских университета страны и по окончании обучения, скорее всего, будут направлены на работу в первичное звено, по сравнению с началом 2000-х годов возросло, достигнув 2585 человек (Жарко, 2007). В целях обеспечения более сбалансированного распределения врачей первичного звена, особенно в экономически отсталых сельских регионах страны, правительством была возобновлена советская система обязательного распределения молодых специалистов: первые два года после окончания обучения выпускники медицинских вузов обязаны отработать в первичном звене. Были также приняты меры по улучшению материального положения врачей первичного звена – их зарплата была увеличена на 40%. Но даже после этого заработки врачей приблизились всего лишь к уровню средней зарплаты квалифицированного рабочего. Число молодых врачей, увольняющихся из учреждений первичного звена по окончании двухлетнего срока обязательного распределения, очень велико и достигает 80%, и все они продолжают пополнять армию узких специалистов.

Наблюдается также недоукомплектованность первичного звена врачами-специалистами в поликлиниках, где не хватает хирургов, отоларингологов, офтальмологов и неврологов. Это обусловлено не только падением численности персонала в первичном звене: среди причин можно назвать и увеличение спроса на их услуги, и увеличение нагрузки; в 2006 г. число посещений к врачам в год в расчете на

одного жителя в среднем составило 12,7 (Жарко, 2007). В одном из последних исследований было выявлено, что у врачей-специалистов, работающих в поликлиниках, около 15–22% рабочего времени уходит на проведение введенных в административном порядке массовых профилактических медосмотров рабочих, студентов и школьников, которые практически здоровы (Каштальян, 2005).

Врачи-специалисты, работающие в поликлиниках – это врачи первичного звена, прошедшие переподготовку без отрыва от производства (четырёхмесячные курсы в БелМАПО). Число мест на углубленное обучение специализации – в двухгодичной клинической ординатуре – регулируется Минздравом на основании ежегодных планов подготовки специалистов.

Официальные данные о численности медицинских кадров, уезжающих на работу за границу, отсутствуют, но результаты некоторых опубликованных исследований свидетельствуют об очень большом оттоке молодых врачебных кадров – они либо уходят из сектора здравоохранения вообще, либо становятся представителями фармацевтических фирм в крупных городах. В больших городах наблюдается также значительный отток квалифицированных врачей в частные диагностические центры; так, в Минске в частном секторе работают 1400 врачей (Габасова, 2006).

Подготовка медицинских кадров

В Беларуси базовая подготовка врачебных кадров осуществляется в четырех медицинских университетах. Есть также отдельная организация – Белорусская академия последипломного образования (БелМАПО), которая занимается координацией всех вопросов последипломного и непрерывного медицинского образования врачей и представителей некоторых сестринских специальностей. Частных образовательных учреждений – как коммерческих, так и некоммерческих – в секторе медицинского образования нет. На момент составления данного обзора около 15% студентов государственных университетов и медицинских колледжей обучались на платных отделениях вузов (см. ниже). 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 меди-

цинские учебные заведения проводятся в форме централизованного письменного тестирования по определенным дисциплинам, одинакового для всех абитуриентов во всей стране. 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.

Поступающие в медицинские вузы сразу должны выбрать факультет, на котором хотят обучаться. В белорусской системе высшего медицинского образования есть пять основных факультетов: лечебное дело, педиатрический, стоматологический, медико-профилактический и фармацевтический. 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 6 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 первичного звена. 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 (также чаще всего в учреждение первичного звена). 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 первичного звена). Обучение на медико-профилактическом факультете длится 6 лет, после чего выпускники получают диплом врача гигиениста-эпидемиолога. Они также проходят годовую стажировку в 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.

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 первичного звена в городах и в сельской местности. Согласно правилам, действовавшим на момент составления данного обзора, выпускник имеет право отказаться от обязательного распределения после получения медицинского диплома, но в этом случае ему придется возместить государству стоимость базового шестилетнего образования в медицинском вузе.

Различия между врачами первичного звена можно заметить уже в период их обучения в медицинском вузе, так как они учатся на разных факультетах. В 1994 г. была предпринята неудачная попытка объединить педиатрический факультет с лечебным; это было сделано для того, чтобы начать подготовку студентов по единой специальности – «врач общей практики», но в 1998 г. педиатрический факультет был открыт снова как самостоятельная структура. Статус врачей первичного звена и требования к их подготовке самые низкие во всей системе здравоохранения. Предполагается, что любой выпускник медицинского вуза способен работать в первичном звене, имея очень ограниченный опыт практической подготовки; на этом и основана система обязательного двухлетнего распределения. В этой связи профессия врача первичного звена считается лишь отправной точкой в развитии карьеры узкого специалиста, а не выбором карьеры как таковой.

Подготовка врачей общей практики началась в Беларуси в 1999 г. в рамках системы непрерывного медицинского образования врачей ПМСП. Это позволило на первых порах удовлетворить потребность в подготовке универсальных врачей первичного звена для работы в

сельской местности, поскольку на селе многие врачи, будучи формально либо участковыми терапевтами, либо участковыми педиатрами, и так уже обслуживали как взрослое, так и детское население. В целях координации вопросов переподготовки участковых терапевтов и участковых педиатров в БелМАПО была организована кафедра общей врачебной практики. В настоящее время продолжительность обучения составляет шесть месяцев. Начиная с 2000 г. Минздрав проводит курс на введение модели ВОП во всех сельских регионах, где в общей сложности проживает 30% населения страны (см. разд. 6.3 «Первичная/амбулаторная медицинская помощь»).

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 (специальную подготовку) 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 в БелМАПО. 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. Предусмотрены также финансовые стимулы, способствующие заинтересованности врачей выполнить хотя бы эти минимальные требования. Образовательные стандарты разрабатываются медицинскими вузами от имени Минздрава и утверждаются Министерством образования.

Подготовка медсестер и фельдшеров производится в 17 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 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 г. в учебные планы и в официальный перечень специализаций в области сестринского дела были внесены большие изменения. Раньше подготовка медсестер занимала два года, а подготовка фельдшеров и акушеров – три года, но начиная с 2002 г. продолжительность медицинской подготовки и медсестер, и фельдшеров-акушеров составляет 2 года 10 месяцев.

Специализация «фельдшер-акушер» 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 медсестры 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 БелМАПО или в один из медицинских колледжей, где также проводятся программы непрерывного медицинского образования для медсестер.

Регистрация и лицензирование

В Беларуси пока нет ни центральных регистров, ни специальной процедуры лицензирования дипломированных практикующих работников здравоохранения. Однако при приеме на работу специалист должен предъявить ряд документов, подтверждающих его медицинскую квалификацию: диплом об окончании медицинского учебного заведения, свидетельство об окончании интернатуры и свидетельство о получении первичной специализации или о получении вторичной специализации (об окончании ординатуры). В соответствии с действующей в настоящее время системой переаттестации медицинских кадров каждые 5 лет необходимо проходить специальные курсы повышения квалификации при БелМАПО продолжительностью не менее 80 учебных часов. Врачи, которым присвоена более высокая квалификационная категория, получают прибавку к зарплате (см. ниже), но если они не будут регулярно проходить курсы повышения квалификации, то могут ее лишиться. Теоретически врач может заниматься медицинской практикой сразу же после получения первичной специализации, но на практике, из-за принятой в стране системы надбавок к зарплате, такое бывает очень редко.

Возможности развития карьеры врачей

Для врачей, работающих в амбулаторно-поликлиническом звене, 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 факультета – 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 – как уже говорилось, чаще всего в организации первичного звена. Получив распределение, большинство молодых врачей идут 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 стационарное звено. Есть и другая возможность – можно остаться работать врачом в секторе ПМСП. В рамках одной специализации существует система повышения квалификационной категории врача, от которой зависит уровень его зарплаты. Для врачей-специалистов предусмотрены четыре квалификационные категории: 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); если опыт практической работы менее трех лет, то квалификационная категория не присваивается. Квалификация врача первой категории дает врачу право занять должность заведующего отделением. После этого некоторые врачи выбирают карьеру руководителя медицинского учреждения, что означает изменение специализации: в этом случае они становятся руководителями (менеджерами) здравоохранения. В секторе стационарной помощи карьера врачей также начинается в первичном звене, с последующей первичной специализацией и переходом через несколько лет на работу в больницу. Там действует такая же система присвоения квалификационных категорий – отсутствие категории, затем специалист второй категории, первой и высшей.

Продвижение врачей по служебной лестнице зависит от администрации больницы, в которой они работают. Администрация больни-

цы 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, а на получение остальных категорий (второй и первой) – в областных органах управления здравоохранением.

Как уже говорилось, наиболее значительный отток кадров происходит из первичного звена. В настоящее время зарплаты врачей ПМСП на 20–30% выше, чем у специалистов, работающих в поликлиниках, но нагрузка, служебные обязанности и условия труда в первичном звене таковы, что большинство молодых медиков по-прежнему не хотят там работать.

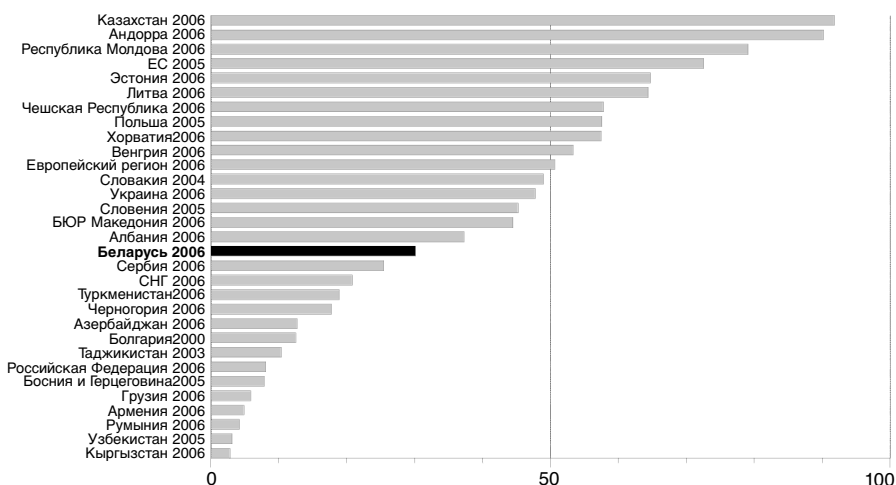
Возможности развития карьеры другого медицинского персонала

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 органов управления здравоохранением. В рамках специальности «сестринское дело» есть множество различных специализаций. Медсестра 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 медсестер занимают руководящие должности – они работают старшими медсестрами в поликлиниках или больницах.

Фармацевты

В 2006 г. в Беларуси насчитывалось в общей сложности 2930 фармацевтов. Таким образом, обеспеченность населения фармацевтами составляет 30,1 на 100 000 населения. После обретения независимости число фармацевтов уменьшилось; в 1990 г. их было 3261 человек, т. е. 33,6 на 100 000 населения (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Число фармацевтов в расчете на душу населения в Беларуси выше среднего показателя по СНГ, но гораздо ниже среднего по ЕС (см. рис. 5.7). После обретения независимости наступил период, когда число частных аптек в стране неконтролируемо росло, и в течение некоторого времени число фармацевтов увеличивалось. Но после введения в 2001–2002 гг. более жесткого режима регулирования деятельности фармацевтического сектора (см. разд. 6.6 «*Медикаментозная помощь*») число фармацевтов уменьшилось.

Рис. 5.7. Обеспеченность фармацевтами на 100 000 населения в Беларуси и некоторых других странах, по последним имеющимся данным



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЕС – Европейский союз, БЮР Македония – Бывшая Югославская Республика Македония, СНГ – Содружество Независимых Государств.

6. Предоставление медицинских услуг

6.1. Общественное здравоохранение

Система общественного здравоохранения и контроля за инфекционными заболеваниями (КИЗ) является неотъемлемым элементом структуры государственного управления, начиная с районного уровня и выше. Ключевыми элементами системы общественного здравоохранения на уровне района являются районные центры гигиены и эпидемиологии, которые выполняют ряд функций по профилактике инфекционных заболеваний. Районные центры гигиены и эпидемиологии подчиняются районным органам власти, а также соответствующим областным центрам гигиены и эпидемиологии. Областные центры гигиены и эпидемиологии подчиняются областным органам власти, Минздраву и Управлению Главного государственного санитарного врача, который одновременно является заместителем министра здравоохранения по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и охраны общественного здоровья.

Основные обязанности районных центров гигиены и эпидемиологии состоят в проведении мониторинга и обеспечении соблюдения действующих норм в области «санитарной безопасности» (гигиены окружающей среды) в магазинах, на предприятиях общественного питания (в кафе, ресторанах, столовых и т. п.), в детских садах, школах и учреждениях здравоохранения (как амбулаторных, так и стационарных). Другой их важнейшей обязанностью является мониторинг программ иммунопрофилактики детей и взрослых, по уровню эффективности которых Беларусь занимает одно из первых мест в СНГ.

В Беларуси есть также организация общенационального уровня – Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, который занимается координацией вопросов профилактики отдельных заболеваний (например, ВИЧ-инфекции) и формирования здорового образа жизни. Профилактикой и лечением туберкулеза в основном занимаются учреждения фтизиатрической службы (их насчитывается 25) и первичного звена (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2006). В центрах гигиены и эпидемиологии работают врачи, специализирующиеся в области КИЗ (они называются гигиенистами-эпидемиологами), и медсестры (помощники эпидемиологов).

В 2005 г. во всех структурах системы общественного здравоохранения Беларуси работало в общей сложности 1757 врачей КИЗ (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2006). Эти специалисты получают образование на медико-профилактическом факультете (см. главу 5 «*Материальные и трудовые ресурсы*»); продолжительность их преддипломной подготовки составляет шесть лет. Следует отметить, что выпускники медико-профилактического факультета не имеют права работать практикующими врачами, которые занимаются непосредственно лечением пациентов. Они могут работать в центрах гигиены и эпидемиологии, других организациях общественного здравоохранения и научно-исследовательских институтах, а также в лабораториях. Медсестры (помощники эпидемиологов) получают первичную специализацию в этой области после окончания базовой сестринской подготовки.

Обеспечение гигиены окружающей среды и КИЗ осуществляются по двум направлениям: активный санитарно-гигиенический контроль состояния всех общественных зданий и сооружений и извещение обо всех случаях инфекционных заболеваний, подлежащих обязательной регистрации. Все медицинские учреждения обязаны информировать районные центры гигиены и эпидемиологии обо всех случаях инфекционных заболеваний, подлежащих обязательной регистрации, а также обо всех случаях заражения паразитами (чесотка, педикулез, гастроэнтерит, все детские инфекции, дифтерия и т. д.). Получив такую информацию, врач КИЗ исследует причины и источники инфекции (заражения паразитами) и определяет возможные меры по ограничению вспышки заболевания.

Санитарные нормы вводятся центрами гигиены и эпидемиологии по системе директив (приказов), исходящих из Управления Главного государственного санитарного врача. Следует отметить, что целый

ряд санитарных норм нуждается в пересмотре, поскольку многие из них уже устарели и лишены целесообразности. В качестве примеров можно привести требование о применении ламп ультрафиолетового излучения для обеззараживания воздушной среды во всех помещениях, где были источники инфекции, или использование при каждой внутримышечной инъекции четырех отдельных ватных тампонов, смоченных спиртом. Непропорционально большой объем ресурсов и времени тратится также на профилактику наиболее редких сейчас видов инфекций – так, например, все учреждения здравоохранения должны регулярно проверяться на предмет наличия в них противочумных и противохолерных костюмов и комплектов индивидуальной защиты, несмотря на то что в Беларуси нет природных очагов этих заболеваний.

В Беларуси растет понимание необходимости расширения мер в области укрепления здоровья и санитарного просвещения населения. Но поскольку приоритет традиционно отдавался борьбе с инфекционными заболеваниями, то все, что имеет отношение к профилактике неинфекционных болезней и просто укреплению здоровья, всегда отодвигалось на второй план. В центрах гигиены и эпидемиологии не хватает кадров для проведения программ по укреплению здоровья населения наряду с широкомасштабными мерами в области КИЗ. 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 представлять в районный орган управления здравоохранением 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.

Серьезное влияние на деятельность системы общественного здравоохранения оказал ряд факторов общенационального масштаба. Беларусь была одной из первых стран СНГ, подписавших и ратифицировавших рамочную конвенцию ВОЗ по контролю за табаком, но проведение ее положений в жизнь идет довольно медленными темпами. Поскольку злоупотребление алкоголем признано одним из серьезных факторов патогенного риска, то в стране была принята Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма. Кроме того, проводится Государственная программа по формированию здорового образа жизни, которая предусматривает меры, способствующие раз-

витию 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 ВОЗ и ПРООН), направленных на профилактику ВИЧ-инфекции и туберкулеза, которые проводятся в сотрудничестве с Минздравом и различными неправительственными организациями. Последнее особенно важно потому, что Беларусь относится к числу стран Европейского региона ВОЗ с высоким бременем туберкулеза (De Colombani, 2007).

Иммунизация и мониторинг состояния здоровья детей проводятся силами первичного звена. В городах этим занимаются участковые педиатры, а в сельской местности – преимущественно врачи общей практики. В Беларуси действует государственная программа детской иммунизации, и все рутинные иммунизации проводятся бесплатно (более подробно см. разд. 1.4 «Состояние здоровья населения»). 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 медсестры педиатрического профиля, работающие в первичном звене, 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. Однако в Беларуси в течение последних десятилетий в обществе в целом и в системе здравоохранения в частности игнорировались вопросы первичной профилактики, т. е. все то, что касается формирования здорового образа жизни. В системе здравоохранения основное внимание уделяется не первичной, а вторичной профилактике, т. е. раннему выявлению и лечению заболеваний. Вторичная профилактика обеспечивается путем проведения целого ряда скрининговых мероприятий. Программы скрининга разработаны по всем основным врачебным специальностям, а их реализация передана в ведение врачей первичного звена.

Программа раннего выявления рака 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). Программа массового скрининга на туберкулез методом флюорографии вызывает споры как с точки зрения эффективности, так и точки зрения возможности охвата маргинальных групп населения. В 2005 г. уровень заболеваемости туберкулезом в Беларуси составлял 54,3 случая на 100 000 населения (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007); по сравнению с остальными странами СНГ это не много, но по европейским нормам такой показатель является достаточно высоким.

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 опухоли 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 рак 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 врачами первичного звена 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 первичного звена 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 специа-

листы регулярно проверяют медицинские карты пациентов, чтобы удостовериться в соблюдении правил, касающихся текущих процедур скрининга. Отбор медицинских карт для таких проверок проводится методом случайной выборки.

Следует отметить, однако, что в целом эти программы скрининга успехом не увенчались. Выявлению случаев заболеваний было уделено большое внимание, но на то, чтобы обеспечить последующее лечение и соблюдение пациентами предписанных схем лечения, ресурсов уже не хватает. Доказательная база многих инициатив не всегда надежна; из-за нехватки кадров и недостатка времени их реализация сопряжена с определенными проблемами; кроме того, некоторые из основных целевых групп участвуют в программах скрининга весьма неохотно. На момент составления данного обзора на проведение программ скрининга отдельного финансирования не выделялось, что, как выяснилось в ходе их реализации, является большим недостатком. В Беларуси не принято критически оценивать предложенные меры в области скрининга с позиций доказательной медицины и с точки зрения эффективности затрат и возможных негативных побочных последствий. Кроме того, фактор административного давления, которое вынуждает врачей соблюдать запланированные целевые показатели, может негативно сказываться на достоверности данных, касающихся профилактических мероприятий.

В Беларуси нет проектов и программ по сокращению влияния фактора бедности на состояние здоровья населения, поскольку в секторе здравоохранения этому вопросу отдается невысокий приоритет, а разница в доходах населения в Беларуси относительно невелика. Наиболее важными вопросами в области общественного здравоохранения, которые надлежит решить вне рамок сектора здравоохранения, являются обеспечение безопасности на дорогах и организация медико-социальной помощи детям, растущим в семьях, где родители страдают алкоголизмом. Данные о влиянии принятых мер пока не опубликованы.

Наиболее важные вопросы в области общественного здравоохранения, в том числе борьба с туберкулезом и ВИЧ/СПИД, решаются с помощью проведения соответствующих вертикальных программ, которые реализуются параллельно с основной деятельностью государственной системы здравоохранения. В Беларуси организацией и финансированием таких программ занимаются не местные органы власти, а непосредственно Минздрав, что нередко приводит к фрагментации и дублированию функций. В целях содействия интеграции

услуг в области профилактики и ухода в этой важнейшей сфере общественного здравоохранения были предприняты шаги по включению некоторых элементов указанных вертикальных программ в деятельность сектора ПМСП, однако этому препятствуют довольно серьезные барьеры – в частности, большая загруженность врачей общей практики и их низкий статус, а также сопротивление со стороны узких специалистов, которые работают в параллельных службах здравоохранения, организованных в рамках вертикальных программ.

6.2. Маршрут пациента в системе здравоохранения

На всей территории страны – и в городах, и в сельской местности – маршрут пациента в системе здравоохранения выглядит примерно одинаково. Во вставках 6.1 и 6.2 приведены два варианта направления пациента на оказание специализированной медицинской помощи: первый – по системе скорой помощи (см. разд. 6.5 «Скорая и неотложная медицинская помощь»), а второй – через первичное звено (см. разд. 6.3 «Первичная/амбулаторная медицинская помощь»).

Вставка 6.1. Пример маршрута пациента в системе здравоохранения: скорая медицинская помощь

Какие шаги будут предприняты в случае, если человек, находясь дома, почувствует симптомы сердечного приступа.

- Сам пациент или его родственники вызовут по телефону бригаду скорой помощи.
- В крупных городах по вызову приедет специализированная кардиологическая бригада. За пределами больших городов по вызову приедет обычная бригада скорой помощи с врачом и фельдшером.
- Врач скорой помощи сделает пациенту ЭКГ и окажет ему экстренную медицинскую помощь на месте, включая введение обезболивающего, нитратов и проведение противошоковых мероприятий; если нужно – поставит капельницу для внутривенного вливания.
- После этого пациент будет санитарным транспортом доставлен в кардиологическое или реанимационное отделение ближайшей больницы.

Вставка 6.2. Пример маршрута пациента в системе здравоохранения: направление из первичного во вторичное звено

Женщина, страдающая артритом и нуждающаяся в эндопротезировании тазобедренного сустава, предпримет следующее.

- Пациентка обратится за консультацией к своему участковому терапевту (или к врачу общей практики, если это происходит в сельской местности). Участковый терапевт (или врач общей практики) проведет предварительную оценку проблемы с тазобедренным суставом пациентки и направит ее на все необходимые обследования: анализы крови и мочи, флюорографию, на осмотр у гинеколога (для взятия мазка по Папаниколау). После того как все эти обязательные процедуры будут сделаны, пациентка получит направление к хирургу, работающему в центральной районной поликлинике. В городах это может быть хирург, работающий в той же поликлинике, где и терапевт, а также гинеколог и рентгенолог.
- Хирург из поликлиники назначит рентгеновское обследование тазобедренного сустава и, скорее всего, даст пациентке направление на консультацию к работающему в той же поликлинике ревматологу, чтобы исключить специфические причины артрита.
- После проведения необходимых биохимических анализов, которые нужны для того, чтобы исключить различные заболевания суставов ревматологического профиля, ревматолог снова направит пациентку к хирургу.
- Хирург из поликлиники выдаст пациентке направление к специалисту в учреждение вторичного или третичного звена: либо в ортопедическое (травматологическое) отделение областной больницы, либо (если пациентка живет в Минске) в Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии.
- На следующий день после получения направления у хирурга из центральной районной поликлиники пациентка получит амбулаторную консультацию специалиста, работающего в травматологическом отделении областной больницы. Обычно в таких случаях рентгеновское обследование тазобедренного сустава назначают повторно. Если будет выявлена необходимость замены сустава, то пациентку поставят на очередь на плановую операцию. Срок ожидания операции обычно составляет от 6 до 12 месяцев. Хирург-травматолог выпишет пациентке рецепты на все лекарства, которые ей могут быть необходимы на этот период.
- Незадолго до назначенной даты операции пациентке нужно будет снова обратиться к своему участковому терапевту

(врачу общей практики), чтобы повторно сдать анализы (кровь, мочу, тест на ВИЧ-инфекцию и ЭКГ); если данные флюорографии или мазка уже недействительны, то их также нужно будет повторить. После этого терапевт (врач общей практики) выпишет справку о том, что у пациентки нет противопоказаний к операции.

- В день, на который назначена операция, пациентка будет госпитализирована, а лабораторные анализы и ЭКГ, сделанные участковым терапевтом (врачом общей практики) будут, скорее всего, проведены повторно. Если противопоказаний к операции не будет, то она будет сделана в плановом порядке.
- После операции участковому терапевту (врачу общей практики) будет направлен выписной эпикриз.
- Участковый терапевт (врач общей практики) будет вызван к пациентке на дом, чтобы назначить ей необходимый уход после операции.

Все консультации и сама операция проводятся бесплатно. Вообще говоря, как таковой системы назначения на консультацию у врача-специалиста не существует: пациенты просто приходят на прием и обслуживаются в порядке очереди. При наличии жалоб на те или иные недомогания пациентку примут на амбулаторную консультацию в день обращения, но время ожидания в очереди на прием у врачей первичного звена или у врачей-специалистов (после получения направления) может составить от 1 до 4 часов.

6.3. Первичная/амбулаторная медицинская помощь

Сектор ПМСП в Беларуси с конца 1990-х годов находится в стадии преобразования, поскольку в стране проводятся эксперименты с различными моделями его организации. В этой связи в Беларуси сейчас действуют две основные формы оказания ПМСП: в городах по-прежнему функционирует традиционная сеть поликлиник, а в сельской местности и на окраинах некоторых городов начинает внедряться модель врача общей практики. Все учреждения первичного звена находятся в собственности государства. Их деятельность финансируют и контролируют районные органы управления здравоохранением, которые обычно находятся при районных больницах (Жарко и др., 2007b).

Фельдшерско-акушерские пункты и врачебные амбулатории

В отдаленных сельских регионах ПМСП организована на базе ФАП и амбулаторий, где работают врачи общей практики, участковые терапевты и участковые педиатры, а также сестринский персонал. Все они оказывают населению первичную амбулаторную медико-санитарную помощь. В некоторых отдаленных сельских регионах есть амбулатории с коечным фондом на 15–30 мест. Такие учреждения чаще называются участковыми больницами; некоторые из них были реорганизованы в больницы сестринского ухода, оказывающие долговременную медико-социальную помощь. Кроме того, в стране действует служба скорой помощи, которая обеспечивает значительную часть медицинской помощи во внерабочее время, а также экстренную медицинскую помощь.

Фельдшерско-акушерский пункт – это очень небольшое по размеру медицинское учреждение, в штате которого есть всего один медицинский работник (фельдшер-акушер) и один вспомогательный (санитар). ФАП располагаются в наиболее отдаленных сельских населенных пунктах, где численность населения не достигает нормативного уровня, необходимого для того, чтобы на этом участке работал свой врач. В 2005 г. в стране было в общей сложности 2475 ФАП (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2006). В период с 2001 по 2006 г. в целях рационализации использования ресурсов, а также потому, что техническое состояние помещений некоторых ФАП было неудовлетворительным, число ФАП было сокращено на 12% (с 2834 в 2001 г.). По сведениям за 2003 г., 70% ФАП не было подключено к водопроводу, 77% – к канализации, а в 80% не было центрального отопления (Цыбин и др., 2003). Фельдшеры, работающие в ФАП, оказывают населению первую доврачебную помощь при незначительных недомоганиях и некоторых хронических заболеваниях как на ФАП, 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. До 2006 г. фельдшеры также отвечали за выполнение программ иммунизации и проведение реакции Манту у детей. Однако после громкого скандала с вакцинами, кото-

рый произошел в одном из ФАП, Минздрав освободил ФАП от этой функции. В соответствии с действующими правилами все программы иммунизации должны проводиться под непосредственным контролем врача ПМСП. Обычно ФАП 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 604 (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2006). 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 медработников сельской амбулатории включает следующих специалистов: как минимум один врач ПМСП, стоматолог, фельдшер, акушерка, 2–3 медсестры, физиотерапевтическая медсестра, фельдшер-лаборант и вспомогательный персонал (санитары, водители, истопники и т. п.). Данных о численности врачебных практик, где работает только один врач общей практики, нет, но, по всей вероятности, такая ситуация характерна более чем для половины из 604 действующих сельских амбулаторий. Общее техническое состояние амбулаторий – особенно по сравнению с ФАП – значительно улучшилось и, благодаря реализации Государственной программы возрождения и развития села, продолжает улучшаться. Однако масштаб работы, которую еще предстоит сделать в рамках этой программы, очень велик; по данным за 2003 г., 11% амбулаторий не было подключено к водопроводу, 19% – к канализации, а в 35% не было центрального отопления (Цыбин и др., 2003).

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 1800 взрослого на-

селения. В сельских амбулаториях оказывают практически все основные виды ПМСП, включая внебольничную медицинскую помощь детям и взрослым, небольшие хирургические операции, медико-санитарную помощь при незначительных травмах, родовое наблюдение (сами роды проходят в больнице), послеродовой уход, выписка больничных листов и иммунопрофилактику.

В отдаленных сельских населенных пунктах круглосуточная медицинская помощь официально не финансируется и не регулируется. Там, где есть только ФАП или сельская амбулатория, бригаду скорой помощи может вызвать только медицинский работник (врач, фельдшер или медсестра). 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 20 долларам 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. В общей сложности в стране насчитывается 374 детские поликлиники и детские поликлинические отделения в составе больниц, 482 взрослые поликлиники, 326 женских консультаций (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2006). Городские поликлиники имеют значительные районы охвата и обслуживают 10 000–100 000 жителей и более. 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. По этой причине в поликлиниках и больницах требуется так много узких спе-

циалистов. Дублирование диагностических обследований и содержание отдельных средств диагностики для обслуживания взрослого и детского населения приводит к очень большим затратам и является источником крайне низкой экономической эффективности системы здравоохранения в городах, но врачи-специалисты, работающие в больницах, часто жалуются на качество диагностики в амбулаторно-поликлиническом звене и потому предпочитают проводить диагностические обследования повторно в условиях стационара.

В городах услуги ПМСП детям оказывают в детских поликлиниках. Согласно установленным нормативам, участковый педиатр, работающий на полную ставку, должен обслуживать 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. Следует отметить, что из-за нехватки участковых педиатров в первичном звене средняя численность детского населения, прикрепленного к одному врачу, в реальности может составлять до 1000–1300 человек. Работающему в детской поликлинике участковому педиатру помогает педиатрическая медсестра, которая в рамках планового наблюдения за состоянием здоровья детей в возрасте до года также посещает их на дому. Как правило, в поликлиниках есть отдельная медсестра, 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 таких диспансеризаций нередки случаи гипердиагностики и полипрагмазии, когда несколько различных специалистов изолированно друг от друга назначают большое количество дополнительных лабораторных и инструментальных исследований и плохо сочетающихся между собой видов медикаментозного лечения или лечебных процедур.

Участковые педиатры также выдают детям справки по болезни и выписывают их родителям больничные листы по уходу за ребенком. По законодательству, действовавшему на момент составления данного обзора, в случае болезни ребенка только педиатр имел право выдать ему справку об освобождении от занятий в школе и от посеще-

ния детского учреждения. 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 визитов на дом, по большей части для того, чтобы выдать ребенку справку об освобождении от занятий в школе или больничный лист по уходу его родителей. Обычно детские поликлиники работают с понедельника по субботу с 8.00 до 18.00. В нерабочее время медицинскую помощь детям оказывают по вызову участковые педиатры или фельдшеры, по системе скорой 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. Участковые педиатры отвечают также 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 амбулаторно-поликлинической помощи детям и взрослым была необходима для того, чтобы дети не заразились от взрослых инфекционными болезнями, а также для того, чтобы снизить нагрузку врачей первичного звена. 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 в случае проблем со здоровьем. По нормативу на каждые 1800 человек прикрепленного к поликлинике взрослого населения должен приходиться один участковый терапевт, но из-за нехватки кадров в первичном звене к каждому работающему в поликлинике врачу-терапевту может быть прикреплено до 2000–2500 человек и более. В случае каких-либо специфических проблем пациенты могут также по «самонаправлению» обратиться к врачу-специалисту, работающему в той же поликлинике (хирургу, неврологу, отоларингологу, офтальмологу, гинекологу, эндокринологу или кардиологу).

Женские консультации (в 2006 г. их было 326) 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

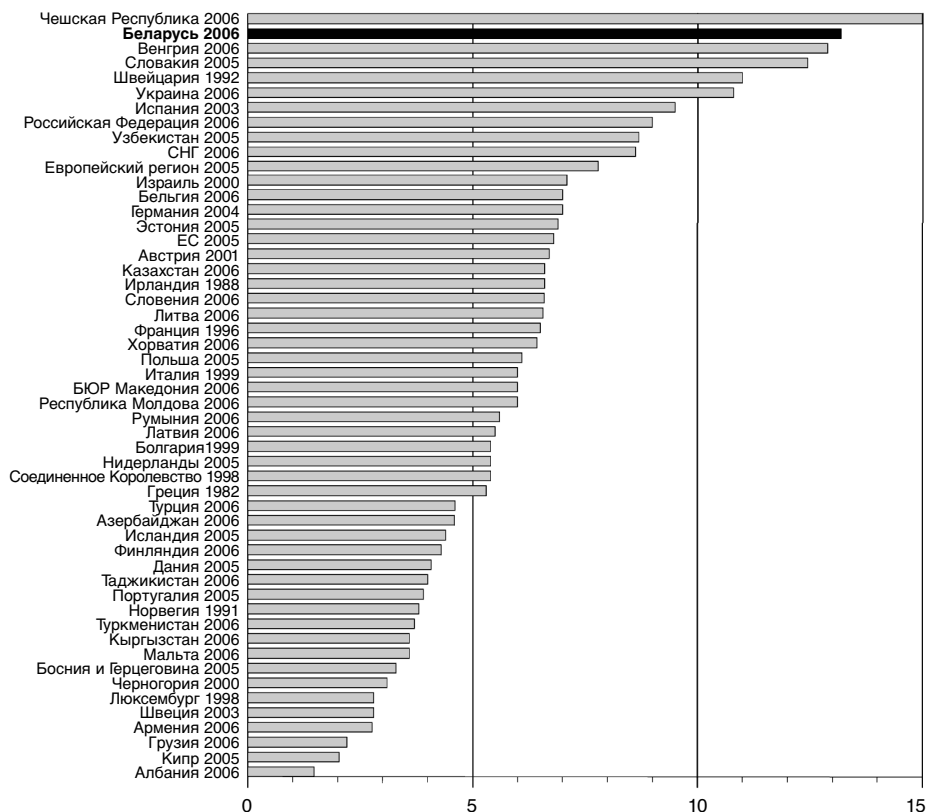
консультациях работают как участковые гинекологи общего профиля, так и узкие специалисты: гинеколог-маммолог, гинеколог-кольпоскопист, гинеколог – специалист по ультразвуковой диагностике, детский гинеколог, иногда – гинеколог-эндокринолог. Для того чтобы попасть на прием к гинекологу узкой специализации, 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. Услуги по охране материнства предоставляются в родильных домах.

Стандартные профилактические мероприятия и административные задачи

Есть несколько многочисленных групп, 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 войн, всех пациентов из районов, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате аварии на Чернобыльской АЭС, водителей, пациентов, страдающих такими хроническими заболеваниями, как артериальная гипертензия и диабет, а также работников определенных 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, 2005). Большое количество стандартных профилактических медосмотров является одной из причин столь высокого числа амбулаторных посещений в год в расчете на одного жителя (см. рис. 6.1); так, в 2006 г. этот показатель в Беларуси составлял 13,2 (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). На макроуровне результатом такой практики является также относительный дефицит узких специалистов и большие очереди в поликлиниках.

Участковые терапевты официально несут ответственность за оказание пациенту медицинской помощи в целом. Одной из их

Рис. 6.1 Число амбулаторных посещений в год в расчете на одного жителя в странах Европейского региона ВОЗ, по последним имеющимся данным



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС – Европейский союз; БЮР Македония – Бывшая Югославская Республика Македония.

основных обязанностей является выдача больничных листов 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 (см. разд. 6.1 «*Общественное здравоохранение*»). Именно терапевт обязан ежегодно направлять пациентов на флюорографию (скрининг на туберкулез), а женщин – на профилактический осмотр у гинеколога на предмет выявления рака шейки матки (мазок по Папаниколау) и рака груди (пальпация молочных желез). Как и участковый педиатр, участковый терапевт обязан не менее шести часов своего рабочего времени в месяц уделить чтению лекций по вопросам санитарного просвещения. Участковому терапевту помогает в его работе медсестра ПМСП, которая присутствует в его кабинете во время амбулаторного приема. Медсестра выполняет большой объем работы по составлению статистической отчетности для всех основных специалистов по заболеваемости и показателям работы на участке. Это колоссальный объем бумажной работы и одна из тех проблем в секторе ПМСП, которую необходимо решить в долгосрочной перспективе. В одном из общенациональных опросов 2005 г. было выявлено, что подавляющее большинство врачей первичного звена испытывают значительную перегруженность административными обязанностями (Rousovich et al., 2006).

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 первичного звена». По существу, функцию контроля доступа к специализированной помощи взяли на себя узкие специалисты в поликлиниках, которые могут выдать или не выдать пациенту направление к специалисту вторичного уровня оказания медицинской помощи, работающему в больнице. Врач первичного звена может также выдать пациенту направление 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 первичного звена.

Формально, если в учреждении ПМСП работает более одного врача, пациенты имеют право по собственному усмотрению выбрать, к какому врачу им обратиться. Если пациент не удовлетворен услугами своего участкового врача, то районный орган управления здравоохранением может прикрепить его к другому врачу, но на практике такое бывает редко, и 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 гг. в Беларуси идет непрерывный процесс реформирования сектора ПМСП. Одной из главных причин является 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, 2007). Большое влияние здесь оказала также ВОЗ, представив убедительные доказательства высокой эффективности организации 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 не отметить, что те надежды, которые многие связывают с моделью ВОП (например, что она, вне зависимости от остальных показателей развития общества, способна обеспечить резкое улучшение показателей продолжительности жизни или детской смертности), зачастую нереалистичны.

Проведенный в 2005 г. 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 ПМСП и своих 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 медсестрам первичного звена у сельских респондентов гораздо лучше, чем у городских жителей (Egorov et al., 2006). Таким образом, оказалось, что уровень удовлетворенности пациентов в большей степени определялся скорее гео-

графическим 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 первичном звене. 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 третичного звена 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 громадных объемов бумажной отчетности), упрощения порядка выдачи больничных листов по поводу общих 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 первичном звене; решение этой задачи позволило бы отойти от действующей в настоящее время системы обязательного распределения неопытных молодых специалистов в учреждения первичного звена.

6.4. Вторичная помощь (специализированная амбулаторная помощь и стационарная помощь)

Вторичная медицинская помощь в Беларуси организована по территориально-участковому принципу: каждый район или область обслуживает соответствующая больница, деятельность которой финансируется за счет средств соответствующего бюджета. Районные больницы оказывают как обычные услуги вторичной медицинской помощи (терапия, хирургия, акушерство и гинекология), так и целый ряд специализированных услуг. В более сложных случаях пациента

могут направить в больницу областного уровня (детскую или взрослую), где спектр оказываемых услуг шире, чем в районной. В каждом районе и в каждой области есть также амбулаторная специализированная поликлиника, которая относится к вторичному звену медицинской помощи. В больших городах такие поликлиники бывают детскими или взрослыми, а в наиболее крупных городах есть специализированные женские консультации и стоматологические поликлиники. Третичное звено медицинской помощи представлено узкоспециализированными больницами, научно-исследовательскими институтами и учебными организациями, имеющими собственный коечный фонд. Услуги высокоспециализированной медицинской помощи оказывают в основном в Минске, но несколько узкоспециализированных больниц есть также и в областных центрах; там оказывают услуги в области охраны материнства и детства, травматологии и ортопедии и т. п.

Все больницы принадлежат государству, а непосредственное управление их деятельностью осуществляют органы власти соответствующего уровня. На уровне специализированной помощи больницы принадлежат районным исполнительным комитетам или областным исполнительным комитетам по здравоохранению; высокоспециализированные больницы принадлежат непосредственно Минздраву. Частных больниц в Беларуси нет. В системе здравоохранения нет взаиморасчетов при направлении пациентов из первичного звена в специализированное, так как система взаимоотношений является интегрированной: у всех работников здравоохранения единый наниматель – государство в лице исполнительных комитетов, а врачи (ПМСП и сектора специализированной помощи) получают заработную плату из средств бюджета соответствующего района или области. Специалисты третичного уровня медицинской помощи работают в амбулаторных отделениях больниц или в узкоспециализированных больницах; наряду с этим врачи тех же специальностей есть и в первичном звене – они работают в городских поликлиниках (см. разд. 6.3 «Первичная/амбулаторная медицинская помощь»).

В 2006 г. в Беларуси насчитывалось 705 больниц; в 1990 г. их было 874, а в 2000 г., начиная с которого финансирование больниц стало производиться не на основании величины коечного фонда, а исходя из численности обслуживаемого населения, – 830 (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). После обретения независимости коечный фонд поначалу сократился, но в конце 1990-х гг., до введения этой реформы финансирования, число боль-

ничных коек снова начало расти. Тем не менее объем сектора стационарной помощи в Беларуси по-прежнему гораздо больше, чем во всех остальных странах СНГ: в 2006 г. обеспеченность населения Беларуси больничными койками составляла 11,1 койки на 1000 жителей, в то время как аналогичный средний показатель по СНГ в том же году был на уровне 8,5 койки на 1000 жителей, а средний показатель по ЕС – 5,8 койки на 1000 жителей (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). И хотя средняя продолжительность госпитализации снизилась с 15,5 дня в 1997 г. до 11,8 дня в 2006 г. (что по меркам СНГ относительно немного, т. к. средний показатель по СНГ в 2006 г. составлял 12,8 дня), уровень госпитализации в Беларуси остается чрезвычайно высоким и достигает 28,4 госпитализаций на 100 жителей, притом что аналогичный средний показатель по СНГ в 2006 г. составлял 20,5, а средний по ЕС в 2005 г. – 18,0 (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Таким образом, уровень потребления стационарной помощи в Беларуси является одним из самых высоких в Европе и свидетельствует о том, что в системе здравоохранения страны стационарный сектор по-прежнему доминирует по отношению к ПМСП (см. разд. 5.1 «*Материальные ресурсы*», подраздел «*Основные фонды и капитальные вложения*»). Последние официальные данные за 2007 г. свидетельствуют о том, что число больничных коек и уровень их использования также постепенно растут (Жарко, 2008).

Есть проблемы и в области интеграции первичной и вторичной медицинской помощи. Практика дублирования диагностических и лабораторных процедур является повсеместной: сначала они проводятся амбулаторно, в поликлиниках, затем пациента госпитализируют, а в больнице те же самые обследования и анализы делают еще раз – на том основании, что в первичном звене уровень качества диагностических процедур считается более низким (см. разд. 6.3 «*Первичная/амбулаторная медицинская помощь*»). Диагностические обследования, которые можно провести в частном секторе, в основном ограничиваются ультразвуковой диагностикой, эндоскопическими обследованиями и лабораторной диагностикой; эти услуги являются платными. Довольно значительная часть пациентов предпочитает провести ультразвуковое обследование на платной основе – частично это объясняется воздействием рекламы, но не только: поставщики платных медицинских услуг обеспечивают пациентам более комфортные условия и более внимательное отношение.

В том, что касается преимущественного развития первичного звена здравоохранения, успехи весьма скромны. Поскольку преобразования проводятся постепенно, то никакого радикального реформирования или рационализации работы стационарного сектора не произошло и львиную долю ресурсов здравоохранения по-прежнему поглощают больницы. Сокращение коечного фонда больниц и закрытие некоторых больниц было произведено в основном в сельских регионах и в секторе психиатрической помощи (см. разд. 6.10 «*Охрана психического здоровья*»). Тем не менее Минздрав стремится к дальнейшему сокращению неэффективно используемого коечного фонда, чтобы высвободить 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, стационаров на дому и дневных стационаров. Это позволит обеспечить более рациональное использование ресурсов в секторе специализированной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи и сократить число неэффективно используемых больничных коек (Жарко, 2008).

6.5. Скорая и неотложная помощь

Экстренная медицинская помощь в Беларуси организована на базе системы скорой помощи, которая включает также оказание первичной медико-санитарной помощи населению во внерабочее время. Таким образом, система скорой помощи работает круглосуточно, без выходных и праздничных дней. Услугами скорой медицинской помощи ежегодно пользуется почти треть населения; в 2006 г. количество вызовов на тысячу жителей составило 293 (Жарко, 2007). По этой причине, а также потому, что именно в лице врачей и фельдшеров скорой помощи у пациента зачастую происходит первый контакт с системой здравоохранения в случае проблем со здоровьем, система скорой медицинской помощи считается частью сектора ПМСП. В стране насчитывается в общей сложности 178 подстанций скорой медицинской помощи, которые в крупных городах обычно располагаются в отдельном от больницы здании, а в небольших районных центрах – при больнице или при поликлинике. Ежедневно по вызовам выезжает примерно 786 бригад скорой помощи (Цыбин, Павлович и Малахова, 2003), из них – 346 – врачебные

бригады (при этом 113 бригад являются специализированными – реабилитационными, кардиологическими, педиатрическими, неврологическими и психиатрическими), а остальные 440 бригад – фельдшерские бригады. В состав бригады скорой помощи входят врач (терапевт или педиатр, а если бригада специализированная, то врач-специалист) или фельдшер, медсестра и водитель. В городах бригады скорой помощи выезжают по вызовам населения во внеурочное время (по вечерам, в выходные и праздничные дни), помогая таким образом работе городских поликлиник первичного звена. Содержание службы скорой помощи является одной из основных статей расходов районных бюджетов здравоохранения: по некоторым оценкам, объем этих расходов составляет до 10–15% общих расходов на здравоохранение. По многочисленным свидетельствам, население зачастую злоупотребляет возможностью получить услуги скорой помощи, вызывая бригаду даже в случаях, не требующих экстренного медицинского вмешательства. Во многих случаях скорая 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 интоксикации. Значительная часть вызовов скорой помощи (8–9%) производится для того, чтобы онкологическому больному сделали инъекцию морфина (паллиативная помощь во внеурочное время), поскольку хранение морфина дома запрещено законом (см. разд. 6.9 «Паллиативная помощь»).

Служба скорой помощи всегда была той структурой, с которой у пациента происходит первый контакт с системой здравоохранения во внеурочное время, и большинство вызовов приходится именно на нерабочие часы. Так, например, в 2002 г. из 3,66 млн вызовов скорой помощи уровень госпитализации составил всего 16% (Цыбин, Павлович и Малахова, 2003). Во многих случаях бригады скорой помощи производили лишь самые простые виды диагностики и лечения или даже 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 дороговизне содержания и технического обслуживания транспорта и портативного медицинского оборудования, которые необходимы для поддержания ее работы, и избыточное неоправданное использование

дорогостоящих специализированных услуг этой системы ложится на нее очень серьезным бременем. Около 25% парка машин скорой помощи находится в эксплуатации более 10 лет и нуждается в замене (Цыбин, Павлович и Малахова, 2003). Кроме того, работа в системе скорой помощи считается непрестижной, в связи с чем там наблюдается значительный отток врачебных кадров в другие сектора здравоохранения. Поэтому все больше бригад укомплектовано только фельдшерами, а не врачами.

Минздрав стремится сократить число выездов скорой помощи путем укрепления сотрудничества системы скорой помощи с врачами поликлиник, которым сейчас не разрешено выезжать на экстренные вызовы в свое рабочее время. Главными задачами реформы системы скорой помощи являются борьба с ненадлежащим использованием ресурсов и их вложение в другие, более гибкие виды оказания медицинской помощи во внерабочее время – например, в организацию телефонных консультаций с врачом с последующим наблюдением или в организацию работы дежурного врача в поликлиниках, который будет выезжать по вызову в экстренных случаях; все это необходимо также подкрепить надлежащими стимулами, чтобы обеспечить заинтересованность медперсонала (Малахова и др., 2007b).

6.6. Медикаментозная помощь

Один из минимальных социальных стандартов в области здравоохранения на 2006 г. касался обеспеченности населения аптеками: на каждые 8000 жителей должна была приходиться одна аптека. По данным Минздрава, этот стандарт был перевыполнен даже с лихвой, так как в целом по республике на одну аптеку приходилось 1802 жителя. После периода неконтролируемого роста числа частных аптек в 1990-х гг. (который был связан с острым дефицитом лекарств после распада СССР), в 2001–2002 гг. были приняты меры в области государственного регулирования фармацевтического рынка. В результате были закрыты мелкие частные аптеки, которые не смогли соблюсти требований нового законодательства. В настоящее время в Беларуси есть два вида аптек: государственные и частные. Государственные аптеки могут как продавать лекарства пациентам, которые не имеют права на льготы и поэтому должны приобретать лекарства за полную стоимость, так и отпускать определенным категориям пациентов лекарства по рецептам бесплатно или по льготным ценам,

в порядке, предусмотренном действующим законодательством (к льготным категориям пациентов относятся, в частности, пациенты, страдающие определенными видами хронических заболеваний, лица старше 70 лет, инвалиды, дети в возрасте до 3 лет, ветераны войн и т. п.). Впоследствии местные органы власти возмещают аптекам стоимость медикаментов, отпущенных указанным категориям пациентов бесплатно или по льготным ценам. При государственных аптеках есть также сеть аптечных киосков для распространения фармацевтической продукции в учреждениях первичного звена. Психотропные препараты могут распространяться только через сеть государственных аптек; частные поставщики торговать ими не имеют права. Частные аптеки представляют собой относительно небольшие заведения; они занимаются только продажей лекарств за полную стоимость и не могут отпускать лекарства бесплатно или по льготным ценам. При стационарном лечении медикаменты предоставляются бесплатно.

В Беларуси есть предприятия фармацевтической промышленности. Минздрав стремится расширять собственные производственные мощности, с тем чтобы сократить расходы бюджета на закупки лекарственных средств. Поскольку производимые в Беларуси медикаменты пока не отвечают требованиям Правил организации производства и контроля качества лекарственных средств (GMP), то на экспорт они не идут и поставляются только на внутренний рынок. При этом около 70% потребляемых в стране лекарственных средств поступает по импорту. Минздрав импортирует основные лекарственные средства для лечения социально значимых заболеваний (таких как туберкулез, диабет, рак, ВИЧ/СПИД и т. п.), а также для проведения программ вакцинации. Минздрав сохраняет за собой функции нормативно-правового регулирования в области качества всей фармацевтической продукции, и все производители, импортеры и дистрибьюторы, вне зависимости от формы собственности, обязаны получать лицензии на фармацевтическую деятельность. Особенно строго регулируются вопросы импорта лекарственных средств: деятельность дистрибьюторов регулярно проверяется, и если обнаружится, что кто-либо из них поставляет на рынок «поддельные» лекарства, его лишают лицензии. Ввиду низкого качества многих препаратов, имеющих на рынке, в 2002 г. Минздрав издал инструкцию о проведении тщательной проверки всех партий фармацевтической продукции, как импортируемой, так и производимой на территории страны, перед ее выпуском на рынок. Все основные

органы, занимающиеся вопросами нормативно-правового регулирования фармацевтической деятельности, работают под эгидой Минздрава как государственные предприятия. Основным местным производителем фармацевтической продукции является государственный концерн «Белбиофарм», главным дистрибьютором – республиканское унитарное предприятие «Белфармация» (оно занимается как оптовой, так и розничной торговлей лекарственными средствами), а вопросами лицензирования, регистрации и регулирования, включая контроль качества и выдачу разрешений на импорт фармацевтической продукции, занимается республиканское унитарное предприятие «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении». Сами же импортеры и дистрибьюторы фармацевтической продукции получают лицензии в Управлении по лицензированию Министерства здравоохранения.

Чтобы снизить расходы бюджета и самих пациентов, импорт и закупки лекарственных средств для лечения социально значимых заболеваний производятся централизованно, через Минздрав. Закупки фармацевтической продукции для их распространения через сеть государственных аптек производятся на основании перечня основных лекарственных средств, который формируется в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Заказы на лекарства для государственных аптек делают областные органы власти через государственную торговую сеть. Потребительские цены на лекарства устанавливаются правительством. Минздрав стремится снизить издержки путем использования препаратов-дженериков, проведения тендеров на закупки и осуществления поставок лекарственных средств в розничную торговлю по фактической себестоимости. Система сдерживания затрат путем введения соответствующих ограничений и протоколов, касающихся выписки рецептов на лекарства в первичном звене, пока реализована не в полном объеме. На долю общих фармацевтических расходов в 2006 г. приходилось 16,4% общих расходов на здравоохранение, при этом доля государственного сектора составила всего 14,8% общих фармацевтических расходов (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Расходы на лекарства для амбулаторного лечения составляют в Беларуси большую часть личных расходов граждан за услуги здравоохранения, при этом в уровнях потребления на душу населения наблюдаются значительные региональные различия: жители городов тратят на лекарства почти в 10 раз больше, чем жители сельской местности.

6.7. Долговременная помощь

Практика использования коечного фонда больниц для оказания медико-социальной помощи в настоящее время регулируется законодательно, и теперь некоторые больницы в сельской местности реорганизованы в больницы сестринского ухода для оказания долговременной помощи – особенно престарелым в зимние месяцы. В 2006 г. в республике насчитывалось 286 сельских участковых больниц, которые оказывали как стационарную, так и амбулаторную помощь. Эти учреждения представляют собой сельские амбулатории с коечным фондом на 15–30 мест для оказания несложного стационарного ухода лицам пожилого возраста, а также стационарной медицинской помощи невысокой (промежуточной) интенсивности по уровню лечебно-диагностического процесса для пациентов с хроническими заболеваниями. По состоянию на 2006 г., 104 сельские участковые больницы были реорганизованы в больницы сестринского ухода (Жарко, 2007). Руководит больницей сестринского ухода врач или старшая медсестра.

Целевая группа пациентов таких больниц достаточна велика: от одиноких престарелых с хроническими заболеваниями до 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, перенесших инсульт лиц пожилого возраста). В этом случае продолжительность госпитализации обычно составляет примерно 21 день, и уход пациенту предоставляется бесплатно. При наличии также 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 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. В какой-то степени создание больниц сестринского ухода стало ответной мерой на многочисленные жалобы местного населения и органов власти по поводу ухудшения доступности медицинской помощи в сельской местности после закрытия небольших сельских больниц.

Вопросы, связанные с организацией долговременной помощи инвалидам, относятся к ведению Министерства социального обеспе-

чения. Пациентам, которые в целом способны жить самостоятельно, оказывают помощь социальные работники; в остальных случаях большинство из тех, кто нуждается в долговременной помощи, 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 услуг.

6.8. Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными

Семьям, где есть инвалиды, помощь в уходе за ними оказывают социальные работники. Эти услуги предоставляются по линии Министерства социального обеспечения. Однако это не комплексный уход, и такие услуги не положены семьям, на попечении которых находятся престарелые родственники. Правда, на период отдыха лиц, которые обычно осуществляют уход за престарелыми членами семьи, последних можно временно поместить в палату сестринского ухода («медико-социальные койки») (см. разд. 6.7 «Долговременная помощь»).

6.9. Паллиативная помощь

Ограниченный набор услуг паллиативной помощи предоставляется в рамках государственной системы здравоохранения и организован на базе поликлиник. Были также предприняты определенные меры по развитию инфраструктуры паллиативной помощи. Дома хранить запасы морфина запрещено законом, поэтому в рабочее время к пациентам, нуждающимся в паллиативной помощи, должна приходиться на дом участковая медсестра из поликлиники, чтобы сделать инъекцию наркотического обезболивающего (обычно это морфин), а во внерабочее время этим занимаются бригады скорой помощи (см. разд. 6.5 «Скорая и неотложная помощь»). Врачи могут выписать пациенту до 70 мг морфина в неделю, но только в форме инъекций; на момент составления данного обзора лекарственных форм морфина для перорального приема в Беларуси не было. Однако в 2006 г. Минздравом было разрешено использование трансдермаль-

ных пластырей, содержащих наркотический анальгетик фентанил, для снятия болевого синдрома у онкологических больных. Хосписов, оказывающих стационарный или дневной уход, в Беларуси очень мало, хотя некоторые услуги паллиативной помощи оказывают в больницах сестринского ухода (см. разд. 6.7).

В республике есть одна очень известная неправительственная 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. Организация «Белорусский детский хоспис» была создана в связи тем, что после чернобыльской аварии у большого количества детей развились онкологические заболевания и заболевания крови и такие дети нуждались в паллиативной помощи. Тот небольшой набор услуг, который предоставляется в рамках государственной системы здравоохранения, в основном касается снятия болевого синдрома у онкологических больных, а «Белорусский детский хоспис» оказывает также помощь и поддержку семьям после утраты ребенка (ЕАРС, 2006). «Белорусскому детскому хоспису» помогают волонтеры, но основную часть работы с пациентами выполняет штатный медицинский персонал, и специальная подготовка медицинских работников является одной из важнейших сфер деятельности этой организации (ЕАРС, 2006).

Беларусь подписала Познаньскую декларацию (1998) и является членом Рабочей группы по развитию паллиативной помощи в Центральной и Восточной Европе (ЕСЕРТ), но пока что в стране нет ни одной национальной ассоциации по оказанию паллиативной помощи (International Observatory on End of Life Care, 2002). На момент составления данного обзора в программе реформ и в политике здравоохранения организация паллиативной помощи не была вопросом первостепенной важности, но министр здравоохранения Беларуси дал обещание, что к 2010 году в стране будет открыто восемь хосписов (Жарко, 2008).

6.10. Охрана психического здоровья

Психиатрическая служба в Беларуси принадлежит государству и непосредственно интегрирована в систему Минздрава, но работает она независимо от медицинских учреждений первичного и вторич-

ного звена. Услуги по охране психического здоровья предоставляются в специализированных учреждениях психиатрического или наркологического профиля. Некоторые виды психиатрической помощи взрослым можно получить в поликлиниках, где в штате есть невропатолог. Однако амбулаторную помощь при расстройствах психики обычно оказывают в психиатрических или наркологических клиниках, а стационарную (как правило, при психозах) – в психиатрических больницах. В системе Семашко главная роль в организации психиатрической помощи отводилась стационарному лечению в учреждениях вторичного звена, а не ведению пациентов на базе амбулаторных центров психиатрической помощи или ПМСП, что сейчас является одной из актуальных задач белорусского здравоохранения. Охрана психического здоровья – это та отрасль, где после обретения независимости в 1991 г. происходят довольно значительные, хотя и постепенные изменения. В долгосрочной перспективе планируется организовать сеть амбулаторных клиник, учреждений психотерапевтической помощи и кабинетов психосоциальной помощи при каждой районной поликлинике, а также интегрировать услуги по оказанию психиатрической помощи в модель врача общей практики, на базе развития сотрудничества со службами социальной поддержки и НПО. Но несмотря на то, что профилактика психических расстройств включена в национальную стратегию развития здравоохранения и в планы реформ, отдельной национальной политики или программ в области охраны психического здоровья населения в Беларуси пока нет (WHO, 2005/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005).

По внутренним данным Минздрава, число психиатрических больниц в Беларуси сократилось с 17 в 1995 г. до 14 в 2005 г.; число психиатрических коек в расчете на 100 000 жителей было сокращено с 99,3 в 2001 г. до 70 в 2006 г. (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Внутренние данные свидетельствуют также о том, что средняя продолжительность пребывания в психиатрических стационарах тоже значительно уменьшилась: с 60,6 дня в 1995 г. до 35,5 дня в 2005 г., в то время как число пациентов, состоящих под наблюдением психиатра, возросло с 223 489 человек в 1995 г. до 282 888 человек в 2005 г. Цель нынешней стратегии реформ состоит в том, чтобы переориентировать систему психиатрической помощи в стране с преимущественно стационарной на амбулаторную, а также интегрировать эти услуги в систему ПМСП. В этой связи было несколько увеличено число амбулаторных психиатрических клиник,

однако основная часть психиатрической помощи по-прежнему производится в условиях стационаров. Участковых служб охраны психического здоровья в стране пока нет. Как и в системе здравоохранения в целом, услуги в области охраны психического здоровья для детей и взрослых разделены, а психиатров готовят для работы либо с детьми, либо со взрослыми.

Детские амбулаторные психиатрические клиники организованы либо на базе психиатрических больниц, либо при детских больницах общего профиля. В основном в услугах психиатрической помощи сейчас нуждаются лица с наркотической зависимостью или токсикоманией; кроме того, все большую озабоченность вызывает уровень алкоголизма в стране, который с 2000 года продолжает расти. Одной из важных задач службы по охране психического здоровья является также профилактика суицида, особенно в сельской местности. Вместе с тем в целях интеграции услуг по охране психического здоровья необходимо улучшить как преддипломную подготовку студентов-медиков, так и подготовку врачей ПМСП в области психиатрии и наркологии, а также решить проблему привлечения и удержания кадров в психиатрической службе. По внутренним данным Минздрава, число врачей-психиатров, работающих в Беларуси, упало с 858 человек в 1995 г. до 724 в 2005 г., а число психиатрических медсестер – с 2516 человек в 1995 г. до 2302 в 2005 г. При этом число психотерапевтов возросло с 90 человек в 1995 г. до 172 в 2005 г., а число психологов – с 51 в 1995 г. до 141 в 2005 г. Психиатрических социальных работников, как и социальных работников, занимающихся вопросами охраны психического здоровья, в системе нет (ВНО, 2005/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005). Одной из главных причин столь медленного становления системы амбулаторной психиатрической помощи, в том числе дневных стационаров и кабинетов психиатрической помощи (особенно для детей), является дефицит кадров. Кроме того, имеет место устойчивая тенденция к ограничению вопросов охраны психического здоровья сугубо биофизическими рамками, в то время как учет психосоциальных аспектов позволил бы обеспечить более целостный подход к лечению.

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 (1999). Кроме того, лица, страдающие серьезными психическими расстройствами, получают пособия по инвалидности. Некоторый прогресс наметился также 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 негосударственного сектора, то в Беларуси он в эти вопросы не вовлечен.

6.11. Стоматологическая помощь

В Беларуси есть как государственные, так и частные стоматологические учреждения. Государственные стоматологические услуги предоставляются в учреждениях ПМСП, при этом в крупных городах есть также специализированные стоматологические поликлиники. В штате практически всех сельских амбулаторий должен быть стоматолог. В республике наблюдается большой отток стоматологов из села в город. Те, кто остается в сельских поликлиниках, вынуждены работать по устаревшим технологиям и на устаревшем оборудовании.

В целом стоматологические услуги и зубопротезирование не считаются элементом государственной программы бесплатной медицинской помощи, предусмотренной в Конституции. 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 государственного управления. Услуги частных стоматологов весьма популярны. Этим обусловлен значительный отток стоматологических кадров из государственного сектора в частный (см. разд. 5.2 «Трудовые ресурсы», подраздел «Медицинские кадры: основные тенденции»).

Во всех регионах страны действуют программы по охране стоматологического здоровья школьников, однако, как показывают последние исследования, среди детей уровень заболеваемости кариесом очень высок, а родители довольно плохо осведомлены о методах его профилактики (Bondarik & Leous, 2004). Очень большой разрыв между городом и деревней выявлен как в отношении стоматологического здоровья, так и в отношении уровня знаний о гигиене

полости рта. В городах состояние стоматологического здоровья детей гораздо лучше, чем в сельской местности, а их матери больше знают о методах профилактики кариеса и о соблюдении гигиены полости рта (Bondarik & Leous, 2004). В том же исследовании были получены данные о наличии услуг в области охраны стоматологического здоровья и о доступе к ним: 76,7% детей и 60,8% матерей в городах сообщили, что в течение предшествующих опросу 12 месяцев они проходили осмотр у стоматолога, а в сельской местности так ответили 80,7% детей и 65,1% матерей (Bondarik & Leous, 2004).

6.12. Дополнительная и альтернативная медицина

В рамках государственной системы здравоохранения единственным нетрадиционным методом лечения является акупунктура, которая применяется достаточно широко. Все остальные нетрадиционные методы лечения (такие как массаж, траволечение, гомеопатия) практикуются только в частных клиниках, и эти услуги являются платными. Данные о популярных в Беларуси методах дополнительной и альтернативной медицины отсутствуют.

6.13. Медицинское обслуживание отдельных групп населения

Лица, пострадавшие в результате последствий аварии на Чернобыльской АЭС 1986 г., составляют особую группу населения, имеющую собственные потребности и получающую особые услуги в области здравоохранения. В основном это касается тщательного мониторинга состояния здоровья, особенно у молодых людей, которые в момент аварии были детьми или находились в стадии внутриутробного развития. Эта часть населения имеет доступ к дополнительным услугам, а права этих лиц определены в законе «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС» (Закон Республики Беларусь № 634-ХІ от 22 февраля 1991 г.). В Беларуси регионами, наиболее серьезно пострадавшими от радиоактивного загрязнения, являются Могилевская и Гомельская области. В этих регионах произошел резкий рост заболеваемости раком щитовидной железы у детей, который в иных обстоятельствах встречается до-

вольно редко (Demidchik et al. 2006; Jacob et al., 2006). В этой связи среди молодых людей, проживающих в Гомельской и Могилевской областях, проводятся дополнительные программы скрининга на предмет выявления рака щитовидной железы с использованием ультразвуковых обследований. При этом следует отметить, что медицинские работники в этих регионах относятся к данному вопросу очень внимательно, поэтому многие случаи заболевания удается выявить уже на уровне первичного звена здравоохранения или в ходе регулярных диспансеризаций школьников. Случаи рака щитовидной железы в Беларуси часто выявляются на очень ранней стадии, пока опухоли еще небольшие по размеру. Все пациенты получают лечение в Республиканском научно-практическом центре опухолей щитовидной железы, который находится в Минске (Jacob et al., 2006).

В этой группе населения также чаще наблюдается общее ухудшение состояния здоровья, обусловленное стрессом, что проявляется в существенном росте числа жалоб на здоровье и психологический дискомфорт, хотя с клинической точки зрения состояние здоровья этих лиц не хуже, чем у остальных (Havenaar et al., 2003). За состоянием здоровья лиц, живущих в указанных регионах, ведется интенсивное и тщательное наблюдение со стороны как отечественных, так и зарубежных научных коллективов. В 1993 г. в целях обеспечения контроля за состоянием здоровья лиц, подвергшихся радиационному воздействию вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, постановлением правительства был создан государственный Чернобыльский регистр. В основные задачи этого регистра входит сбор и анализ данных о состоянии здоровья людей, находившихся в момент аварии в зонах наибольшего радиоактивного загрязнения, а также проживающих на территории Беларуси участников работ по ликвидации последствий аварии.

7. Основные реформы в области здравоохранения

7.1. Анализ последних реформ

В Беларуси было довольно много политических инициатив по реформированию системы здравоохранения, но наиболее примечательной особенностью программы реформ является ее постепенный характер (Малахова, 2004). Прежде чем обрести силу закона, указа или постановления министерства, проекты реформ всегда проходили длительный период обсуждения, причем некоторые из них хотя и обсуждались достаточно долго, так и не были воплощены в жизнь в полном объеме. Поэтому в данной главе основное внимание будет уделено двум программам, которые оказали глубокое, хотя и не мгновенное воздействие на белорусскую систему здравоохранения: это реформы механизмов финансирования здравоохранения 2000 г. и Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 гг., которая на протяжении последнего времени была основным руководящим документом программы реформ.

Постановление «О совершенствовании механизма финансирования здравоохранения»

Во исполнение постановления Совета Министров Республики Беларусь от 10 августа 2000 г. № 1225 «О совершенствовании механизма финансирования здравоохранения» вышло совместное постановление Министерства здравоохранения и Министерства финансов от 29 сентября 2000 г. № 40/101. Этим постановлением был утвержден порядок исчисления норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя на всей территории

республики. В ходе проведения пилотного проекта по совершенствованию механизма финансирования организаций здравоохранения на базе учреждений здравоохранения Витебской области в этот порядок допускалось внесение необходимых дополнений и изменений. В рамках витебского эксперимента Минздрав и Минфин совместно с Витебским облисполкомом должны были отработать более эффективную систему хозяйствования организаций здравоохранения, включающую перераспределение ресурсов здравоохранения по приоритетным направлениям, которыми являются ПМСП и профилактическая помощь, а также введение механизмов подушевого финансирования здравоохранения и заключения индивидуальных договоров с врачами в секторе ПМСП. В обоих этих постановлениях были определены годовые нормативы бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя территории (областей и г. Минска, города, района). Эти механизмы были еще раз прописаны в различных указах и постановлениях и воплощены в жизнь в 2004 г. Совместное постановление Министерства здравоохранения и Министерства финансов было нацелено на решение следующих задач:

- повышение эффективности использования бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, путем создания экономических условий и механизмов для приоритетного развития первичной медико-санитарной и профилактической помощи по сравнению со стационарной, как наиболее эффективной формы медицинской помощи населению;
- концентрация ресурсов на приоритетных направлениях здравоохранения, дающих наибольший экономический, социальный и медицинский эффект;
- осуществление территориального перераспределения ресурсов в целях выравнивания объемов, условий оказания и доступности медицинской помощи населению;
- повышение самостоятельности органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения в распоряжении ресурсами отрасли в пределах выделенных из бюджета ассигнований на здравоохранение;
- уменьшение и ликвидация имеющихся диспропорций в обеспечении населения амбулаторно-поликлиническими и больничными учреждениями и, как следствие, в доступности и качестве медицинской помощи по различным регионам Республики Беларусь.

Эти цели достаточно масштабны, и их реализация в полном объеме пока является вопросом будущего. Однако те изменения, которые были внесены в систему финансирования здравоохранения благодаря этой реформе, сыграли очень важную роль, поскольку они действительно были воплощены в жизнь (пусть даже и частично), и это были первые реальные шаги, позволяющие отойти от затратного механизма финансирования отрасли (см. разд. 3.4 «Объединение финансовых средств», подраздел «Механизмы распределения средств между ведомствами, занимающимися объединением финансовых ресурсов, и ведомствами-покупателями»).

Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 гг.

Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 гг. была принята постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 8 октября 2003 г. № 1276 и стала основным руководящим документом реформ здравоохранения на период с 2003 г. В этой концепции еще раз были продекларированы ключевые принципы белорусской системы здравоохранения – всеобщий доступ населения к бесплатной медицинской помощи, финансирование здравоохранения за счет средств государственного бюджета, – но, кроме того, она была задумана как документ, лежащий в основе перехода к новой модели здравоохранения с перераспределением ресурсов для преимущественного развития первичной медико-санитарной помощи. В этом документе были указаны следующие ключевые задачи реформ:

- планирование финансовых средств по нормативам бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя, а также по нормативам объема и стоимости медицинской помощи;
- разработка и реализация территориальных программ;
- реструктуризация медицинской помощи, внедрение ресурсосберегающих технологий;
- концентрация ресурсов на приоритетных (наиболее эффективных по соотношению затрат и результатов) направлениях деятельности;
- стандартизация медицинских технологий и создание эффективной унифицированной системы управления качеством медицинской помощи;

- совершенствование форм и систем оплаты труда медицинских работников и установление зависимости оплаты труда от его результатов;
- приоритетное развитие тех направлений, которые оказывают наибольшее влияние на трудовой потенциал страны и обеспечивают снижение преждевременной смертности и инвалидности (от заболеваний сердечно-сосудистой, опорно-двигательной системы, инсульта, травматизма и т. п.);
- развитие профилактических технологий и системы санитарного просвещения;
- борьба с туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и болезнями, передающимися половым путем;
- информатизация системы здравоохранения с созданием единой информационно-аналитической сети;
- разработка комплекта нормативных правовых актов, определяющих новую медико-экономическую модель здравоохранения.

Эта концепция является очень масштабным и комплексным по своему характеру документом. Пока что не все поставленные в ней цели были достигнуты, но важнейшие компоненты программы были реализованы. Именно этой концепцией предусматривалась реорганизация многих сельских больниц в медико-социальные учреждения, а учреждения первичного звена в сельской местности были преобразованы в амбулатории врачей общей практики. Цель состояла в том, чтобы повысить качество оказания первичной медико-санитарной помощи населению, снизив тем самым число неоправданных госпитализаций, вызовов скорой помощи и амбулаторных посещений узких специалистов. Основным барьером, стоявшим на пути достижения этой цели, было недоверие пациентов к модели ВОП и острый дефицит врачебных кадров в первичном звене. По существу, модель распределения ресурсов в системе здравоохранения до сих пор предполагает преимущественное положение стационарного звена по отношению к первичному, несмотря на все усилия, предпринимаемые в рамках реализации программы реформ, а работа в первичном звене до сих пор считается непрестижной.

Концепция развития здравоохранения во многом согласуется с положениями Государственной программы возрождения и развития села, основной целью которой является сокращение разрыва в уровнях жизни городского и сельского населения. В рамках этой программы и концепции были произведены значительные капитальные

вложения в повышение качества и доступности медицинской помощи на селе, а именно: было значительно увеличено число объектов первичного звена, произведен капитальный ремонт с элементами реконструкции на 113 объектах здравоохранения в сельской местности (Жарко, 2007). Кроме того, концепция предусматривала значительные инвестиции в реконструкцию и переоснащение операционных блоков и реанимационных отделений районных больниц, а также в реконструкцию родильных домов и родильных отделений больниц на всей территории страны (см. разд. 5.1 «*Материальные ресурсы*», подраздел «*Основные фонды и капитальные вложения*»). К задачам концепции, которые еще предстоит выполнить в полном объеме, относятся повышение экономической эффективности стационарного звена здравоохранения и реструктуризация системы оплаты труда медицинских работников.

7.2. Перспективы развития

На момент составления данного обзора новая Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на период с 2008 года была в стадии разработки, поэтому ее конкретное содержание еще не было сделано достоянием гласности. Можно с большой долей уверенности сказать, что основные цели системы здравоохранения – обеспечение всеобщего доступа населения к бесплатной медицинской помощи, финансируемой за счет средств бюджетов всех уровней, – останутся неизменными, но приоритетным направлением реформ может стать преобразование механизма финансирования здравоохранения. Все более настоятельной становится необходимость повышения эффективности системы и сокращения неэффективно используемых мощностей в стационарном звене. В этой связи министр здравоохранения выразил стремление перейти от затратного механизма финансирования отрасли к финансированию по результатам деятельности. Предполагается, что в основе финансирования вторичного и третичного звеньев медицинской помощи будет лежать метод глобального бюджета, т. е. оплата заказанных и согласованных объемов стационарной помощи либо по установленным тарифам, которые будут определять стоимость лечения одного больного в соответствии с различными классификациями заболевания, либо путем использования клиничко-диагностических групп. Министр заявил также, что учреждения здравоохранения должны иметь экономиче-

скую самостоятельность в использовании финансовых средств, заработанных в результате предоставления платных услуг. Одним из приоритетных направлений развития политики здравоохранения является обеспечение роста объема платных услуг, оказываемых населению через систему государственных унитарных предприятий, которые организуются при учреждениях системы Минздрава.

В целях решения кадровой проблемы предполагается повысить уровень оплаты труда медицинских работников и обеспечить ее дифференциацию в зависимости от квалификации, нагрузки, результатов деятельности и степени ответственности. Обсуждался также вопрос о расширении роли медицинских работников среднего звена в целях снижения потребности во врачебных кадрах, особенно когда речь идет об уходе за пациентами с хроническими заболеваниями. Тот факт, что содержание столь громоздкого стационарного сектора не эффективно, признается повсеместно, но пока неясно, каким образом Беларусь сможет изменить сложившийся баланс в пользу первичного звена. Если говорить о переменах в сфере планирования и регулирования здравоохранения, то можно предположить, что будет разработано большее количество протоколов лечения различных групп заболеваний, которые будут внедрены на уровне первичного звена на всей территории страны. Принимая во внимание постепенный характер реформ, можно с большой долей вероятности утверждать, что в краткосрочной перспективе каких-то радикальных перемен произойти не должно. Учитывая размеры и роль стационарного сектора, очень важно обеспечить активное участие в процессе реформ всех заинтересованных сторон на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи.

8. Оценка системы здравоохранения

8.1. Заявленные цели развития системы здравоохранения

Непосредственная задача системы здравоохранения сформулирована в Конституции Республики Беларусь, которая гарантирует гражданам страны всеобщий доступ к бесплатной медицинской помощи. Эта задача подразумевает охрану здоровья экономически активной части населения и решение демографических проблем, связанных с низкой рождаемостью, высокой смертностью и убылью населения. В этом смысле система здравоохранения рассматривается как ключевое звено в обеспечении демографической безопасности страны, что подтверждается положениями Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 гг.

8.2. Распределение затрат и услуг системы здравоохранения среди населения

Поскольку в белорусской системе здравоохранения удалось сохранить всеобщий доступ населения к бесплатной медицинской помощи, то пациенты, находящиеся в сходных обстоятельствах, получают примерно одинаковый уровень медицинской помощи. Но одинаковые ли налоги платят пациенты, находящиеся в сходных обстоятельствах, сказать трудно, поскольку формирование доходов бюджета (которые впоследствии используются для финансирования здравоохранения) в основном происходит не за счет подоходного налога граждан, а за счет налогообложения предприятий. Оценить

степень справедливости белорусской системы налогообложения тоже трудно, потому что она изучена не так хорошо, как системы других стран СНГ, которые перешли к рыночной экономике. Тем не менее можно утверждать, что по сравнению с другими странами СНГ в Беларуси принцип вертикальной справедливости, по-видимому, соблюдается в большей степени, так как показатель социального неравенства, измеряемый коэффициентом Джини, невысок – в 2005 г. он составлял всего 0,326 (см. разд. 1.2 «Экономика»). Очень маловероятно, чтобы гражданину Беларуси в случае болезни пришлось понести катастрофические для его кошелька расходы на оплату услуг здравоохранения.

В пользу того, что в Беларуси соблюдается принцип горизонтальной справедливости, говорит тот факт, что уровень личных расходов граждан на оплату услуг здравоохранения относительно низок, а уровень их использования, наоборот, высок. По данным опроса, проведенного в 2001 г. в восьми странах СНГ, в Беларуси уровень использования услуг здравоохранения был самым высоким (65,7% респондентов обращались за консультацией к медицинскому работнику в течение 12 месяцев, предшествующих опросу), а уровень личных расходов на здравоохранение – самым низким (лишь 8% опрошенных указали, что платили за консультации в денежной или неденежной форме) (Balabanova et al. 2004). Принимая во внимание стабильность системы и медленный и постепенный характер реформ в период, прошедший со времени этого опроса, можно с большой долей вероятности утверждать, что все это справедливо и теперь.

Несмотря на наличие разветвленной сети медицинских учреждений, в Беларуси по-прежнему имеет место серьезный разрыв между городским и сельским здравоохранением, прежде всего это касается обеспеченности населения квалифицированными кадрами и высококачественными объектами здравоохранения. В сельской местности в учреждениях первичного звена до сих пор нет надлежащего доступа к горячему и холодному водоснабжению, во многих учреждениях наблюдается острый дефицит кадров. Но правительство признает наличие этих проблем и уже предприняло определенные шаги по улучшению инфраструктуры сельского здравоохранения в соответствии с Государственной программой возрождения и развития села. Единственное, в чем действительно может иметь место определенное неравенство, – это доступ к услугам ведомственных учреждений здравоохранения, качество которых традиционно считается более высоким, чем в учреждениях системы Минздрава. Параллельные си-

стемы здравоохранения, финансируемые из бюджетов отраслевых министерств или крупных предприятий, существуют до сих пор, и пациенты по-прежнему считают, что обслуживание в них гораздо лучше, однако доступ к услугам таких учреждений имеют только действующие или бывшие сотрудники соответствующих министерств или предприятий и члены их семей; остальное население пользоваться ими не может – за исключением случаев, когда у пациента очень большие связи.

8.3. Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения

Несмотря на все усилия по перераспределению ресурсов здравоохранения в целях преимущественного развития первичного звена и мер первичной профилактики, стационарный сектор по-прежнему поглощает большую часть имеющихся финансовых, материальных и кадровых ресурсов здравоохранения. Особенно острой проблемой является дефицит кадров в первичном звене – и в городах, и в особенности в сельской местности, – и это притом, что недостатка в студентах-медиках и молодых специалистах – выпускниках медицинских вузов и колледжей в стране нет. Медики-стажеры по-прежнему идут работать в стационарный сектор, в то время как поликлиники безуспешно борются за то, чтобы укомплектовать кадрами вакансии. Поскольку содержание столь крупного стационарного сектора обходится дорого, то у государства нет возможности много вкладывать в те направления медицины, которые и в системе Семашко традиционно были развиты слабо (охрана психического здоровья, паллиативная и долговременная помощь). Частично решить эту проблему помогли предпринятые недавно меры по возобновлению работы сельских больниц в качестве центров по оказанию стационарной медицинской помощи невысокой (промежуточной) интенсивности по уровню лечебно-диагностического процесса для пациентов с хроническими заболеваниями и долговременного сестринского ухода (преимущественно для местных жителей пожилого возраста). Однако в городах таких учреждений по-прежнему не хватает. Недофинансирование испытывают и службы по охране психического здоровья, хотя суицид и преднамеренные самоповреждения являются одной из главных причин преждевременной смертности в стране (в 2005 г. – 28,1 случаев на 100 000 населения) (WHO, 2007/

Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Недавно также обсуждался вопрос об интеграции служб по охране психического здоровья в сектор ПМСП. В рамках этого проекта предполагалось создать соответствующие участковые службы и помочь тем самым решить эту проблему, но пока все это находится в зачаточной стадии. Опять же, серьезным препятствием для реализации этого плана является дефицит кадров.

Стационарный сектор по-прежнему обладает очень сильным лобби, поэтому в программах капитальных вложений, например, основное внимание уделяется таким вопросам, как модернизация и переоснащение специализированных медицинских отделений и учреждений: реанимационных отделений, операционных блоков, национальных центров кардиологии, неврологии и т. п. Достаточно большой объем инвестиций был выделен только на развитие объектов первичного звена в сельской местности, и то потому, что они находились в неудовлетворительном состоянии (см. выше). Таким образом, распределение ресурсов в белорусской системе здравоохранения по-прежнему производится с учетом скорее политических и исторических приоритетов, чем реальных потребностей населения.

8.4. Экономическая эффективность системы здравоохранения

Содержание белорусской системы здравоохранения обходится дорого, поскольку в ее основе по-прежнему лежат максималистские принципы, присущие системе Семашко. Имеет место значительное дублирование функций в стационарном секторе, а это означает наличие больших объемов избыточных мощностей, поглощающих ресурсы (особенно кадровые), которые остро необходимы в первичном звене. У поставщиков медицинских услуг практически отсутствуют стимулы к повышению экономической эффективности системы, хотя эта задача является основной целью белорусской программы реформ здравоохранения.

8.5. Качество медицинской помощи

Минздравом был введен целый ряд клинических протоколов, которые должны быть внедрены на уровне первичного звена. Эти прото-

колы нацелены на обеспечение высокого качества медицинской помощи пациентам, ожидания которых в этой связи растут все больше (см. разд. 4.1 «Регулирование», подраздел «Управление качеством медицинской помощи»). Однако действующие стандарты составлены таким образом, что во главе угла стоит не критический анализ диагностики и лечения с точки зрения эффективности затрат или позиций доказательной медицины, а число (читай – «увеличение числа») диагностических процедур и консультаций с многочисленными узкими специалистами. Влияние таких протоколов на качество оказываемой медицинской помощи пока изучено мало.

8.6. Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения

Снижение показателей младенческой смертности, особенно ранней неонатальной смертности, свидетельствует о том, что за период после обретения независимости качество услуг по охране материнства и детства в Беларуси повысилось. Несколько улучшились также и другие показатели смертности от предотвратимых причин, в частности показатель преждевременной смертности от диабета (имеются в виду пациенты в возрасте 0–64 лет): в 1991 г. он составлял 3,6 случая на 100 000 населения, затем, в 1990-е гг., сильно колебался, но уже начиная с 1999 г. стал падать, достигнув к 2005 г. уровня 2,5 случая на 100 000 населения (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Система общественного здравоохранения показала высочайшую эффективность в области проведения программ иммунизации (что традиционно было одной из сильных сторон системы Семашко), однако в борьбе с основными причинами преждевременной смертности успехи оказались не столь впечатляющими. Главными причинами преждевременной смертности в Беларуси являются сердечно-сосудистые заболевания, и перед системой общественного здравоохранения стоит нелегкая задача: для того чтобы добиться сколько-нибудь существенного прогресса в сфере улучшения состояния здоровья населения и предотвратить преждевременную смертность, необходимо добиться снижения уровня потребления табака и алкоголя в стране, которые сейчас достаточно высоки. Для Беларуси, как и для других стран СНГ, характерна двойственность эпидемиологической картины: с одной стороны, возросло бремя неинфекци-

онных заболеваний, которые являются причинами преждевременной смертности, а с другой – повысился уровень заболеваемости инфекционными болезнями, особенно туберкулезом.

В руководстве Минздрава полагают, что даже небольшие улучшения демографической ситуации и состояния здоровья населения свидетельствуют об успехах последних инициатив и деятельности системы здравоохранения в целом, поскольку ключевыми индикаторами успеха принято считать именно это (Жарко, 2008). Однако повышению рождаемости и снижению смертности от различных причин могут способствовать и факторы, не имеющие отношения к деятельности Минздрава, и если ситуация в экономике страны ухудшится, то те скромные достижения, которых удалось добиться в последнее время, могут оказаться под угрозой.

9. Заключение

Беларуси удалось сохранить такую систему оказания медицинской помощи, которая обеспечивает всему населению страны весь комплекс услуг здравоохранения, большей частью бесплатных. Принимая во внимание экономический кризис, который стране пришлось пережить в 1990-е годы, это достижение является во всех смыслах замечательным, особенно на фоне опыта других республик бывшего СССР, где произошел развал системы здравоохранения. Стабильность оказания медицинской помощи удалось обеспечить благодаря тому, что реформирование унаследованной от СССР системы Семашко проводилось в Беларуси очень постепенно. Состояние здоровья населения по-прежнему вызывает серьезную озабоченность, но по ряду ключевых показателей были достигнуты значительные улучшения, самым важным из которых является снижение материнской и младенческой смертности. Вместе с тем следует отметить, что постепенный характер реформ пока не позволил добиться ощутимых успехов в таких областях, как сокращение избыточных стационарных мощностей, повышение качества медицинской помощи, развитие первичного звена и борьба с неинфекционными заболеваниями. Необходимость дальнейшего реформирования белорусского здравоохранения – пусть даже не революционными, а эволюционными методами – сейчас уже очевидна: достаточно посмотреть, во сколько стране обходится содержание системы здравоохранения, столь сильно опирающейся на стационарную помощь.

Одной из главных причин продолжения программы реформ сектора ПМСП стало понимание того факта, что экстенсивное и до-

рогостоящее расширение коечного фонда и увеличение числа специалистов не внесли сколько-нибудь существенного вклада в улучшение состояния здоровья населения. Другой причиной является растущая неудовлетворенность населения деятельностью первичного звена. Люди жалуются, что в поликлиниках огромные очереди, что оказание медицинской помощи происходит обезличенно, а врачи постоянно заняты и вечно измотаны. Вместе с тем нельзя не отметить, что те надежды, которые многие связывают с моделью врача общей практики (например, что она, вне зависимости от остальных показателей развития общества, способна обеспечить резкое улучшение показателей продолжительности жизни или детской смертности), зачастую нереалистичны.

Белорусский опыт показывает, что при наличии соответствующих экономических условий постепенный подход к проведению реформ в экономике и здравоохранении может обеспечить поддержание доступа населения к медицинской помощи и защитить здоровье человека от самых жестких последствий социально-экономических преобразований. Но пока непонятно, каким образом стране удастся сохранить полученные достижения, если ситуация в экономике ухудшится, и можно ли улучшить качество и эффективность медицинской помощи и обойтись при этом без каких бы то ни было фундаментальных преобразований в жизни общества в целом.

Одной из наиболее серьезных проблем является повышение экономической эффективности системы здравоохранения путем сокращения избыточных стационарных мощностей и закрепление тех успехов, которые были достигнуты в результате реформирования первичного звена. Главные трудности, которые придется преодолеть на этом пути, связаны с максималистскими подходами к организации здравоохранения. В Беларуси многие руководители до сих пор мыслят категориями системы Семашко. Во главу угла ставится соблюдение установленных социальных стандартов – «не меньше чем» столько-то врачей, фармацевтов и т. п. на 100 000 жителей, – в то время как истинная проблема заключается не в нехватке учреждений или персонала, а в их избытке или несбалансированности распределения. Кроме того, зачастую на бумаге продекларировано одно, а на деле происходит совсем другое. Например, несмотря на твердые обязательства по перераспределению ресурсов из сектора стационарной помощи в сектор амбулаторно-поликлинической и по укреплению первичного звена здравоохранения – поскольку именно такая меди-

ко-экономическая модель наиболее эффективно отвечает потребностям населения, – на практике именно вторичное и третичное звенья медицинской помощи поглощают большую часть финансирования и оказывают наибольшее влияние на то, как будет развиваться система здравоохранения в целом. В частности, борьба с неинфекционными болезнями в основном производится с помощью скрининговых и лечебных мероприятий, а не мер первичной профилактики, а протоколы скрининга разрабатываются специалистами третичного звена, а не специалистами в области общественного здравоохранения.

Кроме того, руководству белорусского здравоохранения предстоит решить следующие проблемы:

- отработка единой модели ПМСП в городах и сельской местности;
- сокращение неиспользуемых стационарных мощностей;
- рационализация работы сектора специализированной медицинской помощи в поликлиниках и больницах в целях избежания дублирования диагностических и кадровых ресурсов;
- разработка и внедрение ресурсосберегающих и стационарозамещающих технологий (например, дневных стационаров и амбулаторной хирургии);
- приведение клинических протоколов в соответствие с принципами доказательной медицины;
- оптимизация работы службы скорой помощи и медицинской помощи во внерабочее время;
- освобождение врачей первичного звена от тех обязанностей, которые не имеют прямого отношения к медицине (например, от выдачи больничных листов в случае временной нетрудоспособности и т. п.);
- перераспределение финансовых ресурсов в пользу первичного звена и введение новых форм материального стимулирования медицинских работников;
- создание информационных систем здравоохранения;
- совершенствование системы управления здравоохранением на всех уровнях;
- концентрация услуг высокотехнологичной специализированной медицинской помощи в учреждениях республиканского уровня;
- улучшение координации и интеграции на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Наряду со стабильностью постепенный характер реформ позволяет также достичь необходимого консенсуса в политическом руководстве, что, в свою очередь, является залогом скорейшей реализации тех реформ, которые уже обрели силу закона. А это дает реальную возможность вовлечь в процесс разработки программы дальнейших реформ все заинтересованные стороны на всех уровнях.

10. Приложения

10.1. 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*, 3:33–35.

Balabanova D et al. (2004). Health service utilisation in the former Soviet Union: evidence from eight countries. *Health Services Research*, 39(6): 1927–1950.

Bondarik E, Leous P (2004). Oral health and children attitudes among mothers and schoolteachers in Belarus. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 6:40–43.

Chernobyl Forum (2006). *Chernobyl legacy: health environmental and socioeconomic impacts*. Vienna, International Atomic Energy Agency.

De Colombani P (2007). *Epidemiology of tuberculosis in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/document/TUB/fs02e_tbepidemeuro.pdf, accessed 18 September 2008).

Demidchik YE et al. (2006). Comprehensive clinical assessment of 740 cases of surgically treated thyroid cancer in children of Belarus. *Annals of Surgery*, 243(4):525–532.

EAPC (2006). *Belarus*. Milan, European Association for Palliative Care (<http://www.eapcnet.org/download/forpolicy/countriesrep/belarus.pdf>, accessed 6 November 2007).

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).

Figueras J et al. (2004). Overview. In: Figueras J et al., eds, *Health systems in transition: Learning from experience*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies:13–31.

Фоменко А. (2006). Законодательное утверждение прав пациентов в контексте реформы системы здравоохранения в Республике Беларусь. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*, 4:7–18.

Фоменко А. (2007). Безопасность пациентов как важнейшее условие обеспечения качества медицинской помощи в Республике Беларусь. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*, 2:23–31.

Габасова Л. (2006). Почему первичная помощь оказывается вторичной? *Советская Белоруссия*, 14 ноября 2006 г.

Grigoriev P (2007). *About mortality data for Belarus. Human Mortality Database: Background and Documentation*. Berkeley and Rostock, University of California, Berkeley and Max Planck Institute for Demographic Research (<http://www.demogr.mpg.de/cgi-bin/publications/paper.plx?l=de&t=&pubid=2696>, accessed 22 September 2008).

Havenaar JM et al. (2003). Perception of risk and subjective health among victims of the Chernobyl disaster. *Social Science and Medicine*, 56(3): 569–572.

International Observatory on End of Life Care (2002). *Belarus*. Lancaster, International Observatory on End of Life Care (www.eolc-observatory.net/global_analysis/belarus.htm, accessed 21 May 2007).

Ioffe G (2004). Understanding Belarus: economy and political landscape. *Europe-Asia Studies*, 56(1):85–118.

Jacob P et al. (2006). Thyroid cancer among Ukrainians and Belarusians who were children or adolescents at the time of the Chernobyl accident. *Journal of Radiological Protection*, 26(1):51–67.

Каштальян А.А. (2005). Сравнительный анализ занятости и норм нагрузки врачей амбулаторного приема на примере поликлиник г. Минска. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*, 2:44–47.

Куницкая С., Рога Н. (2007). Эффективность социальной рекламы по проблеме ВИЧ/СПИД, *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*, 2:71–77.

Малахова И. (2004). *Направления реформирования здравоохранения Республики Беларусь*. Минск, Материалы международной конференции «Достижения первой цели тысячелетия: концептуальные подходы и пути реализации».

Малахова И. и др. (2007а). Оптимизация механизмов правового регулирования здравоохранения Республики Беларусь на основе передовых мировых тенденций. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*, 1:22–24.

Малахова И. и др. (2007б). *Состояние и перспективы развития скорой медицинской помощи в Республике Беларусь*. Материалы республиканской научно-практической конференции, Минск, БелМАПО.

McKee MD et al. (2006). Access to water in the countries of the former Soviet Union. *Public Health*, 120(4):364–372.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь (2006). *Ежегодник здравоохранения Беларуси 2005*. Минск, Министерство здравоохранения Республики Беларусь.

Nuti DM (2005). The Belarus economy: Suspended animation between state and markets. In: White S, Korosteleva E, Löwenhardt J. *Postcommunist Belarus*. Lanham, Boulder, New York, Toronto, Oxford, Rowman & Littlefield Publishers, Inc.:97–122.

OSCE Office for Democratic Institutions and Human Rights (2006). *Republic of Belarus Presidential Elections 19 March 2006, OSCE/ODIHR Election Observation Mission Report*. Warsaw, Organization for Security and Co-operation in Europe.

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).

Severin A (2007). *Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights in Belarus*. New York, United Nations Human Rights Council:19.

Transparency International (2008). *Global corruption report 2008: Corruption in the water sector*. Cambridge, Cambridge University Press.

Цыбин А., Павлович А., Малахова И. (2003). *Служба скорой помощи в Беларуси*. Минск, Стратегия развития экстренной медицинской помощи в Беларуси: материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию городской клинической больницы скорой медицинской помощи.

Цыбин А.К. и др. (2003). Первичная медико-санитарная помощь сельскому населению Беларуси. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*, 3:6–11.

UNAIDS and WHO (2007). *AIDS epidemic update: December 2007*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNDP (2005a). Belarus: addressing imbalances in the economy and society. National Human Development Report 2004-2005. Minsk, United Nations Development Programme.

UNDP (2005b). HDR Statistics Country Sheet: Belarus. New York, United Nations Development Programme.

UNDP (2007). *Human Development Report 2007/2008: Fighting climate change: Human solidarity in a divided world*. Basingstoke & New York, Palgrave Macmillan.

UNICEF (2007) [web site]. Belarus statistics. Minsk, United Nations Integrated Office (http://www.unicef.org/infobycountry/belarus_statistics.html, accessed 4 July 2008).

UNICEF Innocenti Research Centre (2007). TransMONEE Database [online database]. Florence, United Nations Children's Fund Innocenti Research Centre (http://www.unicef-irc.org/databases/transmonee/2007/Country_profiles.xls, accessed 29 April 2008).

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

World Bank (2002). *Improving health and health care in Belarus: Belarus health policy note*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2004). *Belarus poverty assessment: Can poverty reduction and access to services be sustained?* Washington, DC, World Bank, Europe and Central Asia Region Human Development Sector Unit.

World Bank (2008). *World development indicators*. Washington, DC, World Bank.

WHO (2003). *World health report 2003: shaping the future*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2005). *Mental health atlas*. Geneva, World Health Organization.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2007). Европейская база данных «Здоровье для всех», Копенгаген, WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (данные на ноябрь 2007 г.).

Жарко В. (2007). Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2006 году и основных направлениях деятельности на 2007 год. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*, 1:4–14.

Жарко В. (2008). Достигнут наибольший за четверть века рост рождаемости. *Медицинский вестник*, 9 (843) (<http://www.medvestnik.by/news/content/novosti/1312.html>, данные на 29 апреля 2008 г.).

Жарко В. и др. (2007а). Некоторые аспекты правового регулирования в сфере здравоохранения. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*, 4:15–19.

Жарко В. и др. (2007б). *Первичная медико-санитарная помощь в Беларуси: проблемы и меры по ее совершенствованию*. Материалы республиканской научно-практической конференции. Минск, БелМАПО.

10.2. Полезные интернет-ссылки

Официальный сайт Президента Республики Беларусь (содержит также ссылки на сайты всех областных управлений здравоохранения (на русском, белорусском и английском языках)): <http://president.gov.by>

Сайт Министерства здравоохранения Республики Беларусь (на русском и английском языках): <http://www.minzdrav.by>

Сайт еженедельной газеты Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Медицинский вестник» (только на русском языке): <http://www.medvestnik.by>

Сайт журнала Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Вопросы организации и информатизации здравоохранения» (только на русском языке): <http://www.minzdrav.by/med/article/j0.php>

10.3. 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/observatory/Hits/20020525_1

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 30 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» (HFA). 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 одобре-

ны национальными правительствами. С января 2007 г. в базу данных «Здоровье для всех» включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входили 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 10 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.** 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 и вовлеченности в деятельность системы здравоохранения.
3. **Финансирование.** Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы обеспечиваются населению, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
4. **Планирование и регулирование.** В этой главе рассматривается процесс разработки политики в области здравоохранения и установления целей и приоритетов; анализируются вопросы взаимоотношений между ведомствами, при этом особое внимание уделяется их роли в регулировании и тому, что является предметом регулирования; описывается процесс оценки медицинских технологий, а также научно-исследовательская работа.
5. **Материальные и трудовые ресурсы.** В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения инфраструктуры и фондов, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад трудовых ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.

6. **Предоставление услуг.** В этой главе основное внимание уделяется потокам пациентов, организации и оказанию услуг, аспектам общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи и вторичной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, фармацевтической помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативному уходу, психиатрической помощи, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию особых групп населения.
7. **Основные реформы в области здравоохранения.** Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение.
8. **Оценка системы здравоохранения.** В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системе распределения выгод и затрат среди населения, эффективности распределения ресурсов, эффективности оказания медицинских услуг, их качества, а также вклада системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения.
9. **Заключение.** Содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
10. **Приложения.** Библиография, полезные ссылки и ссылки на законодательство.

Подготовка обзора «Системы здравоохранения: время перемен» представляет собой довольно сложный процесс. Он включает следующие этапы:

- составление и редактирование обзора. Зачастую для этого требуется несколько «итераций»;
- передача обзора на рассмотрение международных (национальных) экспертов и в Министерство здравоохранения страны. Авторы обзора должны принять к сведению замечания Министерства здравоохранения, но не обязаны включать их в окончательную редакцию обзора;
- передача обзора на рассмотрение редакторов и международной многопрофильной редакционной коллегии;
- подготовка окончательной редакции обзора, включая этапы технического редактирования и набора текста;

- распространение (распечатка, публикация в электронном формате, переводы и издание).

Редактор обзора оказывает его авторам всяческую поддержку на протяжении всего процесса подготовки и, находясь с ними в постоянном контакте, обеспечивает, чтобы все этапы этого процесса проходили максимально гладко и эффективно.

10.4. Сведения об авторах

Эрика Ричардсон – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Специализируется по вопросам мониторинга систем здравоохранения стран бывшего СССР. Почетный научный сотрудник Лондонской школы гигиены и тропической медицины и Центра российских и восточноевропейских исследований при Университете Бирмингема (Соединенное Королевство).

Винке Бурма – старший научный сотрудник и консультант института NIVEL (Нидерланды). Специализируется в области сравнительного анализа систем здравоохранения разных стран. Является членом Европейской исследовательской сети общеврачебных практик (EGPRN) и Ассоциации романоязычных стран по изучению систем здравоохранения (ALASS). Более десяти лет сотрудничает с Министерством здравоохранения Республики Беларусь по вопросам развития сектора первичной медико-санитарной помощи в стране.

Ирина Малахова – заместитель директора по научной работе Белорусского республиканского научно-практического центра медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения. Как специалист в области общественного здравоохранения принимала активное участие в разработке «Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы», «Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 годы» и других юридических документов по вопросам здравоохранения.

Валентин Русович – врач общей практики. Работает в амбулатории общей практики деревни Крупица Минской области. Председатель

Белорусской ассоциации врачей общей практики, которая входит в Белорусскую ассоциацию врачей. Ассистент кафедры общей врачебной практики БелМАПО. Является автором ряда публикаций по вопросам развития первичной медико-санитарной помощи в Беларуси и за ее пределами.

Андрей Фоменко – медицинский судебный эксперт. Специализируется в области проведения судебно-медицинских экспертиз в связи с исками по поводу врачебных ошибок. Опубликовал ряд работ по вопросам прав и безопасности пациентов. Выступал в качестве консультанта в проектах ПРООН, ЮНЭЙДС, Евроазиатской инициативы за права и безопасность пациентов и других международных организаций.

Обзоры серии «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 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 «Системы здравоохранения: время перемен»

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте www.euro.who.int/observatory, 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 рекомендации по выработке политики, газету *EuroObserver* 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.euro.who.int/observatory

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

Австралия (2002, 2006)
Австрия (2001e, 2006e)
Азербайджан (2004g)
Албания (1999, 2002a,g)
Андорра (2004)
Армения (2001g, 2006)
Бельгия (2000, 2007)
Болгария (1999, 2003b, 2007)
Босния и Герцеговина (2002g)
Бывшая Югославская Республика Македония (2000)
Венгрия (1999, 2004)
Германия (2000e, 2004e,g)
Грузия (2002d,g)
Дания (2001, 2007)
Израиль (2003)

Исландия (2003)
Испания (2000h)
Италия (2001)
Казахстан (1999g)
Канада (2005)
Кипр (2004)
Кыргызстан (2000g, 2005g)
Латвия (2001)
Литва (2000)
Люксембург (1999)
Мальта (1999)
Монголия (2007)
Нидерланды (2004g)
Новая Зеландия (2001)
Норвегия (2000, 2006)
Польша (1999, 2005)
Португалия (1999, 2004, 2007)
Республика Молдова (2002g)
Российская Федерация (2003g)
Румыния (2000f)
Словакия (2000, 2004)
Словения (2002)
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (1999g)
Таджикистан (2000)
Туркменистан (2000)
Турция (2002g,i)
Узбекистан (2001g, 2007)
Украина (2004g)
Финляндия (2002)
Франция (2004c,g)
Хорватия (1999, 2007)
Чешская Республика (2000, 2005g)
Швейцария (2000)
Швеция (2001, 2005)
Эстония (2000, 2004g,j)

Ключи

Все обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны на английском языке. В тех случаях, когда это указано, они доступны также на других языках:

a албанский
b болгарский
c французский
d грузинский
e немецкий
f румынский
g русский
h испанский
i турецкий
j эстонский



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Швеции, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политических наук и Лондонской школой 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 систем здравоохранения.