
Проблемные статьи и обзоры

УДК 614.2 (476)

ИСТОРИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ МОДЕЛИ БЕЛОРУССКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЧАСТЬ 1: ОТ НАЧАЛА XX ВЕКА ДО НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ*

М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

Для того, чтобы выявить факторы, формирующие понятие социальной ответственности организации здравоохранения, каждого ее сотрудника и культуры системы в целом, к 100-летию белорусского здравоохранения в данной работе, состоящей из трех частей, предпринята попытка анализа исторической трансформации модели, сохраняющей свою уникальность и высокую социальную направленность в условиях бюджетной системы.

В первой части выполнен анализ исторических условий, побуждающих к введению страховой медицины, которые сложились на территории Беларуси в начале двадцатого века, изучены организационные особенности функционирования системы здравоохранения в составе СССР, раскрыты направления потенциального кардинального изменения системы в 1990-е годы.

Ключевые слова: Республика Беларусь; система здравоохранения; XX век; страховая медицина; модель Семашко; модель Бевериджа; реформирование; социальная ответственность.

Введение

В последние десятилетия в Республике Беларусь большое внимание уделяется вопросам качества и эффективности здравоохранения.

Во-первых, стало очевидным, что здоровье человека представляет для общества все более возрастающую ценность, в том числе и экономическую. При этом, основной проблемой здоровья населения становятся хронические неинфекционные заболевания, склонные к накоплению в популяции, наносящие значительный медико-социальный ущерб и имеющие высокую распространенность. Во-вторых, все острее становится потребность рационально использовать ресурсы, выделяемые на здравоохранение, контролировать рост расходов на охрану здоровья. В-третьих, появление и развитие рыночных отношений, процессов коммерциализации здравоохранения, привело к изменению экономического положения

медицинского учреждения, приобретающего статус организации с различной формой собственности, предлагающей населению определенный товар – услуги медицинского назначения. Профессионалы здравоохранения вынужденно оказываются в условиях, когда оказывают не «помощь», а сервисную услугу медицинского содержания, попадая в категорию «обслуживающего персонала», а медицинское учреждение приобретает черты «услугопроизводящего» предприятия.

Такое изменение статуса медицинского учреждения приводит к изменению характера всех экономических связей и отношений внутренней и внешней среды управления организаций здравоохранения. Принимая управленческое решение, лидеры системы здравоохранения все чаще вынуждены находиться в ситуации выбора между пониманием эффективности деятельности в сохранении ее максимальной социальной направленности

*Работа выполнена при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант №Г19-061, 02.05.2019 – 31.03.2021)

сти, и, напротив, эффективности как реализации деятельности с максимальным экономическим эффектом. Понимая объективно существующее в современных условиях главенство ситуационного подхода к управлению организацией как открытой системой, все чаще в содержание принципа гуманизма в деятельности здравоохранения вкладывается смысл гарантии качественной медицинской помощи, дающей максимальный медицинский, социальный и экономический эффект при рациональных затратах, соответствующей нуждам и ожиданиям ее потребителя (в том числе, немедическим нуждам и ожиданиям), а также соблюдения социальной ответственности организаций здравоохранения и каждого отдельного работника системы, составляющей суть «корпоративной» – на уровне всей системы здравоохранения – социальной ответственности.

Сильная, эффективная культура имеет стратегическое значение в обеспечении устойчивого функционирования системы здравоохранения, управлении качеством медицинской помощи, поддержании доверия населения к системе здравоохранения. Очевидно, что устойчивость такого феномена, как социальная ответственность, должна обеспечиваться историческими основами. Тем менталитетом, который годами формировался в системе здравоохранения Беларуси. К 100-летию белорусского здравоохранения мы предприняли попытку анализа исторической трансформации модели, сохраняющей свою уникальность и высокую социальную направленность в условиях бюджетной системы, во многом, именно благодаря отечественным культурным основам.

Цель цикла из трех статей – установить, как изменялась модель финансирования здравоохранения Беларуси от начала XX века до настоящего времени, а также дать оценку дальнейших путей развития системы.

В данной (первой) части работы осуществлен анализ исторических условий, побуждающих к введению страховой медицины, которые сложились на территории Беларуси в начале двадцатого века, изучены организационные особенности функционирования системы здравоохранения в составе СССР, раскрыты пути потенциального кардинального изменения системы в 1990-е годы.

«Советское» здравоохранение. Исторически так сложилось, что 70 лет территория современной Республики Беларусь в различные периоды времени целиком или частями находилась в составе СССР. В Союзе Советских Социалистических Республик существовала действительно уникальная система здравоохранения: здравоохране-

ние являлось целиком государственным, и на всей территории огромной страны устойчиво функционировала созданная в 1920-е годы народным комиссаром здравоохранения Н.А.Семашко медико-организационная модель. Однако, и до формирования модели Н.А.Семашко здравоохранение на территории земель, принадлежащих в настоящее время суверенной Беларуси, функционировало достаточно успешно [1].

После утверждения 23 июня 1912 г. Государственной думой Российской империи закона о страховании рабочих, на территориях, которые в настоящее время принадлежат Беларуси, стали образовываться больничные кассы [2]. Кассы осуществляли страхование здоровья. С одной стороны, больничные кассы выплачивали пособия в связи с утратой трудоспособности в случае родов, болезни, увечья, а также на погребение. С другой стороны, они повсеместно занимались организацией бесплатной медицинской помощи рабочим и членам их семей, в связи с чем врачи разных специальностей привлекались кассами на договорных началах для лечения застрахованных. Больничные кассы могли также иметь врачей на постоянной службе. Кроме того, эти кассы организовывали учреждения для оказания амбулаторной, стационарной, экстренной медицинской помощи. Лечение сочеталось с изучением условий труда и быта рабочих. Было начато изучение заболеваемости в связи с условиями производства. Больничные кассы имели право осуществлять общесанитарные мероприятия с наказанием денежным штрафом виновных в заболевании рабочих – членов кассы. Постепенно создавалась система «страховой рабочей медицины», которая финансировалась через больничные кассы, в основном, за счет фондов социального страхования из средств взносов промышленных предприятий, рабочих – членов касс, поступлений от страховых товариществ. Больничные кассы прекратили работу в 1919 г. [3; 4].

Таким образом, к началу XX века в стране были созданы исторические условия для развития страховой медицины. Однако, уже в первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции со времени съезда медико-санитарных отделов (в 1918 г.), на котором выступили Н.А.Семашко, З.П.Соловьев и другие известные деятели здравоохранения, говорилось о бесплатности, общедоступности, единстве, профилактическом направлении и «санитарной самодеятельности» населения как о важнейших принципах «советской медицины» [5]. Модель страховой медицины не была реализована, хотя в западных

областях страны ее последствия сохранялись несколько дольше в сравнении с примыкающими к России регионами [6; 7].

На протяжении почти всего XX века Беларусь входила в состав СССР и принадлежала к числу стран социалистического лагеря. Один из наиболее видных российских ученых и педагогов в области организации здравоохранения того времени, академик Ю.П.Лисицын указывал в лекции для студентов медицинских университетов в 1972 г.: «В настоящее время существуют следующие системы и формы здравоохранения: 1. Социалистическая. 2. Капиталистическая: частнокапиталистическая, олигархическая; страховая медицина; государственная служба здравоохранения; колониальная медицина (страны, находящиеся в колониальной зависимости). 3. Здравоохранение развивающихся стран. Первая система – это здравоохранение в СССР и других социалистических странах. Для нее характерно единство целей и принципов претворения в жизнь мероприятий по охране и улучшению здоровья народа... Государственная служба представлена только в одной капиталистической стране – Великобритании...» [8, с.397–398]. При наличии объединяющих характеристик, страны единого социалистического лагеря все же различались по хозяйственному укладу в здравоохранении: «В Польше за счет государства бесплатно оказывается около 80% медицинской помощи против 14% в 1938 г. Здесь разрешаются частные поликлиники; в сельской местности функционируют кооперативные (за счет взносов населения) медицинские учреждения (амбулатории и др.)...» [8, с.400]. Все расходы в системе здравоохранения СССР финансировались из государственного бюджета. В разные годы сумма средств на здравоохранение в государственном бюджете составляла от 5,0 до 6,6%, на социально-культурные мероприятия и науку приходилось от 23,5 до 37,6% [8, с.374].

Организация здравоохранения в советское время подчинялась четким законам общегосударственного планирования. Это было абсолютно правильным решением в ситуации послевоенных лет [9]. Интересен исторический факт, описанный в работе С.Н.Ермак, Е.М.Тищенко, о попытке введения на территории Белдариуси медицинского страхования в период Великой Отечественной войны [10]. Очевидно, что здравоохранение как отрасль деятельности государства не может быть изолированным, оно живет по законам той государственной системы, в которой существует и для решения задач которой предназначено. В послевоенное время, вплоть до периода распада СССР,

система работала по законам, созданным и поддерживаемым мощной государственной машиной, и эта система объективно являлась наиболее правильной и рациональной для того исторического периода времени. Студентов-медиков учили: «Планирование здравоохранения в СССР – это научно обоснованная система государственных мероприятий, позволяющая наиболее полно сочетать потребность населения в медицинской помощи и санитарно-эпидемиологическом обслуживании с экономическими возможностями их удовлетворения» [11, с.237]. План здравоохранения СССР, как и планы всех других отраслей народного хозяйства, строился на основе директивных указаний коммунистической партии и советского правительства. Нижестоящие органы здравоохранения при составлении плана руководствовались указаниями вышестоящих органов здравоохранения [12]. Основным директивным документом, определяющим направление и содержание плана, являлась Программа КПСС. Программа построения коммунизма в СССР, принятая на XXII съезде партии в 1961 г., выдвинула перед здравоохранением широкие задачи, направленные на предупреждение и резкое снижение заболеваемости, ликвидацию массовых инфекционных болезней и дальнейшее увеличение продолжительности жизни. Программой было предусмотрено полное удовлетворение населения во всех видах высококвалифицированной медицинской помощи [13, с.392].

«Новый хозяйственный механизм» в здравоохранении: 1980-е – 2000-е годы. Мощные политические изменения, произошедшие в середине 1980-х годов, повлекли за собой реформирование системы здравоохранения СССР и других социалистических стран. Начались поиски «нового хозяйственного механизма» в здравоохранении, способного удовлетворить потребность населения в квалифицированной медицинской помощи и, при этом, эффективно использовать ресурсы здравоохранения. Основными предпосылками к реформированию стали дефицит бюджета, неизбежно сопровождающий периоды экономического кризиса, с одной стороны, и незаинтересованность организаций здравоохранения работать более интенсивно, эффективно и качественно, сохранившаяся со времен плановой бюджетной советской системы, с другой.

Для того, чтобы усилить экономические механизмы стимулирования качества деятельности в здравоохранении, в 1987 г. был начат организационный эксперимент на базе организаций здравоохранения Кемеровской, Куйбышевской областей и города Ленинграда (РСФСР). Эксперимент

введения нового хозяйственного механизма быстро распространился на территорию Беларуси: так, с 1 января 1990 г. в условиях новой экономической реальности начали работу учреждения здравоохранения города Гродно и Гродненской области [14].

Основными характеристиками нового хозяйственного механизма являлись экономическое повышение роли амбулаторно-поликлинического звена (поликлиники рассматривались как «хозяева» средств, выделяемых на здравоохранение, остальные учреждения здравоохранения «зарабатывали» финансовые ресурсы). Предусматривались схемы взаиморасчетов между поликлиниками и стационарами, для чего была разработана и введена в практику система клинко-статистических групп (КСГ). В конкретную клинко-статистическую группу были объединены случаи сходных заболеваний, имеющих приблизительно одинаковую стоимость лечения. Одновременно, по результатам эксперимента в Кемеровской области РСФСР было выявлено, что между стационарами имеется существенное различие в оснащении, объеме исследований, квалификации персонала. Различия в факторах и условиях оказания медицинской помощи отражались на стоимости лечения, которая также различалась в разных стационарах. Это явилось причиной разделения стационаров на три категории и установления дифференцированных цен лечения идентичных клинко-статистических групп в отделениях категорий А, Б, В. В целях оценки уровня качества медицинской помощи были введены система показателей (моделей) конечных результатов деятельности учреждений здравоохранения и пятиступенчатая система контроля деятельности. Одним из преимуществ нового механизма являлась возможность стимулировать труд тех специалистов, отделений и учреждений, деятельность которых оценивалась как наиболее качественная. Размер заработной платы ставился в зависимость от количества и качества труда, а также личного вклада каждого работника в достижение результатов трудового коллектива. Внедрялись модели коллективного подряда, устанавливались коэффициенты трудового участия.

Резервы финансовых средств в здравоохранении изыскивались из двух основных потоков. Во-первых, коренного изменения системы бюджетного финансирования учреждений здравоохранения с переходом от выделения им средств из бюджета по отдельным статьям расходов к финансированию по долговременным стабильным нормативам, комплексно отражающим целевую направленность деятельности учреждений (переход от

бюджетного к территориальному финансированию путем выделения средств в расчете на одного жителя данной территории). Во-вторых, предусматривалось сочетание бюджетного финансирования деятельности учреждений здравоохранения с развитием платных услуг населению, выполнением работ по договорам с предприятиями, организациями и учреждениями на хозрасчетной основе, при этом, не допускалось снижение величины бюджетных ассигнований на здравоохранение путем замещения не оплачиваемых населением услуг платными [14].

«Новый хозяйственный механизм» рассматривался на постсоветском пространстве как переходный к коренному реформированию системы – введению страховой медицины. 26 октября 1990 г. в «Медицинской газете» был опубликован проект Основ законодательства СССР и союзных республик о финансировании здравоохранения, включающий проект закона «О медицинском страховании граждан». Закон определял общие правовые основы финансирования системы здравоохранения в СССР в условиях регулируемых рыночных отношений и многообразия форм собственности. Законопроект состоял из трех разделов: «Общие положения», «Фонды охраны здоровья», «Медицинское страхование», которые включали в себя 24 статьи. Отчисления на страховой полис работающего планировалось осуществлять в большей степени из доходов предприятия. При желании, каждый гражданин получал возможность застраховать здоровье сверх стандартного уровня за свои средства, добровольно. Принцип страхования предполагал взаимную солидарность, когда работающее население – «складчики» – разделяли страховой риск. Страховой полис неработающих граждан и служащих бюджетных учреждений планировалось оплачивать государством.

Организационно-реформаторские планы в здравоохранении Беларуси осуществились, но не в полной мере. Перемены конца XX века разделили Россию и Беларусь. В Беларуси действовал утверждающий временное положение о добровольном медицинском страховании приказ Министерства здравоохранения от 29 июля 1997 г. №192, с последующим его уточнением и введением актуальной в настоящее время Инструкции о взаимодействии государственных организаций здравоохранения и страховых организаций Республики Беларусь [15; 16]. В 2000 г. вступил в силу Указ Президента Республики Беларусь от 26 июля 2000 г. №354 «Об обязательном медицинском страховании иностранных граждан и лиц без

гражданства, временно пребывающих или временно проживающих в Республике Беларусь».

Ко второму десятилетию 2000-х годов из всех стран, входивших в состав СССР, именно на территории Беларуси модель Н.А.Семашко сохранилась наиболее полно. Основные принципы, три «кита» этой модели – единое государственное здравоохранение, централизация и всеобщая диспансеризация, – вполне отражают принципиальную организацию здравоохранения в Беларуси сегодня. Вместе с тем, модель Семашко претерпела изменения, отличающие сегодняшнюю систему здравоохранения Беларуси от других систем.

В модели Бевериджа (проект лорда Уильяма Бевериджа, Великобритания, 1942–1948 гг.), так же, как и в модели Семашко, главенствует принцип, что здоровье населения – это общественное благо, а его охрана – долг государства. Уильям Беверидж выделил медицинское обслуживание в системе социального обеспечения, сформировав для него отдельный целевой финансовый фонд в общих налогах. Финансирование здравоохранения в обеих моделях – как Бевериджа, так и Семашко – осуществляется за счет бюджета (центрального и локальных), однако модель Семашко не выделяет отдельных, специальных целевых фондов для покрытия расходов в системе здравоохранения. Обе модели обеспечивают широкий набор бесплатных гарантированных услуг в системе здравоохранения для всего населения, независимо от состояния здоровья и материального статуса, с равным доступом граждан к медицинской помощи и административным контролем деятельности в системе здравоохранения. В модели Семашко предусмотрена единая государственная система здравоохранения. Модель Бевериджа гарантирует равную доступность бесплатной медицинской помощи только в государственных организациях, оставляя за государством право контроля и роль преимущественного представителя услуг в сфере здравоохранения, при этом, не исключая возможности наличия организаций здравоохранения негосударственной формы собственности.

В Беларуси система здравоохранения финансируется из государственного бюджета, однако, в отличие от модели Бевериджа, целевой «здравоохранительный» фонд в бюджете государства не выделен. С принятием в 1993 г. Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», стало юридически возможным развитие частного бизнеса в медицине. Так, статья 10 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-ХП «О здравоохранении» [17] содержит указание

на то, что здравоохранение Республики Беларусь включает государственную систему здравоохранения, негосударственные организации здравоохранения, индивидуальных предпринимателей, осуществляющих в установленном законодательством Республики Беларусь порядке медицинскую, фармацевтическую деятельность. Это приблизило белорусскую модель здравоохранения к модели Бевериджа, однако кардинально не изменило ее. Планирование и распределение средств осталось централизованным, с акцентом на планирование финансирования ресурсов. Одновременно, с целью выделить некий гарантированный государством минимум, который не может быть подменен объемами услуг, выполняемых на платной основе, был принят Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1999 г. №322-3 «О государственных минимальных социальных стандартах» [18].

Заключение

Длительный исторический период «советского» здравоохранения создал мощный культурный «пласт» социальных ориентиров и социальных установок, формирующих роль врача и пациента в обществе. В то же время, несмотря на достаточно долгий в сравнительном аспекте временной период действия модели Н.А.Семашко, она была создана в Беларуси на территориях, имевших опыт страховой медицины – функционирования «большинственных касс».

Значительные преобразования системы произошли на рубеже XX и XXI веков. Знаковым моментом являлось принятие законов Республики Беларусь «О здравоохранении» и «О государственных минимальных социальных стандартах».

Дальнейшие преобразования системы белорусского здравоохранения продолжились, и поиск путей наиболее эффективного ее функционирования – непрерывный процесс в современных условиях глобализации внешней среды управления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Западного региона Белоруссии в XIX веке / Е.М.Тищенко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2003. – №1. – С.93–95.
2. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Беларуси в составе Российской империи (1795–1914) : метод. разработки / Е.М.Тищенко. – Гродно, 1999. – 23 с.
3. Тищенко, Е.М. Из истории страховой медицины в западных областях Беларуси / Е.М.Тищенко, Г.Д.Стасюкевич, В.В.Ерчик // Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. – 1994. – Вып.1. – С.63–64.

4. Тищенко, Е.М. Страхование медицина в Беларуси в 1920-е годы / Е.М.Тищенко, С.Н.Гриб // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – №2. – С.93–94.
5. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Беларуси в XIX–XX веках / Е.М.Тищенко. – Гродно, 2003. – 269 с.
6. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Западной Белоруссии в первые годы вхождения в состав БССР / Е.М.Тищенко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2004. – №2. – С.108–109.
7. Тищенко, Е.М. Страхование медицина в Западной Белоруссии в межвоенный период (1921–1939 гг.) / Е.М.Тищенко, С.Н.Гриб // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – №4. – С.59–60.
8. Лисицын, Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Ю.П.Лисицын. – М.: Медицина, 1973. – 456 с.
9. Тищенко, Е.М. Тематическая историография изучения санитарных последствий фашистской оккупации Белоруссии / Е.М.Тищенко // Развитие исторического краеведения в вузах БССР в свете перестройки высшего образования: сб. ст. – Гродно, 1989. – С.109–111.
10. Ермак, С.Н. Попытка введения медицинского страхования в Беларуси в 1943 г. / С.Н.Ермак, Е.М.Тищенко // Материалы 10-й респ. конф. по истории медицины и здравоохранения. – Минск, 2004. – С.13–14.
11. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / под ред. Н.А.Виноградова. – М.: Медицина, 1974. – Т.1. – 400 с.
12. Социальная гигиена и организация здравоохранения / под ред. А.Ф.Серенко, В.В.Ермакова. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1984. – 640 с.
13. Материалы XXII съезда КПСС. – М.: Госполитиздат, 1961.
14. Биркос, А.А. Новый хозяйственный механизм в здравоохранении и проблемы перехода к страховой медицине: методические рекомендации / А.А.Биркос, Е.М.Тищенко. – Гродно, 1992. – 29 с.
15. Инструкции о взаимодействии государственных организаций здравоохранения и страховых организаций Республики Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №1. – С.74–75.
16. Примерный договор на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным по договорам добровольного страхования медицинских расходов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №1. – С.75–78.
17. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня. 1993 г., №2435-ХП // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
18. О государственных минимальных социальных стандартах [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 11 ноября 1999 г., №322-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

Historical Transformation of Belarusian Healthcare Model. Part 1: From the Beginning of the 20th Century to the Present Time

M.Yu.Surmach

Grodno State Medical University, 80, M.Gorky Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

In this study carried out for the Belarusian healthcare system 100th anniversary and composed of three parts, an attempt was made to analyze historical transformation of Belarusian healthcare model which maintained uniqueness and high social orientation in conditions of budget system. This work was done in order to identify factors shaping the concept of social responsibility of healthcare institution, each of its workers and culture of system as a whole.

Historical conditions which prompted introduction of insurance medicine at the beginning of the twentieth century in Belarus have been analyzed, organizational features of healthcare system functioning in the USSR have been studied and revealed ways of potential radical changes in healthcare system in the 1990s have been disclosed in the first part of this work.

Keywords: Republic of Belarus; healthcare system; XX century; medical insurance; Semashko model; Beveridge model; reforming; social responsibility.

Сведения об авторе:

Сурмач Марина Юрьевна, д-р мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37515) 2600809, (+37529) 2826383; e-mail: marina_surmach@mail.ru.

Поступила 10.05.2019 г.