

ИСТОРИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ МОДЕЛИ БЕЛОРУССКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЧАСТЬ 2: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ РИСКАМИ*

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 данной (второй) части проанализированы тенденции расходов и доходов в здравоохранении современной Беларуси, предпосылки к дальнейшему реформированию, подходы к управлению рисками, присущими бюджетной модели финансирования здравоохранения.

Ключевые слова: Республика Беларусь; система здравоохранения; реформирование; управление рисками; социальная ответственность.

Введение

Анализ длительного исторического периода «советского» здравоохранения Беларуси начала XX века, показал, что за это время был создан мощный культурный «пласт» социальных ориентиров и социальных установок, формирующих роль врача и пациента в белорусском 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 – «больничных касс».

Значительные преобразования системы произошли в период рубежа XX и XXI веков. Знаковым моментом явилось принятие законов Республики Беларусь «О здравоохранении» и «О государственных минимальных социальных стандартах».

В данной (второй) части работы проанализированы тенденции расходов и доходов в здравоохранении современной Беларуси, предпосылки к дальнейшему реформированию, подходы к управлению рисками, присущими бюджетной модели финансирования здравоохранения.

Бюджетное обеспечение организаций здравоохранения Республики Беларусь регулируется государственными минимальными социальными стандартами. В 1999 г. был принят Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных

социальных стандартах», который ввел в обиход понятие минимального уровня гарантий для жителей страны во всех социально значимых сферах. В 2002 г. для исполнения закона «О государственных минимальных социальных стандартах» было принято постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.05.2002 г. №28 «Об утверждении инструкции по разработке и реализации территориальных программ государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан», что уточнило пакет гарантий населению конкретной территориальной единицы в конкретный год за счет средств бюджета в рамках объемов государственных минимальных социальных стандартов.

С 2010 года в стране внедрена система Национальных счетов здравоохранения (НСЗ) [1]. Ранее всесторонний учет доходов и затрат оставался одной из проблемных зон финансирования здравоохранения. Применяемый постатейный анализ финансовых ресурсов не позволял в полной мере отображать картину движения финансовых средств по системе. Данные о расходах отображали информацию о государственных источниках финансирования, без учета средств населения, работодателей, международных донорских организаций на оплату платных услуг медицинского назначения государственных учрежде-

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

ний здравоохранения, услуг частных организаций, приобретения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения через розничную сеть аптек. Не учитывались и расходы населения и работодателей на полисы добровольного медицинского страхования. Неполнота статистической информации становилась препятствием к тому, чтобы правильно рассчитать потребности населения в медицинской помощи, эффективно распределить средства государственного бюджета.

Уже первый проект НСЗ показал, что в Республике Беларусь сумма расходов, затраченных на здравоохранение, составила в 2010 г. 5,6% ВВП [2]. Основное бремя этих расходов несло государство – 77,3%, причем доля республиканского бюджета в общей сумме государственных расходов составляла 22,8%. Частные средства – средства работодателей и населения, затраченные на получение медицинских услуг и товаров, в структуре общих расходов на здравоохранение составили в 2010 г. 22,2%. Большая часть этих средств направлялась на приобретение лекарственных средств и других медицинских товаров через розничную сеть аптек. В структуре частных расходов на здравоохранение преобладали средства населения (88,9% всех частных расходов и 19,7% общей суммы расходов на здравоохранение). Средства организаций и предприятий составляли 10,3% частных расходов и 2,3% всех расходов на здравоохранение [1; 3].

К 2010 г. нормативно-правовая база, необходимая для введения рынка добровольного медицинского страхования в Беларуси, была разработана и внедрена. Тем не менее, доля страховых организаций среди частных распорядителей средств составляла лишь 0,8%. Наименьший вклад в финансирование белорусского здравоохранения вносили международные донорские организации — всего 0,5% в 2010 г.

Анализ расходования средств в разрезе поставщиков медицинских услуг выявил, что организации, предоставляющие амбулаторные услуги, получали лишь около 30% общих расходов здравоохранения.

В 2011 г. общий объем расходов на здравоохранение Республики Беларусь по всем источникам финансирования составил около 6,0% ВВП, доля государственных расходов – около 4,0% ВВП [3]. Сохранить величину расходов на прежнем уровне и даже несколько увеличить ее позволили такие мероприятия, как введение системы финансирования расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя (что повысило эффективность использования ресурсов и снизило диспропорции в их распределении по территории страны); введение сис-

темы социальных стандартов в области здравоохранения и территориальных программ государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам республики. Другим механизмом обеспечения финансовой стабильности отрасли являлось и является программно-целевое планирование в здравоохранении, обеспечивающее целевое финансирование конкретных мероприятий для конкретных организаций и жесткий контроль за их реализацией и эффективностью [4].

В Республике Беларусь была разработана и успешно реализована стратегия развития национальной системы здравоохранения до 2015 года, включавшая следующие задачи:

переход финансовых механизмов здравоохранения к бюджетированию, ориентированному на получение конкретных качественных и количественных результатов за счет расширения самостоятельности организаций здравоохранения в использовании сэкономленных бюджетных средств;

оптимизация оказания медицинской помощи в стационарных условиях за счет перепрофилирования коечного фонда исходя из реальной потребности населения и структуры заболеваемости, сокращения неэффективно работающих коек;

осуществление планирования и финансирования расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях исходя из четко определенных объемов в разрезе профилей (пролеченные пациенты, койко-дни и прочее) в количественном и стоимостном выражении;

осуществление отдельного планирования и финансирования расходов на оказание высокотехнологичных и сложных видов медицинской помощи;

усовершенствование методики расчета показателя обеспеченности койками на 1000 населения с целью получения сопоставимых для сравнения с другими странами величин;

укрепление первичной медицинской помощи с усилением профилактической составляющей в работе амбулаторно-поликлинических организаций, увеличение объема финансирования последних до размеров, составляющих не менее 40% общего объема расходов на здравоохранение;

переориентация кадровых ресурсов со стационарного на амбулаторно-поликлинический уровень;

активизация деятельности по формированию здорового образа жизни населения; повышение заинтересованности медицинских работников в оказании качественной медицинской помощи путем создания новой системы материального стимулирования.

В 2015 г. по эффективности систем здравоохранения (рейтинг агентства Bloomberg 2015 года)

Беларусь заняла 47-е место, опередив США (50-е) и Россию (54-е).

В системе здравоохранения проводились и проводятся комплексная реструктуризация медицинской помощи и перераспределение затрат со стационарного на амбулаторно-поликлиническое звено с развитием замещающих стационарную помощь технологий, внедрением института врача общей практики (ВОП), сокращением нерационально используемого коечного фонда, оптимизацией штатной численности работников стационаров, а также сокращением штатной численности управленческого аппарата системы здравоохранения. Проводятся мероприятия по импортозамещению с реализацией мер по развитию отечественных фармацевтических предприятий. Развивается экспорт медицинских и образовательных услуг. Особое внимание уделяется развитию ресурсосберегающих, эффективных технологий [4].

Продолжает сохраняться ведущая роль государства в финансировании расходов на здравоохранение. Общая сумма расходов на здравоохранение за 2017 г. составила 6,0% ВВП страны, из которых расходы государственного сектора соответствовали 4,2% ВВП; расходы частного сектора – 1,8% ВВП [5].

По видам и условиям оказания медицинской помощи текущие расходы на здравоохранение в 2017 г. распределялись следующим образом: оказание медицинской помощи в стационарных условиях – 37,1% (с 2010 г. наблюдается тенденция к их снижению); оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях – 32,3% (с 2010 г. – тенденция к росту); оказание реабилитационной помощи – 2,6%; оказание долгосрочной медико-социальной помощи – 1,2%; оказание скорой медицинской помощи – 4,6%; предоставление профилактических услуг – 2,4%; реализация лекарственных средств и изделий медицинского назначения через аптечную сеть – 19,8% текущих расходов на здравоохранение [5].

Данная тенденция к увеличению объемов финансирования первичного звена отвечает мировому тренду. Однозначно позитивны такие тенденции, как сохранение профилактической направленности системы здравоохранения страны, увеличение (онкологическая патология) или сохранение (болезни системы кровообращения) объемов финансовых средств, направляемых на борьбу с наиболее медико-социально значимой патологией, а также средств, направляемых на борьбу с социально опасными заболеваниями (туберкулез, ВИЧ).

Вместе с тем, есть и *настораживающие факты*. По данным ВОЗ, финансовый профиль Рес-

публики Беларусь в период с 2000 по 2016 г. характеризовался значительным ростом расходов на здравоохранение на душу населения (*per capita*), при этом, расходы со стороны домашних хозяйств возросли с 16 до 36% текущих расходов на здравоохранение (табл. 1).

Анализ данных НСЗ также показывает, что если по доле расходов государственного сектора на протяжении 2012–2017 гг. выраженная динамика к росту или снижению отсутствует, то в части расходов частного сектора прослеживается неуклонный рост: в 2012 г. эта доля составляла 1,2%, в 2017 г. – уже 1,8% ВВП (2016 г. – 1,7%, 2015 г. – 1,6%, 2014 г. – 1,4%, 2013 г. – 1,6%) [5].

Сегодня официальная статистика здравоохранения не содержит точной информации о количестве и видах частных организаций здравоохранения на территории страны, показателях обращаемости населения за медицинской помощью в организации здравоохранения негосударственной формы собственности. Однако, отмечается тенденция поддержки частного финансирования, развития частной практики и государственно-частного партнерства, которые призваны на законных основаниях дополнять государственные гарантии для тех потребителей, которые готовы оплатить медицинские услуги самостоятельно. Вместе с тем, позиция ВОЗ, высказанная еще в 2010 г. в публикации «Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 год: Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью» [7] такова, что увеличение объемов финансирования здравоохранения за счет домохозяйств – это однозначно негативная тенденция. Необходимо искать иные пути поиска источников финансирования.

Еще одной проблемой бюджетного здравоохранения остается проблема обеспечения достойного, конкурентного в сравнении с соседними странами и находящегося хотя бы на уровне выше среднереспубликанского уровня оплаты труда медицинских работников (рис.).

На индивидуальном уровне решение финансовых проблем медиками нередко заключается в стратегиях совместительства, подработок. Так, по данным официального статистического сборника «Здравоохранение в Республике Беларусь», коэффициент совместительства врачей в среднем по стране в 2017 г. составлял 1,36, средних медицинских работников – 1,26 (табл. 2).

Несмотря на сложную экономическую ситуацию, правительством принимаются меры по повышению заработной платы работников отрасли. С целью закрепления кадров на рабочих местах

Таблица 1

Финансовый профиль Республики Беларусь по данным Global Health Expenditure Database [6]

Показатель	Год			
	2000	2005	2010	2016
ВВП на душу населения (GDP per capita), USD	2275	3376	4876	5034
Текущие расходы на здравоохранение на душу населения, ТРЗ (CHE per capita), USD	125	212	276	318
Внутренние государственные расходы на здравоохранение, ВГР (Domestic government health expenditure, GGHE-D), в процентах ТРЗ	79	74	68	61
ВГР, в процентах ВВП	4,3	4,7	3,8	3,9
Частные расходы на здравоохранение (OOPS-out-of-pocket spending), в процентах ТРЗ	16	22	29	36
Общие государственные расходы, ОГР (GGE – General government expenditure), в процентах ВВП	35	47	44	46
ВГР, в процентах ОГР	12	10	9	8
Население	9 933 609	9 621 543	9 473 071	9 480 042

и поддержки молодых специалистов постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27.01.2017 г. №78 с 1 января 2017 г. установлено повышение тарифных окладов врачам-интернам на 40%. Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.12.2016 г. №1251, на материальное стимулирование работников должно направляться не менее 50% (70–80%) средств превышения доходов

над расходами, остающихся в распоряжении организации. С 2018 г. началась реализация поэтапного повышения оплаты труда работников бюджетной сферы, в том числе здравоохранения. Данные подходы были выработаны Министерством здравоохранения совместно с Министерством финансов и Министерством труда и соцзащиты, по поручениям Главы государства и Правительства Республики Беларусь и направ-



Рис. Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата работников Республики Беларусь по отдельным видам экономической деятельности в 2018 г. [8]

**Коэффициент совместительства медицинских работников
в Республике Беларусь в 2017 г. [9, с.85]**

Регион	Врачебные должности			Должности средних медработников		
	число основных работников на занятых должностях*	число занятых должностей	коэффициент совместительства	число основных работников на занятых должностях*	число занятых должностей	коэффициент совместительства
г. Минск	11 409	15 322	1,34	20 590	28 656	1,39
Брестская	6 214	7 796	1,25	16 301	18 436	1,13
Витебская	5 019	7 147	1,42	14 031	17 580	1,25
Гомельская	6 094	8 464	1,39	16 336	20 095	1,23
Гродненская	5 423	6 658	1,23	12 180	14 646	1,20
Минская	5 255	7 651	1,46	13 888	17 873	1,29
Могилевская	4 450	6 566	1,48	13 073	16 268	1,24
Республика Беларусь	43 864	59 604	1,36	106 399	133 554	1,26

* Без работающих в учреждениях подготовки кадров и аппарате органов управления.

лены на увеличение размера зарплаты медицинских работников в два раза к 2025 г., в том числе, на достижение соотношения по средней зарплате врачей до уровня 150% к средней заработной плате по экономике [10].

Способствуют решению проблемы кадрового дисбаланса тактика обязательного распределения и трудоустройства выпускников медицинских вузов, система доплат и других материальных стимулов для врачей первичного звена, переориентация ресурсов со стационарного на амбулаторно-поликлинический уровень, развитие стационар-замещающего фонда (коек реабилитационных, паллиативного и сестринского ухода), а также информатизация отрасли. Значимым аспектом решения кадровых проблем в здравоохранении является медицинское образование. Республика Беларусь не только полностью обеспечивает потребности в подготовке молодых кадров, но и значительные темпы роста экспорта услуг. Все выпускники высших и средних специальных медицинских учреждений образования обеспечены первым рабочим местом.

Перспективными направлениями развития системы подготовки кадров с высшим медицинским образованием в стране становятся укрепление практической ориентации подготовки, формирование трехуровневой системы обучения, в перспективе – возможное введение резидентуры, что будет способствовать повышению объемов экспорта образовательных услуг не только на додипломном уровне и первой ступени высшего образования, но и на второй и последующих ступенях высшего меди-

цинского образования. Беларусь развивает систему непрерывного медицинского образования, повышения квалификации и переподготовки кадров. Этому способствует открытие на базе действующих медицинских университетов факультетов повышения квалификации и переподготовки кадров.

Вместе с тем, различия в заработной плате и процессы глобализации уже сегодня приводят к оттоку кадров из отрасли, компенсировать который только лишь усиленной подготовкой молодых специалистов нельзя. Высокий риск потери квалифицированного медицинского персонала – мощный посыл к реформированию финансирования системы здравоохранения в Беларуси [11].

В ближайшей перспективе план набора абитуриентов в медицинские университеты будет более чем на 50% складываться из обучающихся на платной основе. Одна из причин – наращивание объемов экспорта образовательных услуг. Экспорт образовательных услуг в здравоохранении позволяет развивать международное сотрудничество, усиливать внебюджетную составляющую финансирования медицинского образования, становится стимулом к самосовершенствованию и улучшению качества деятельности в вузах. При том, что процент доходов от экспорта образовательных услуг несколько ниже, темпы его роста являются максимальными. Экспорт образовательных услуг в медицине – высоко перспективная составляющая экономики здравоохранения.

Заключение

Анализ новейшей истории развития здравоохранения Беларуси показывает, что настоящий пе-

риод времени, хотя и не столь выражено в сравнении с периодом рубежа веков, но также по праву является временем значительных структурных преобразований в отечественном здравоохранении. Эти преобразования происходят под влиянием быстро меняющихся факторов внешней среды, ее глобализации, которая приводит к значительным социальным переменам, изменяет культурные установки населения и профессионалов здравоохранения и обуславливает объективное существование новых вызовов.

С целью обеспечения гарантий качественной и доступной медицинской помощи для населения и, вместе с тем, сохранения кадрового потенциала, обеспечения достойного уровня оплаты труда медицинских работников, в современных условиях в стране приходится разрабатывать стратегию долгосрочного совершенствования системы финансирования отрасли.

Учитывая мнение экспертов и рекомендации ВОЗ, Беларусь не отказывается в перспективе от возможного реформирования системы с сохранением ведущих организационных принципов – централизации и социальной направленности. В выборе пути дальнейшего развития немаловажную роль играет анализ опыта стран, имеющих общие исторические корни с белорусским государством, но изменивших в конце XX века подходы к финансированию здравоохранения с модели Н.А.Семашко на иные организационно-финансовые формы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткачева, Е.И. Создание и внедрение национальных счетов здравоохранения в Республике Беларусь / Е.И.Ткачева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №1. – С.20–28.
2. Жарко, В.И. Основные шаги по внедрению национальных счетов здравоохранения в Республике Беларусь / В.И.Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №4. – С.4–7.
3. Ткачева, Е.И. Функционирование системы здравоохранения Республики Беларусь в изменяющихся экономических условиях / Е.И.Ткачева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №4. – С.27–31.
4. Сачек, М.М. Развитие системы оценки медицинских технологий в Республике Беларусь / М.М.Сачек, И.Н.Кожанова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – №2. – С.53–56.
5. Информация о финансировании расходов на здравоохранение в 2017 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/ministerstvo/sistema-schetov-zdravookhraneniya.php>. – Дата доступа: 04.04.2019.
6. Health Expenditure Profile: Belarus. Global Health Expenditure Database [Electronic resource]. – Mode of access: http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en. – Date of access: 04.04.2019.
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 год: Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/whr/2010/ru/>. – Дата доступа: 04.04.2019.
8. Номинальная начисленная средняя заработная плата работников Республики Беларусь по отдельным видам экономической деятельности в 2018 году [Электронный ресурс] / Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/trud/graficheskii-material-4/nominal_nachislennaya_sredn_zar_plata-rabotnikov_poved/ – Дата доступа: 04.04.2019.
9. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2017 год. – Минск: РНМБ, 2018. – 274 с.
10. Шило, В.Д. Совершенствование продолжается / В.Д.Шило // Медицинский вестник. – 2019. – №14 (04.04.2019). – С.3.
11. Щавелева, М.В. Опыт использования SWOT-анализа в подготовке управленческих кадров для здравоохранения / М.В.Щавелева, Т.Н.Глинская, Э.А.Вальчук // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №4. – С.51–58.

HISTORICAL TRANSFORMATION OF BELARUSIAN HEALTHCARE MODEL. PART 2: TODAY'S PROBLEMS AND APPROACHES TO RISK MANAGEMENT

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.

Trends in expenditures and revenues in today's Belarus healthcare system, prerequisites for its further reforming, approaches to the inherent in budget model of healthcare financing risk management have been analyzed in this (the second) part.

Keywords: Republic of Belarus; healthcare system; reforming; risk management; 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.