

УДК 614.2(091)(476):341.23.001.86

## ИСТОРИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ МОДЕЛИ БЕЛОРУССКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЧАСТЬ 3: ПУТИ РАЗВИТИЯ С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА\*

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 (третьей) части изучен опыт реформирования систем здравоохранения в соседних с Республикой Беларусь государствах (Россия, Польша), особое внимание уделено модели Бисмарка на примере Литовской Республики. Представлены возможные пути дальнейшего реформирования модели здравоохранения в Республике Беларусь.

**Ключевые слова:** система здравоохранения; Российская Федерация; Республика Польша; Литовская Республика; реформирование; модель Бисмарка; модель Бевериджа; Национальная система медицинского страхования; социальная ответственность.

Любая система здравоохранения складывается из трех крупных составляющих: сети, кадров и иных ресурсов, необходимых для обеспечения медицинской услуги; организационных и иных технологий и мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения; а также из технологий финансирования. Изменяя процессы формирования основных потоков финансирования и их распределения между двумя первыми составляющими, мы изменяем модель здравоохранения.

Соседние с Республикой Беларусь государства осуществляют финансирование здравоохранения преимущественно по принципам обязательного медицинского страхования. Вместе с тем, не все государства удовлетворены последствиями реформирования модели Семашко.

Цель цикла, состоящего из трех статей, – попытка установить, как изменилась модель финансирования здравоохранения Беларуси от первых лет советской власти до настоящего времени, а также дать оценку дальнейших путей развития системы.

Автор выражает признательность Литовскому университету наук о здоровье, страновому офису ВОЗ в Республике Беларусь, координатору учебного визита белорусской делегации “New trends

in health care workforce professional development” 25–28 февраля 2019 г. в г. Каунас Андрею Фоменко, ВОЗ-сотрудничающему центру сестринского образования и практики в Литовском университете наук о здоровье: координатору Руте Лингите, профессору Юратае Мацяускене, профессору Аурелии Блажевичене, профессору Ольге Рикликиене, профессору Андреусу Макасу, а также остальным участникам семинара. Отдельную благодарность за содержательные лекции и дискуссию на тему «Система здравоохранения в Литве: 28 лет опыта «переходного периода» автор выражает доценту Витянису Калибатасу. Материалы данной лекции с устного согласия доцента В.Калибатаса использованы для подготовки раздела статьи «Модель Бисмарка в Литовской Республике».

**Российская Федерация.** Российская Федерация – страна, наиболее близкая Беларуси исторически в течение последних двух с лишним веков, страна, которая имеет с Республикой Беларусь тесно переплетенные культурные корни, единый язык. Длительное время системы здравоохранения России и Беларуси были единными.

В 1993 г. в Российской Федерации, с введением Закона «О медицинском страховании», про-

---

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

изошло резкое изменение механизмов финансирования здравоохранения с переходом от бюджетной модели к обязательному медицинскому страхованию (страховая медицина, ОМС).

Кардинальное реформирование затронуло не только механизмы финансирования, но и подходы к подготовке кадров, развитию сети учреждений здравоохранения [1]. Анализ последствий этих сложных и серьезных процессов показывает, что спустя 10 лет от начала реформирования, по данным Всероссийского мониторинга качества жизни, индекс доступности медицинской помощи в России оказался одним из самых низких среди всех компонентов качества жизни россиян [2]. Доплаты населением за услуги медицинского назначения возрастают [3], и уже во втором десятилетии 2000-х гг. все чаще ведущими российскими политиками начали высказываться идеи возврата к модели Семашко, а ведущими организаторами здравоохранения – критика действующей политики в отношении здравоохранения, приведшей к тому, что объем средств, выделяемых по линии бюджетного финансирования в России, снизился до 3%. Так, в передовице ведущего российского издания в сфере общественного здоровья и здравоохранения – журнала «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины» О.П.Щепин и Р.В.Коротких отмечают: «Медицинское страхование не может заместить государственный сектор здравоохранения в силу того, что при любых условиях государство располагает намного большими возможностями. Кроме того, акцент на замену государственного здравоохранения медицинским страхованием имеет скрытое лукавство, которое состоит в том, что отодвигается в сторону вопрос ответственности государственной власти за здоровье нации. ...Декларация на государственном уровне гарантий с последующим принятием и декларированием соответствующих обязательств показывает отношение государственной власти к здоровью нации. Одним из показателей является доля прямого участия государства в поддержке отрасли здравоохранения, то есть речь идет о бюджетном финансировании здравоохранения. В последнее время к поддержке идеи перехода отечественного здравоохранения к системе медицинского страхования начало добавляться стремление к отказу от бюджетного финансирования здравоохранения и полный переход к финансированию отрасли за счет взносов медицинского страхования. Такой подход фактически снимает ответственность с государственной власти за здоровье нации. ...Не следует отторгать государственную власть от пря-

го участия в поддержке системы здравоохранения лишь на том основании, что это не соответствует «рыночным отношениям». Достаточно внимательнее посмотреть на те страны, где господствуют рыночные отношения, чтобы убедиться как раз в обратном. Государство более чем активно вовлечено в здравоохранение, у государственной власти здравоохранение является одним из приоритетов деятельности, государственная власть выполняет свои обязательства и несет свою ответственность перед гражданами и налогоплательщиками. Доля государственных средств, прямо вкладываемых в национальное здравоохранение, достаточно высока. Акцент на расширение всеобъемлющего медицинского страхования, частной медицинской практики в отечественную систему здравоохранения, с нашей точки зрения, способствует отчуждению государства от своих граждан и освобождению государственной власти от несения ответственности за состояние здоровья граждан. В связи с этим возникает следующая проблема. Если будет введен институт частной медицинской практики, который изначально независим от государства и автономен, а поликлиники будут преобразованы в независимые и конкурирующие между собой врачебные практики, о какой национальной системе здравоохранения можно вести речь? В этом случае сформируется псевдонациональная система здравоохранения» [4]. Мы позволили себе привести в данной статье эту длинную цитату, чтобы точно передать мысль, изложенную в работе академика РАН и РАМН Олега Прокопьевича Щепина. «Псевдонациональная система здравоохранения» – риск, который Республика Беларусь не может себе позволить, в силу того, что социальное государство, каковым наша страна является, во главу угла всех государственных приоритетов ставит многочисленное и здоровое население. Сохранение «национальности» – наиболее значимый аспект социальной ответственности отечественной системы здравоохранения. Тот приоритет, который несколько веков назад обозначил Михаил Васильевич Ломоносов в своем фундаментальном труде «О сохранении и умножении российского народа».

**Польша.** В Польше смена модели финансирования здравоохранения (до 1998 года функционировала модель Н.А.Семашко) была окончательно радикально осуществлена в 1999 г. [5]. Была создана децентрализованная модель обязательного медицинского страхования, с территориальным (по воеводствам) разделением управления подразделениями Народного фонда здоровья (НФЗ, Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ).

### Было ли реформирование успешным?

Как показывает анализ польских научных публикаций, система охраны здоровья Польши все это время боролась с хроническим недофинансированием. В 2003 г. вступил в силу закон о всеобщем медицинском страховании в НФЗ, вводивший одинаковые условия финансирования охраны здоровья и имевший целью обеспечить равный доступ к медицинской помощи во всей территории страны. Однако, гарантии доступа к медицинской помощи за счет средств НФЗ реально оказались неравными для жителей разных территориальных областей (воеводств) одного государства ввиду неравномерного финансового обеспечения деятельности подразделений НФЗ в «богатых» и «бедных» воеводствах. Для того, чтобы иметь дополнительные индивидуальные гарантии доступа к медицинским услугам, население начало активно прибегать к добровольному (комерческому) медицинскому страхованию: только за 4-летний период, с 2012 по 2016 гг., число лиц, охваченных коммерческим страхованием, в Польше возросло почти в 8 раз: с 35 тысяч до 386,1 тысяч человек [6].

В 2018 г. министром К.Радзивиллом провозглашена плановая ликвидация НФЗ с передачей его компетенций Министерству здравоохранения. При этом, планируется достигнуть к 2025 году общего финансирования здравоохранения на уровне 6% ВВП [7]. Основной причиной такого решения стало наличие очередей, не позволяющих гарантировать своевременную медицинскую помощь застрахованным.

Следует отметить, что, вероятно, речь идет не столько о возврате к модели Н.А.Семашко либо о переходе к ее западному прообразу – модели Бевериджа, сколько об интегрирующей обе эти модели *Национальной системе медицинского страхования* (National Health Insurance System), или государственной модели здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования. Для этой модели характерно следующее: государство непосредственно координирует работу всех медицинских учреждений и само обеспечивает оказание медицинских услуг всему населению страны, система государственного страхования является наиболее экономичной и рациональной моделью в организации медицинского обслуживания населения (расходы на здравоохранение составляют 6–9% ВВП), не допускается отделение государства от управления, управления от финансирования, финансирования – от ответственности за оказание медицинских услуг, распределение функций структур системы здра-

воохранения не предполагает их независимости от единого органа государственного управления и саморегулирования отношений на индивидуальной договорной основе. В данной модели государственное регулирование, детальное планирование расходов и медицинских услуг, прямое управление структурами заказчика исключают возможность использования ряда рыночных принципов, характерных для негосударственных моделей, все структуры объединены в две независимые вертикали – «Заказчика» и «Исполнителя», каждая из которых, самостоятельно осуществляя свои функции, участвует в выполнении общей задачи, государственные органы управления координируют их работу на основе контролирующих и арбитражных функций, в функции государственных органов управления входит ответственность за сбор средств (как правило, целевой налог, который не дает права на выбор страховой компании).

Национальная система медицинского страхования объединяет элементы модели Бевериджа и модели Бисмарка. Она использует частный сектор, но оплата медицинских услуг производится посредством государственных страховых программ, в которых участвуют все граждане. Таким образом, государство ограничивает возможности как медицинских организаций, так и, прежде всего, страховых компаний в извлечении прибыли, что делает систему дешевле и намного проще в административном отношении, чем страхование прибыли в «американском стиле». Являясь единственным платильщиком, государство имеет значительное влияние и возможности регулирования цен. Оно также контролирует расходы, ограничивая медицинские услуги, за которые будет произведена оплата из счетов национального страхования или ограничивая объемы гарантированной пациентам медицинской помощи, что создает риск формирования «листов ожидания». Модель, основанная на национальной системе медицинского страхования, действует в Канаде, а также адаптирована в таких странах, как Южная Корея, Тайвань.

### **Модель Бисмарка в Литовской Республике.**

Система здравоохранения в Литве прошла через 28 лет поступательных реформ. Сегодня эта страна имеет устойчивую систему финансирования, основанную на модели Бисмарка, где объем средств, выделяемых государством на здравоохранение, рассчитывается исходя из стоимости оказанной медицинской услуги. Вместе с тем, культурно-историческая связь Литвы и Беларуси неоспорима, что делает опыт этой страны весьма

ценным для современного белорусского здравоохранения [8].

В модели Бисмарка государственный страховой фонд (бюджет здравоохранения) формируется и распределяется по принципу централизации и государственного контроля. Принципиальным отличием от модели Н.А.Семашко становится наличие целевого налога, формирующего данный фонд (государственную «больничную кассу»). Вторым важнейшим отличием является принцип, по которому из этой бюджетной кассы финансируются расходы учреждений здравоохранения.

В модели Семашко бюджетные учреждения здравоохранения финансируются из государственного либо регионального (муниципального) бюджета по принципу финансирования планируемых ресурсов, и только затем, согласно запланированному и полученному объему выделенных средств, бюджетные организации оказывают определенные услуги. При этом, остаток финансовых средств в конце года, если он имеется, возвращается организацией в бюджет. Расходы в бюджетных организациях осуществляются строго по определенным «строкам» (по смете), штаты (штатное расписание, ставки) планируются так же, как и иные ресурсы, заработка плата рассчитывается по тарифной сетке.

В модели Бисмарка статус бюджетных организаций изменяется на организации общественные. Для общественных организаций финансирование производится по договору между организацией здравоохранения и больничной кассой, причем средства выделяются по объему оказанных услуг за год. Следует отметить, что отчетные финансовые периоды для общественных организаций, как это четко установлено в модели Семашко, отсутствуют: подсчет расходов осуществляется в организации ежедневно. Остаток финансовых средств в конце года остается в общественной организации и может использоваться по усмотрению руководящего органа (руководителя). Распределение финансов является внутренним делом организации и подчиняется ее нуждам: это может быть привлечение ценных кадров, закупка оборудования, необходимого для оказания востребованной услуги, материальное стимулирование работников и прочее, в соответствии с законодательством. Вместе с тем, годовой финансовый результат не может быть отрицательным: если учреждение оказалось услуги на меньшую сумму, чем была указана в договоре с больничной кассой, в следующем финансовом году сумма финансирования будет урезана. Если же услуги были оказаны на сумму, большую чем оговаривалось в до-

говоре, возможны два варианта развития событий: первый, когда сумма договора не будет превышена, и второй, когда средства будут выделены из резервного фонда. Такой фонд создается на государственном уровне и включает часть средств из фонда обязательного медицинского страхования. Из резервного фонда организациям здравоохранения могут быть оплачены оказанные сверх условий договора услуги, если государство считает их особенно важными.

Принципиальный подход к финансированию здравоохранения с переходом от бюджетной модели к модели Бисмарка изменился стратегически: целью медицинского страхования стало не удовлетворить население в его потребностях в медицинской помощи, но *произвести оплату за медицинскую услугу*. Услуги получает все население, и лишь в результате услуг, как следствие их исходов, формируются те или иные показатели здоровья населения, складывается социальный эффект.

Для понимания механизма финансирования здравоохранения по услугам необходимо преломить законы экономической деятельности на процессы, протекающие в здравоохранении.

Любая деятельность может рассматриваться как экономическая, если в результате этой деятельности производятся некий товар либо услуга, которые могут быть подвергнуты обмену по законам рынка (рис. 1).

Результатом экономической деятельности в здравоохранении является услуга – тот продукт, который имеет определенную стоимость. Точкой «отсчета» финансирования в модели Бисмарка, действующей в Литовской Республике, являются именно услуги («outputs»). Общественная организация зарабатывает деньги за оказанные услуги.

Если рассматривать по схеме экономической деятельности (рис. 1) модель Семашко, то следует обратить внимание на иной механизм отсчета выделяемых средств: средства выделяются не на услуги, а на ресурсы. При финансировании ресурсов экономически организации здравоохранения не заинтересованы в высоком качестве деятельности. Логически, им достаточно обосновать, что ресурсы израсходованы по целевому назначению и что все выделенные средства освоены в полном объеме. Модель Семашко в исторически чистом виде настолько далека от законов рынка, что создать предпосылки к иному типу мышления, нежели к иерархически-административному, в ее узких рамках практически невозможно. Поэтому в 1990-е гг., когда в Литве, где на протяже-

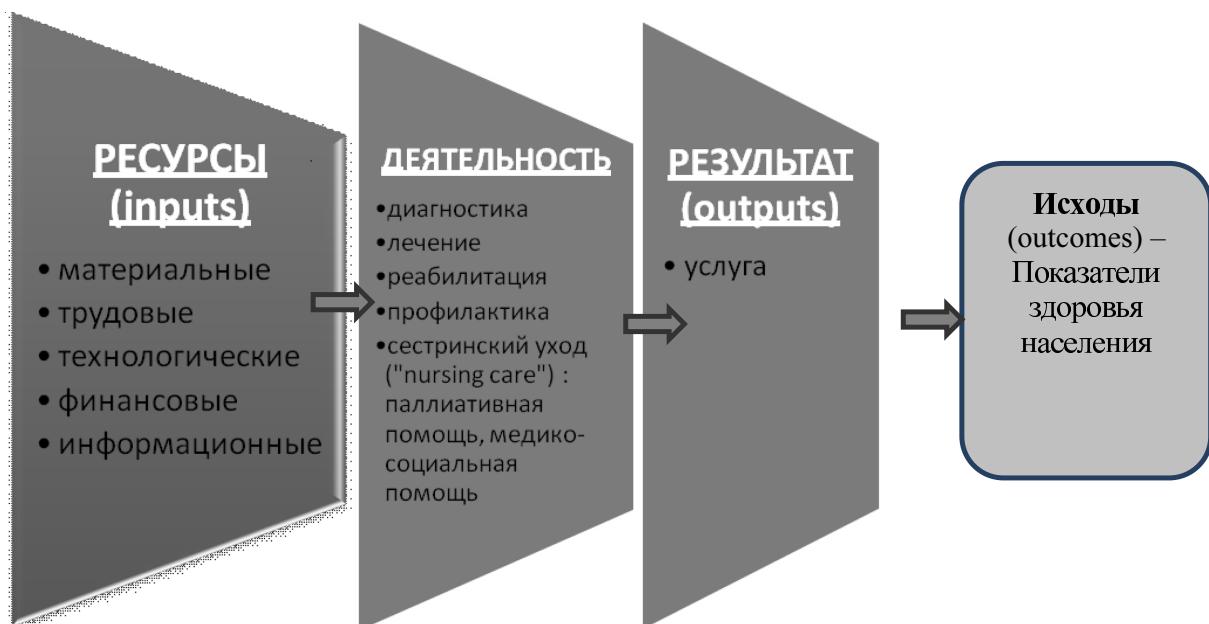


Рис. 1. Схема экономической деятельности в здравоохранении

нии нескольких десятилетий, как и в Республике Беларусь, существовала модель Семашко, начались процессы реформирования, одним из самых сложных моментов был переход в расчетах в здравоохранении от ресурсов к услуге, то есть формирование экономического типа мышления. Был произведен расчет стоимости каждой услуги, в зависимости от профиля, осуществлена классификация услуг, составлен их ценовой перечень (список), который в последующем регулярно пересматривался. В 2012 г. произошел переход от списка (перечня) услуг к патентованной австралийской электронной системе DRG (diagnostic related groups), в которой расчет стоимости каждой услуги производится с учетом ряда факторов, таких как возраст пациента, основной и сопутствующий диагнозы по МКБ (ICD), наличие тех или иных интервенций (медицинских вмешательств). Под услугой понимается законченный случай обслуживания пациента в данной организации.

Классификация услуг с выделением трех технологических уровней с учетом условий оказания медицинской помощи позволила не только определить их стоимость для финансовых расчетов, но и четко понять, какие именно услуги медицинского назначения составляют *первичную медицинскую помощь*, с тем, чтобы ориентировать финансовые потоки на ее развитие (рис. 2).

Первичный технологический уровень (первичная медицинская помощь) был разделен на амбулаторную и стационарную составляющие, при этом амбулаторная составляющая представлена в Литве семейными врачами, а стационарная – это

"nursing care", что в переводе означает «сестринский уход», но представляет собой не что иное, как паллиативные, герiatricкие, медико-социальные услуги, являющиеся услугами больниц сестринского ухода, отделений (больниц, центров) паллиативной помощи.

Вторичный технологический уровень в стационарных условиях аккумулирует терапевтические, неврологические, хирургические и иные услуги в некрупных стационарах территориального (регионального) значения, третичный – специализированные, высокотехнологичные услуги, оказываемые преимущественно в университетских клиниках и республиканских стационарах.

Услуги второго и третьего технологических уровней могут быть оказаны и в амбулаторных условиях, представляя собой консультацию специалиста соответствующего стационара либо (вто-



Рис. 2. Схема разделения медицинских услуг по условиям и технологическим уровням оказания

ричный уровень) поликлиники, при этом, консультации могут быть «с интервенцией» и «без интервенции». Поликлиники как таковые задействованы именно во вторичном технологическом уровне оказания медицинской помощи. Первичный технологический уровень представлен семейными врачами, которые имеют в большинстве случаев статус частных врачей и работают в рамках индивидуальной и групповой практики в условиях врачебных амбулаторий, а не поликлиник.

Во времена СССР учредителем бюджетных организаций здравоохранения в Литве являлось Министерство здравоохранения. При изменении статуса от бюджетных к общественным, учреждения здравоохранения были разделены на три технологических уровня и переданы иным учредителям: учредителями общественных организаций стали Министерство здравоохранения Литовской Республики, муниципалитеты, а также «другие» (частные и иные юридические) лица. В переходный период муниципалитеты разделялись не только территориально, но и с выделением вертикали, имелись региональные, объединяющие муниципалитеты, которые позже были ликвидированы за ненадобностью.

Общественная организация имеет два органа управления: общее собрание учредителей (акционеров) и единоличный орган управления (руководитель), избираемый путем открытого конкурса. Как правило, такими руководителями не являются главные врачи, чаще это директора, нередко не имеющие отношения к клинической работе. Их основная функция – планировать и организовывать деятельность так, чтобы организация была успешной, подбирать ресурсы и эффективно ими распоряжаться, реализовывать основные функции управления: планирование, организация, мотивация и контроль.

С тем, чтобы организация являлась финансово самостоятельной и могла развиваться, функции работодателя выполняет не Министерство здравоохранения, а руководитель организации. Руководитель должен быть, прежде всего, успешным менеджером, а не врачом-профессионалом: литовский подход таков, что директору совсем не обязательно находиться в операционной для того, чтобы эффективно управлять организацией.

Каждая общественная организация имеет свой собственный устав. Уставы разных организаций различаются, соответственно, могут различаться и целевые показатели. Вместе с тем, для тех организаций, учредителем которых является Министерство здравоохранения, им (Министерством здравоохранения) устанавливаются обязательные задачи. Так, годовой финансовый результат деятельности организации здравоохранения должен быть положительным, доля расходов на заработную плату, включая все обязательные налоги, – составлять не более 72% всех расходов (в Литве стремится снизить данный показатель, поскольку в мире размер доли расходов на заработную плату существенно ниже и составляет около 50–60%), доля расходов на управление – не более 2,5%, приветствуется привлечение дополнительных источников финансирования (добровольное медицинское страхование, например) с целевым значением показателя порядка 5,5%. К иным целевым показателям, доводимым централизованно по линии Министерства здравоохранения, относятся уровень удовлетворенности пациентов, степень развития системы качества, показатель текучести кадров и др.

Министерство здравоохранения сохраняет за собой функции контроля деятельности в системе здравоохранения (рис. 3).



**Рис. 3. Организации, подчиненные Министерству здравоохранения Литовской Республики**

В процессе осуществления реформ в системе здравоохранения Литовская Республика столкнулась с резкой демографической убылью. Численность населения сократилась на четверть. Это стало одной из причин структурных реформ, повлекших за собой изменения в сети организаций здравоохранения (рис. 4).

Сокращение стационарной сети происходило по принципу: «Пусть меньше, но крупных стационаров, которые оказывают срочную и высокотехнологичную помощь, рядом с ними хорошо развитый сектор первичных услуг и сеть больниц социального сектора (гериатрические больницы, больницы долгосрочного ухода)» (цит. по: В.Калибатас, материалы учебного визита белорусской делегации “New trends in health care workforce professional development” в г. Каунас (25–28 февраля 2019 г.), лекция «Система здравоохранения в Литве: 28 лет опыта «переходного периода»).

Изменения в обеспеченности здравоохранения кадрами были не столь резкими, как в обеспеченности больничными койками (рис. 5). Вместе с тем, произошла значительная интенсификация

лечебного процесса: снизилась средняя продолжительность госпитального лечения, возросла доля пролеченных в условиях стационара замещающих технологий, что позволило увеличить показатель госпитализации с 221,9 случая госпитализации на 1000 жителей в 1995 г. до 262,4 случаев на 1000 жителей в 2017 г.

Независимо от того, какое физическое или юридическое лицо является учредителем организации здравоохранения, оплата за медицинские услуги производится по единой схеме. Больничные кассы заключают договоры с медицинскими учреждениями («общественными» и частными). Договор определяет максимальную сумму, которую учреждения могут заработать из бюджета фонда обязательного медицинского страхования. Характерно, что объем (перечень) услуг на первичном технологическом уровне минимален и возрастает с увеличением технологического уровня, при этом, параллельно возрастает и стоимость услуги.

Оплата за амбулаторные услуги первого уровня (семейные врачи) производится из рас-



## Сеть здравоохранения

Медицинские учреждения	1990		2017	
	Государственные	Частные	Государственные (общественные и бюджетные)	Частные
Больницы	195		84 (63+13+6+2)	
Родильные дома	5		0	
Диспансеры	15		0	
Поликлиники и амбулаторные учреждения	1247	0	155	2912
Станции скорой помощи	54		21	
Станции переливания крови	45		3*	
Санитарно-гигиенические центры	53		55**	

\*-центры крови

\*\*-Национальный центр общественного здоровья и подразделения/Муниципальные учреждения общественного здравоохранения

V.Kalibatas

Рис. 4. Сеть здравоохранения Литовской Республики

(цит. по: В.Калибатас, материалы учебного визита белорусской делегации “New trends in health care workforce professional development” в г. Каунас (25–28 февраля 2019 г.), лекция «Система здравоохранения в Литве: 28 лет опыта «переходного периода»)



## Количество коек на 10000 населения, 1990-2017 г.



Акт  
Что?

## Количество специалистов здравоохранения на 10000 населения, 1990-2017 г.

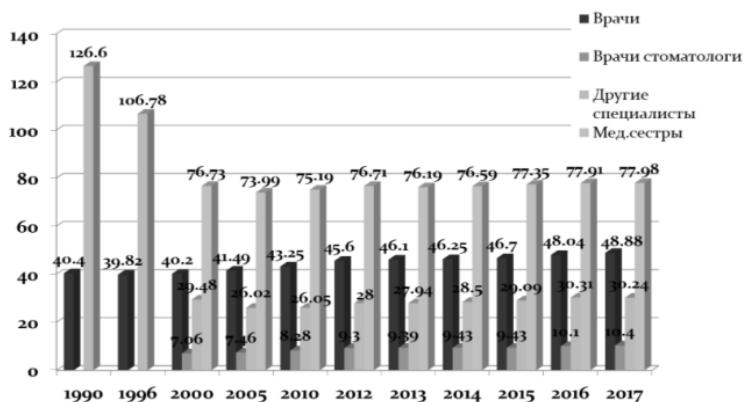


Рис. 5. Изменения коечного фонда и кадрового потенциала  
в системе здравоохранения Литовской Республики

(цит. по: В.Калибатас, материалы учебного визита белорусской делегации “New trends in health care workforce professional development” в г. Каунас (25–28 февраля 2019 г.),  
лекция «Система здравоохранения в Литве: 28 лет опыта «переходного периода»)

чета за каждого зарегистрированного пациента (рег capita), дифференцированно в зависимости от возраста пациента. При этом, пациент регистрируется по собственной воле к любому семейному врачу. За стационарные услуги первого уровня (паллиативные услуги) расчет выплат производится посуточно (единица – одни сутки), но не более чем за 120 календарных дней в году. Начиная со 121 дня нахождения пациента в стационарных условиях первичного технологического уровня, пациент вынужден оплачивать медицинскую помощь самостоятельно, при этом, сведения о пациенте централизованно присутствуют

ют во всех организациях здравоохранения (то есть смена организации здравоохранения не влияет на суммарный «потолок» периода оплаты). За услуги скорой помощи расчет производится за каждый вызов и оказанные услуги. За амбулаторные услуги второго и третьего уровня (консультация врача-специалиста) – за каждую консультацию. Если в течение года по той же причине тому же пациенту предоставляется более чем одна консультация, оплачивается каждая первая, четвертая, седьмая и далее последующие с интервалом через две консультации. За стационарные услуги второго и третьего уровня

оплата идет за каждый стационарный случай (по системе Diagnosis Related Groups, DRG).

Первичный технологический уровень оказания медицинской помощи по основным функциям можно сравнить с игроком, стоящим на воротах: в задачи этого уровня входит «отсеивать» тех пациентов, которые не нуждаются в медицинском обслуживании на более высоких технологических уровнях, то есть выполнять роль «вратаря». Для обеспечения данной функции уровень первичной помощи должен быть *круглогодично доступным*. Существующая система финансирования в Литве не стимулирует первичный уровень к деятельности по наращиванию обращаемости пациентов за помощью на данный уровень ее оказания, поскольку оплата происходит за зарегистрированных, а не за обратившихся. Это является фактором, побуждающим к реформированию механизмов финансирования в первичном звене, происходящему в настоящее время. Ориентиром является показатель, когда 80% всех услуг начинаются и заканчиваются на первичном уровне оказания медицинской помощи.

Следует подчеркнуть, что с введением страховой медицины и изменением статуса бюджетных организаций здравоохранения с переводом их в статус общественных уравнялись и источники финансирования для государственной и частной медицины. Прямая оплата медицинской помощи для граждан, подлежащих обязательному медицинскому страхованию, резко снизилась, поскольку организации здравоохранения получают финансирование из больничных касс независимо от юридического статуса учредителя по единым правилам: за оказанную медицинскую услугу на основе договоров с больничной кассой. Для пациента помощь «бесплатна» – она оплачивается из средств обязательного медицинского страхования, независимо от того, кто (что) является учредителем организации, в которой оказывается услуга. Прямая или опосредованная (за счет средств добровольного медицинского страхования) оплата медицинской помощи присутствует в стоматологии, а также для лиц, не имеющих полиса обязательного медицинского страхования. Это повышает доступность медицинской помощи для населения, обуславливает возможность выбора пациентом организации и способствует здоровой конкуренции в системе здравоохранения.

Вместе с тем, конкуренция существует в условиях жестких требований к качеству деятельности. Так, договоры между больничной кассой и учреждением здравоохранения могут быть заключены только на те услуги, на которые организация имеет лицензию.

Механизм лицензирования построен на оценке выполнения требований к ресурсам: лицензируется качество ресурсов.

Ресурсы трансформируются организацией в деятельность. Качество деятельности регулируется на уровне *стандартизации*. Стандарты обеспечивают унификацию технологии услуги независимо от организации, ее оказывающей. Это обеспечивается за счет централизации утверждения стандартов на уровне Министерства здравоохранения.

К иным механизмам обеспечения качества деятельности относят аккредитацию: наличие аккредитации означает, что услуга производится «так, как положено», то есть что результат (услуга) соответствует эталону, стандарту. Если для стандартизации задействован обязательный административный ресурс, то аккредитацию проводят негосударственные организации (Ассоциации больниц и пр.).

**Безусловно, даже рассматривая экономическую деятельность в здравоохранении изолированно, мы понимаем, что само здравоохранение это, в первую очередь, отрасль деятельности государства.** Следовательно, и результаты этой деятельности и все возникающие в процессе ее осуществления отношения необходимо рассматривать с позиции государственных приоритетов. С учетом того факта, что здравоохранение как отрасль деятельности государства имеет огромное социальное значение, во главе угла всех государственных программ и реформ в здравоохранении следует рассматривать социальные исходы – “outcomes”, выражаемые в показателях здоровья населения, уровне доступности медицинской помощи и гарантии ее качества.

По мнению экспертов ВОЗ, для создания «образцовой системы финансирования» здравоохранения действия со стороны правительства страны должны включать следующее: «правительство демонстрирует политическую волю для развития системы финансирования здравоохранения, приближается к всеобщему охвату или поддерживает его и вовлекает в этот процесс все заинтересованные стороны, включая население; ассигнует достаточные финансовые средства на здравоохранение, которые варьируются в зависимости от контекста...; исследует новые источники дохода, такие как разные формы косвенного налогообложения, включая налоги на продажи, так называемые налоги «на пороки» (табак и алкоголь) и налоги на валютные операции; устанавливает (или установило) такую систему, при которой люди платят за здравоохранение до того, как заболевают».

ют, и расходуют финансовые средства, когда заболевают (с помощью медицинского страхования и/или налогообложения); стремится к получению наибольшей отдачи от каждого доллара, потраченного на здравоохранение; обеспечивает доступ к необходимым службам для уязвимых групп населения» [9].

Важнейшим фактором, побуждающим политиков искать средства, в возрастающих объемах выделяемые на здравоохранение, является накопление доказательной базы данных о четкой зависимости показателей здоровья населения от уровня финансирования здравоохранения. Зависимость эпидемиологических показателей и «риска здоровью» от показателей развития систем охраны здоровья четко доказана, например, для Европейского региона [10]. Данные многочисленных исследований демонстрируют корреляционную зависимость такого интегрального показателя здоровья населения, как средняя продолжительность предстоящей жизни, от объема расходов на здравоохранение, выраженных в процентах ВВП [11; 12]. Доказанная зависимость позволяет отнести среднюю продолжительность предстоящей жизни не только к интегральным показателям здоровья населения, но и к показателям эффективности деятельности системы здравоохранения [13]. Детальный анализ иллюстрирует также зависимость показателей смертности (в первую очередь, от новообразований, а также показателей детской смертности) от объема бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение [14]. Принятию государственных решений о государственной поддержке расходов на здравоохранение способствует и тот факт, что уровень и структура расходов на охрану здоровья взаимосвязаны с показателями удовлетворенности населения услугами медицинского назначения и деятельностью системы здравоохранения в целом. Так, по данным Z.Skrzypczak, I.Lis, M.Glasek, проводивших анализ по материалам Euro Health Consumer Index (EHCI), чем выше затрачиваемый на здравоохранение объем средств по отношению к ВВП, тем выше степень удовлетворенности населения системой здравоохранения; чем выше размер частных расходов на здравоохранение и их доля в общей структуре затрат – тем степень удовлетворенности населения системой здравоохранения ниже [15].

Вместе с тем, в модели Национальной системы медицинского страхования, объединяющей положительные стороны модели Бевериджа (государственное доминирование) и Бисмарка (централизованная модель обязательного медицин-

ского страхования), бюджет обязательного медицинского страхования подлежит централизованному контролю и распределению с сохранением социальной направленности и обеспечением гарантий доступной и качественной медицинской помощи. Выполняются требования к «образцовой системе финансирования» экспертов ВОЗ, в том числе такое, как «наибольшая отдача от каждого доллара, потраченного на здравоохранение».

**Заключение.** Международный опыт доказывает высокую значимость бюджетного финансирования в общем объеме средств, поступающих для покрытия расходов на здравоохранение. Данные средства не могут быть компенсированы частными источниками. Вместе с тем, проблемы утечки кадров, обеспечения гарантий конкурирующего уровня заработной платы, закономерного в условиях развития высокотехнологичных услуг удорожания медицинской помощи, роста потребностей населения в ее объемах (что также является следствием объективных демографических процессов «регрессии сверху», связанных с увеличением средней продолжительности предстоящей жизни), – все эти риски, с которыми сталкивается здравоохранение Беларуси в современных условиях, – предпосылки к поиску путей эффективного реформирования отрасли.

Здравоохранение это не только система организаций и специалистов, обеспечивающих оказание медицинской услуги, не только медицинские и организационные технологии. Это, в первую очередь, отрасль деятельности государства, целью которой являются организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения. Опираясь на мнение экспертов ВОЗ, каждая страна выстраивает собственные политику и тактику финансирования данной отрасли, в рамках уникальных для каждой страны, присущих только ей исторических, экономических и политических особенностей. Беларуси следует также внимательно присмотреться к опыту дружественных стран бывшего «социалистического лагеря»: общность исходной базы и опыт перемен последних десятилетий позволяют почертнуть положительные примеры и избежать негативных. К одному из наиболее значимых рисков, при этом, следует отнести риск создания «псевдонациональной» модели. Напротив, сохранение «национальности», то есть национальных особенностей здравоохранения в стране, может рассматриваться как один из наиболее весомых аспектов социальной ответственности отечественной системы здравоохранения.

### Литература

1. Зудин, А.Б. Различные аспекты изменений российского здравоохранения / А.Б.Зудин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Т.25, №2. – С.68–72.
2. Стародубов, В.И. Здоровье нации и система здравоохранения Российской Федерации / В.И.Стародубов // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. – №11/12. – С.65–69.
3. Анализ рынка медицинских услуг в городах России в 2012–2016 гг., прогноз на 2017–2021 гг. [Электронный ресурс] // Официальный сайт BusinesStat. – Режим доступа: <http://businesstat.ru>. – Дата доступа 03.05.2019.
4. Щепин, О.П. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации / О.П.Щепин, Р.В.Коротких // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т.23, №6. – С.3–6.
5. Paszkowska, M. System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu / Małgorzata Paszkowska // Problemy zarządzania. – 2017. – Issue 3 (69), t.1. – S.25–41.
6. Laskowska, I. Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w obliczu zmian demograficznych w Polsce / I.Laskowska // Problemy zarządzania. – 2017. – Issue 3 (69), t.1. – S.117–129.
7. Ministerstwa Zdrowia [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/reformacyjna-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania>. – Date of access: 01.08.2017.
8. Приграничное сотрудничество в здравоохранении (по материалам Гродненской области) / А.А.Биркос, Е.М.Тищенко, Г.И.Заборовский, М.В.Алехнович, Е.А.Савко // Актуальные вопросы зарубежного здравоохранения и международное медицинское сотрудничество : тез. докл. науч. конф. – М., 1992. – С.9–10.
9. Information of WHO [Electronic source]. – Mode of access: <http://www.who.int/features/qa/74/ru>. – Date of access: 01.03.2018.
10. Czech, M. Znaczenie ochrony zdrowia w gospodarce – ujście makroekonomiczne / M.Czech // Ochrona zdrowia i gospodarka: Sektor publiczny a rynek / red.: Kazimierz Ryc, Zofia Skrzypczak. – Warszawa, 2007. – S.9–17.
11. Rogos, E. Odejście od modelu Siemaszki – I co dalej z ochroną zdrowia? Przypadki Rosji, Ukrainy i Lotwy / Ewa Rogos, Zofia Skrzypczak // Problemy zarządzania. – 2006. – Issue 2 (12). – S.47–60.
12. Ryc, K. Finansowanie systemu ochrony zdrowia w krajach europejskich / Kazimierz Ryc, Zofia Skrzypczak // Ochrona zdrowia i gospodarka: sposoby finansowania / red.: K.Ryc, Z.Skrzypczak. – Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UW, 2010. – S.9–27.
13. Ryc, K. Prawidłowa długosc życia jako podstawowy miernik efektywnosci systemu ochrony zdrowia / Kazimierz Ryc, Zofia Skrzypczak // Problemy zarządzania. – 2011. – Issue 3 (33). – S.27–41.
14. Ryc, K. Wskazniki epidemiologiczne i ich economiczne determinanty w krajach Unii Europejskiej / Kazimierz Ryc, Zofia Skrzypczak // Ochrona zdrowia na swiecie / red.: K.Ryc, Z.Skrzypczak. – Warszawa: LEX, a Wolters Kluwer business, 2011. – Rozdział 1. – S.19–48.
15. Skrzypczak, Z. Poziom i structura nakladow na ochronie zdrowia a zadowolenie spoleczenstw z opieki zdrowotnej / Z.Skrzypczak, I.Lis, M.Glasek // Ochrona zdrowia i gospodarka: mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne / red.: K.Ryc, Z.Skrzypczak. – Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UW, 2008. – S.173–182.

### HISTORICAL TRANSFORMATION OF BELARUSIAN HEALTHCARE MODEL. PART 3: WAYS OF DEVELOPMENT ON THE BASIS OF INTERNATIONAL EXPERIENCE

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 100<sup>th</sup> 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.

Experience of health systems' reforming in neighbouring countries (Russia, Poland) has been analyzed in this (the third) part, special attention is given to Bismarck model on example of the Republic of Lithuania. Possible ways for further reforming of healthcare model in the Republic of Belarus have been presented.

**Keywords:** healthcare system; Russian Federation; Republic of Poland; Republic of Lithuania; reform; Bismarck model; Beveridge model; National Health Insurance System; 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 20.05.2019 г.