
Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Экономические вопросы здоровья и здравоохранения»

Минск, 24 октября 2013 г.

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ КАК ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ СЕКТОР

И.Г.Лосицкий

Заместитель Министра здравоохранения Республики Беларусь,
г. Минск, Республика Беларусь

Система здравоохранения Республики Беларусь охарактеризована как сектор, который «производит» здоровье, занимаясь профилактикой и лечением заболеваний. Подчеркнуто, что здравоохранение должно быть «производительным», то есть производить здоровье наиболее эффективным способом при имеющихся финансовых ресурсах. Представлены возможности и достижения здравоохранения Республики Беларусь. Отмечено, что за последние годы приняты действенные меры по совершенствованию системы здравоохранения, которые позволили значительно улучшить доступность и качество оказания медицинской помощи населению, и по многим позициям, характеризующим медико-демографическое состояние, качество оказания медицинской помощи, показатели здоровья населения, Республика Беларусь занимает лидирующее положение среди стран СНГ.

Состояние и развитие системы здравоохранения находится под пристальным вниманием общественности и политиков в любой стране мира. И это неудивительно, так как с этой системой каждый человек сталкивается на протяжении всей жизни.

Здоровье – это самое дорогое, что есть у каждого, личный ресурс, капитал человека. Именно здоровье определяет возможности человека и, в первую очередь, его трудовой потенциал.

Будучи важнейшим свойством трудовых ресурсов, общественное здоровье оказывает и определяющее влияние на социально-экономическое развитие страны, формируя интеллектуальный потенциал, экономические возможности и оборотоспособность страны. Значит, высшая ценность страны – здоровье нации.

На сегодняшний день в мире почти не осталось стран, в той или иной мере не озабоченных проблемами демографического характера и, как следствие, необходимостью принятия государственных мер в решении этих проблем.

Соответственно, очень часто оценку эффективности системы социальной защиты населения государства проводят по уровню развития здравоохранения и доступу населения к качественным медицинским услугам.

Республика Беларусь, как и многие другие европейские страны, вступила в третье тысячелетие в достаточно непростой демографической ситуации (рис. 1, 2). Для нашей страны характерны такие явления, как превышение смертности над рождаемостью (а, значит, убыль населения), прогрессирующее старение населения, его неблагоприятная струк-

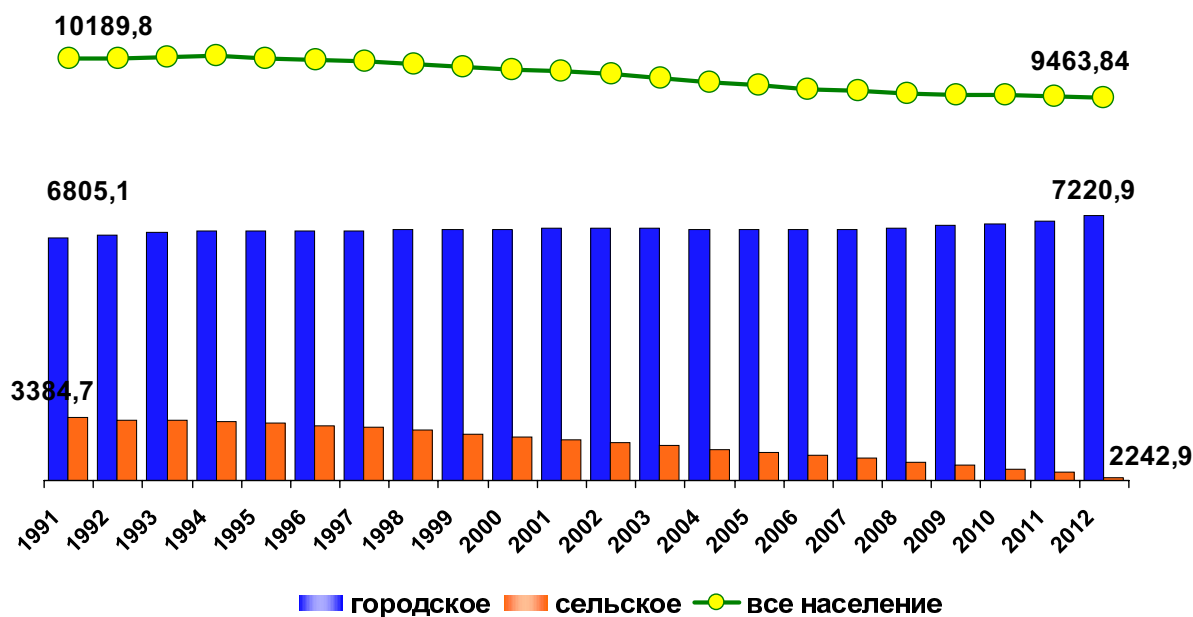


Рис. 1. Динамика численности населения Республики Беларусь (тыс. чел.; 1991–2012 гг.)

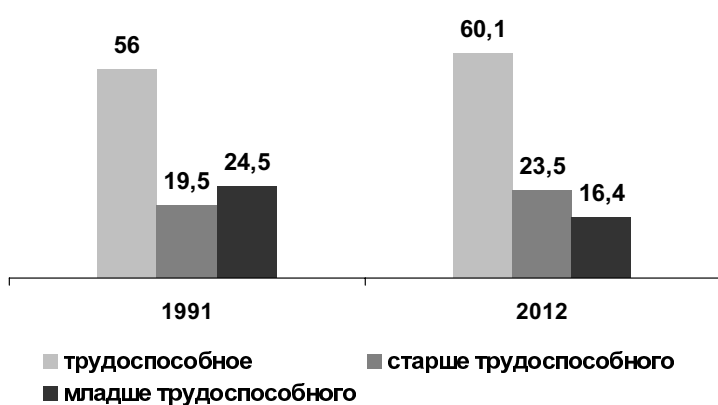


Рис. 2. Структура населения Республики Беларусь по возрасту (в процентах; 1991 и 2012 гг.)

доступность оказания медицинской помощи сельскому населению, в том числе в населенных пунктах с малым числом жителей, сохранив при этом сеть и структуру организаций здравоохранения.

Данные процессы сопровождаются ростом неинфекционных заболеваний, имеющих хроническое течение, таких как болезни системы кровообращения, новообразования, болезни органов дыхания, эндокринной системы, которые не только определяют уровень смертности населения республики (рис. 3) и являются основной причи-

тура по полу и возрасту, невысокий уровень здоровья населения репродуктивного возраста.

В отличие от ряда других стран СНГ, убыль населения в республике идет исключительно за счет сельского населения. С 2005 года численность городского населения выросла на 255,5 тыс. человек, или на 3,7%, в то время как численность сельского населения уменьшилась на 489,2 тыс. человек, или на 17,9%. В таких условиях главная задача – обеспечить

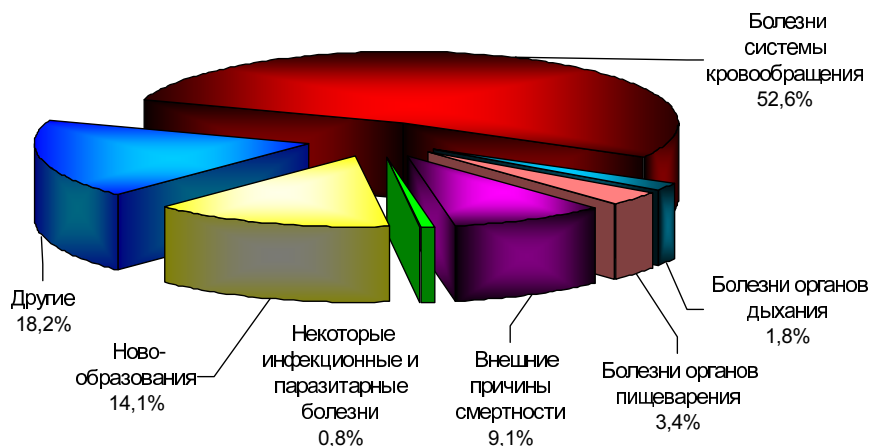


Рис. 3. Структура смертности населения Республики Беларусь (в процентах; 2012 г.)

ной инвалидности, но и играют существенную роль в снижении средней продолжительности жизни населения. Следует отметить, что по уровню продолжительности предстоящей жизни Республика Беларусь существенно отстает от большинства развитых стран. Например, в Японии этот показатель равен 83,2 годам, в Швейцарии – 82,2 годам, во Франции – 81,6 году, в то время как в Беларуси – 72,2 года (рис. 4).

Основные национальные интересы Республики Беларусь в демографической сфере закреплены в Концепции национальной безопасности Республики Беларусь, утвержденной Указом Президента Республики Беларусь от 9 ноября 2010 года №575.

В соответствии с Концепцией системой здравоохранения регулируются:

устойчивый рост численности белорусской нации на основе последовательного увеличения рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни;

снижение смертности населения;

повышение общего уровня здоровья населения, охрана здоровья матери и ребенка.

Исходя из данных направлений, главной целью здравоохранения республики является улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости, смертности, увеличение средней продолжительности жизни на основе дальнейшего повышения качества и доступности медицинской помощи всем слоям населения, усиление профилактической направленности при широком вовлечении населения и общественных организаций в формирование здорового образа жизни.

Таким образом, сегодня сектор здравоохранения следует рассматривать как производственный сектор, который «производит» здоровье, занимаясь профилактикой и лечением заболеваний.

Но, при этом, здравоохранение должно быть и «производительным», т.е. производить здоровье наиболее эффективным способом при имеющихся финансовых ресурсах.

С гуманистической точки зрения жизнь человека является бесценным даром, однако, с экономической точки зрения она может иметь определенную числовую оценку. Данная оценка выражается стоимостью ущерба вследствие заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности. Экономический ущерб, связанный с данными причинами, невероятно велик. Эти потери подразделяются на прямые и косвенные.

К прямым экономическим потерям относятся затраты на оказание медицинской помощи: амбулаторной, стационарной, реабилитационной, санитарно-эпидемиологической, а также выплата пособий при временной утрате трудоспособности и пенсий по инвалидности.

К непрямым (косвенным) экономическим потерям относится экономической ущерб в связи со снижением производительности труда, недопроизведенной продукцией, снижением национального дохода в результате временной или стойкой потери трудоспособности или смерти человека в трудоспособном возрасте. Следует отметить, что на долю косвенных потерь приходится до 90% общего экономического ущерба из-за болезни.

«Экономическая эффективность здравоохранения» – это соотношение экономических выгод, полученных при проведении медицинских мероприятий, и затрат на их осуществление.

В последние годы Республика Беларусь, как и многие страны, столкнулась с проблемой роста расходов на здравоохранения, причем эти расходы растут быстрее, чем общий уровень благосостояния (ВВП).

В этих условиях пути повышения эффективности деятельности системы здравоохранения следует искать не столько в наращивании расходов на здравоохранение, сколько в эффективном распределении имеющихся ресурсов, включая финансовые. Это является первостепенной задачей системы здравоохранения страны.

Сегодня взят курс на переход к модели здравоохранения, в которой приоритет отдается развитию медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных усло-

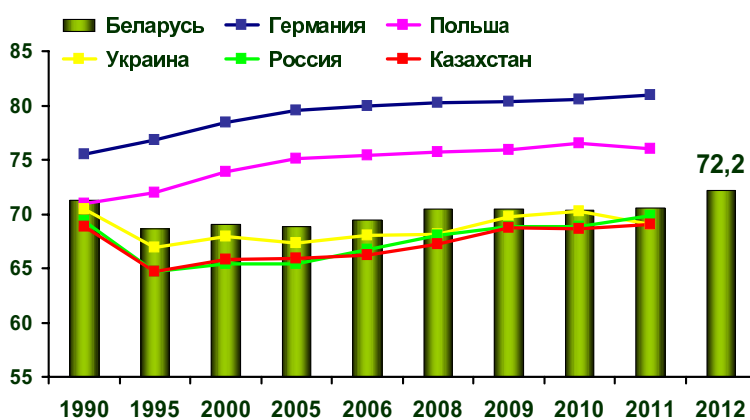


Рис. 4. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении в Республике Беларусь и некоторых других странах

виях, как наиболее доступной, востребованной и наименее затратной.

И это не просто тезис – от качества оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе во многом зависит и качество жизни самого пациента и доля экономических затрат на его медицинское обслуживание.

С целью улучшения доступности в амбулаторно-поликлинических организациях сделано немало: пересмотрены стандарты и проведено переоснащение амбулаторно-поликлинических организаций;

разработаны клинические протоколы по неотложным состояниям у детей, стоматологии, скорой медицинской помощи, по основным социально значимым заболеваниям;

реализованы различные направления и формы стационарозамещающих технологий;

созданы центры коллективного пользования дорогостоящим оборудованием, обеспечено проведение диагностических методов исследования с использованием базы больничных организаций, диагностических, межрайонных центров;

обеспечен прямой доступ пациентов к врачам-специалистам;

развивается институт помощника врача;

разрешена выдача листка нетрудоспособности единолично врачом на срок до 10 дней одновременно или по частям, а также выписка рецептов пациентам с хроническими заболеваниями, льготным категориям граждан на срок до полугода;

проводится информатизация.

Так, более 74% амбулаторно-поликлинических организаций имеют локальные вычислительные сети, около 97% – АРМ «Регистратура»; в 66% внедрены АРМ «Диспансеризация», в 73% – АРМ «Статистика», в 54,5% – АРМ «Иммунопрофилактика». В 90,5% врачебных амбулаторий внедрена АИС «Врач общей практики».

С 2013 года 40% общего объема финансирования на здравоохранение направляется на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях. Это беспрецедентный шаг.

Отсюда и высокие требования – амбулаторно-поликлинические организации должны быть «диспетчером», «фильтром», пропуская через себя прикрепленное население, всесторонне оценивать их здоровье, применять на деле меры профилактики, брать на контроль каждый случай заболевания, назначать своевременное, адекватное лечение, наблюдать за состоянием здоровья пациента и его изменениями.

Не секрет, что неэффективная система первичного медицинского обслуживания «пропускает»

начальные этапы заболеваний и способствует сохранению более дорогостоящей обширной стационарной сети. Вместо принципа всестороннего, скоординированного подхода к лечению пациентов делается акцент на лечение узкими специалистами конкретных «случаев» заболевания пациентов.

Немаловажная задача – переход на качественный результат оказания медицинской помощи в стационарных организациях. Финансовые средства должны расходоваться не на содержание стационарных организаций, коечного фонда, а на получение конкретных качественных результатов, в виде конкретного пациента, который восстановил или значительно улучшил свое здоровье.

Очень важен вопрос эффективности использования коечного фонда. Сегодня простой койки в больницах не только сокращает объем стационарной помощи и ухудшает медицинское обслуживание населения в целом, но и вызывает значительные экономические потери. Расходы на содержание больничной койки имеют место и в тех случаях, когда койки не функционируют – затраты на пустующую койку составляют 2/3 стоимости содержания занятой койки.

С целью повышения «экономической эффективности здравоохранения» следует направить внимание и усилия на:

рациональное использование больничной сети, коечного фонда;

увеличение объема медико-социальных услуг; укомплектование должностей медицинских работников и повышение качества подготовки медицинских кадров;

оптимизацию сети и штатов;

исключение дублирующих функций с другими министерствами и ведомствами;

повышение зарплаты медицинских работников и обеспечение экономического стимулирования труда работников.

Обеспечение отрасли кадрами в достаточном количестве и профессионально подготовленными к работе – одна из основных задач. Без наличия кадров вопросы доступности медицинской помощи носят чисто теоретический характер.

Медицинские университеты Беларуси обеспечивают подготовку квалифицированных специалистов, владеющих новыми технологиями, современными методами диагностики и лечения в соответствии с потребностями медицины. Основной упор при подготовке квалифицированных кадров для отрасли здравоохранения сделан на подготовку практикоориентированных, владеющих новыми технологиями специалистов.

За пять лет выпуск врачей увеличился на 23,4%, что позволяет возместить потери по естественной убыли кадров, их оттоку из первичного звена (рис. 5). На 01.01.2013 г. обеспеченность врачебными кадрами составляла 51,6 на 10 тысяч населения, в том числе, практикующими врачами – 35,3 на 10 тысяч населения; средним медперсоналом – 119,0 на 10 тысяч населения. В сравнительном плане следует отметить, что обеспеченность практикующими врачами в странах СНГ – 37,9, в странах Евросоюза – 32,3, в Германии – 36,9, в Швеции – 38,7 на 10 тысяч населения.

Стоит задача закрепления подготовленных кадров на рабочих местах.

Ускоренное инновационное развитие в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний, реабилитации требует опережающей подготовки квалифицированных кадров, в том числе научных работников, разрабатывающих новые технологии. Необходимо интенсифицировать процесс подготовки докторов, кандидатов наук, создания школ терапевтов, хирургов и др. Только так мы поднимем наше здравоохранение на качественно новый уровень – уровень производства здоровья.

С целью повышения доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в республике проводится системная работа по обеспечению интенсивности, эффективности, технического переоснащения и внедрения новых технологий в практическое здравоохранение. Особая значимость данной проблемы обусловлена возможностью в большинстве случаев предотвращения смертности, как правило, молодых людей.

За последние 5 лет полностью сформирован республиканский уровень оказания медицинской помощи. Реконструированы и оснащены современным медицинским оборудованием РНПЦ онкологии, РНПЦ «Кардиология», РНПЦ «Мать и дитя», РНПЦ травматологии и ортопедии, РНПЦ неврологии и нейрохирургии. Создан центр трансплантации органов и тканей. В республике продолжается наращивание объемов высокотехнологичной медицинской помощи, прежде всего, в области кардиологии, онкологии, травматологии, нейрохирургии, трансплантологии, офтальмологии (рис. 6, 7).

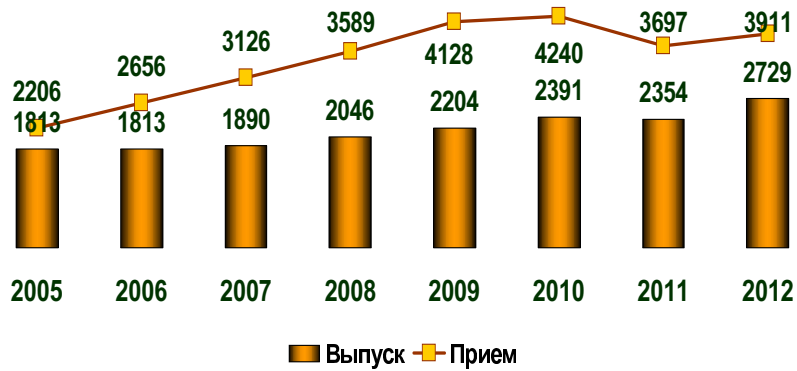
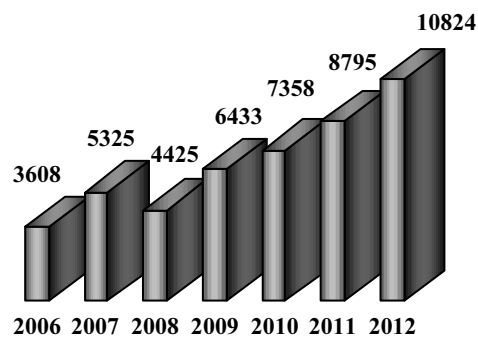
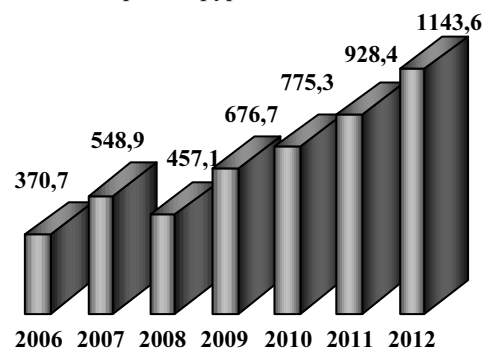


Рис. 5. Прием и выпуск специалистов медицинскими университетами Республики Беларусь (чел.; 2005–2012 гг.)

Сегодня здравоохранение Республики Беларусь обладает практически всем спектром оказания медицинских услуг, что позволило свести до минимума направление наших граждан на лечение за рубеж. И мы с готовностью принимаем иностранных граждан для оказания им реабилитационной, оздоровительной помощи, предоставляем высокотехнологические медицинские услуги на самом высоком уровне и по приемлемым ценам. Так, эндопротезирование тазобедренного сустава в РНПЦ травматологии и ортопедии стоит



Динамика кардиохирургических вмешательств



Динамика кардиохирургических вмешательств (на 1 млн жителей)

Рис. 6. Динамика кардиохирургических вмешательств в Республике Беларусь (абс. число и на 1 миллион жителей; 2006–2012 гг.)

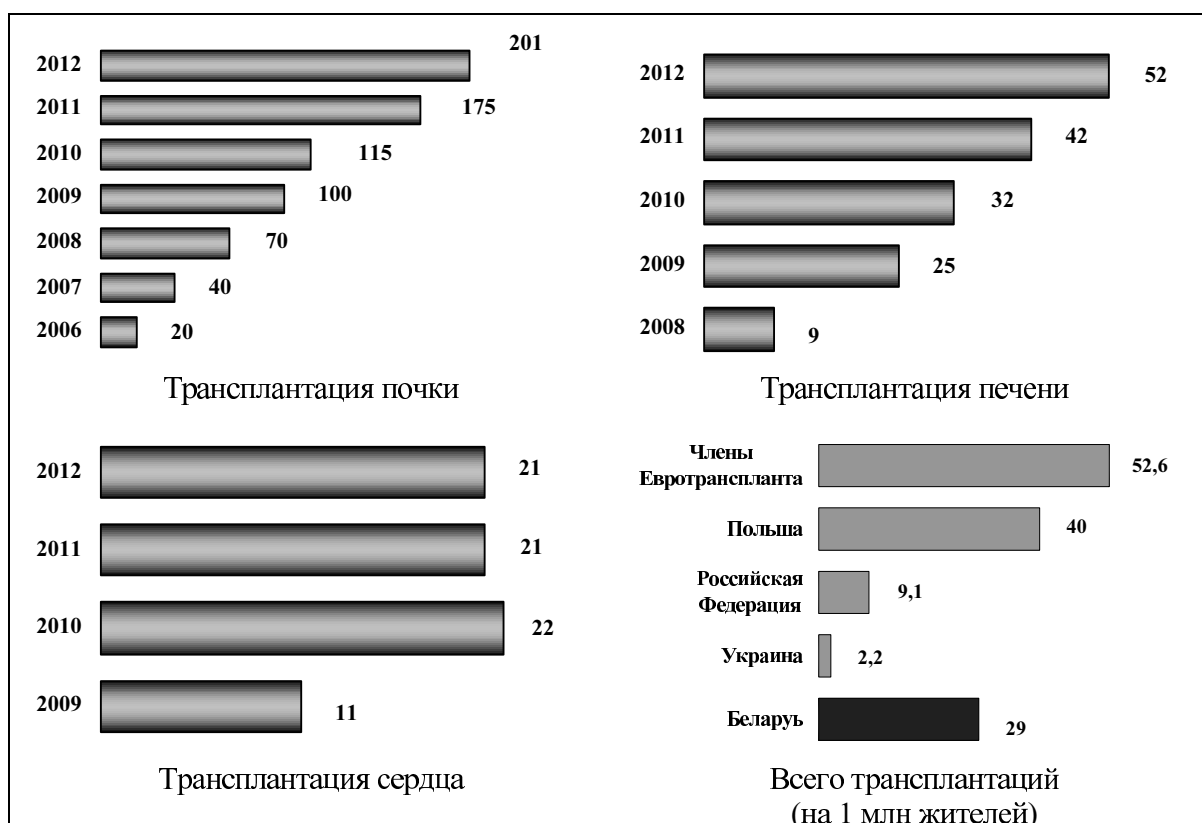


Рис. 7. Объемы трансплантологической помощи в Республике Беларусь

порядка 6–7 тысяч долларов США, в России – 8–10 тыс. долл., в европейских странах – около 30 тыс. долл.; процедура экстракорпорального оплодотворения в центре «Мать и дитя» стоит 3,5 тыс. долл., в России – 5,5 тыс., в странах ЕС – около 9 тыс. долл.; аортокоронарное шунтирование в РНПЦ «Кардиология» – 10,0 тыс. долл. США, в Израиле – 36,9 тыс. долл., в Великобритании – 24,5 тыс. долл., в Болгарии – 17,5 тыс. долл.

Чрезвычайно важной стратегической задачей для республики является развитие отечественной фармацевтической промышленности: необходимо поднять уровень обеспеченности организаций здравоохранения и населения лекарственными средствами до средневропейского, как по количественным, так и по качественным показателям.

В 2012 году с целью наращивания объемов производства и реализации лекарственных средств на внутреннем и внешнем рынке, расширения ассортимента выпускаемой продукции в стране создан Департамент фармацевтической промышленности.

Сегодня, в республике зарегистрировано около 6 тысяч наименований лекарственных средств, 1200 из которых производится на 26 отечественных фармацевтических предприятиях.

Удельный вес отечественных лекарственных средств в общем объеме закупок составил 34,4% против 27,0% в 2008 г. К 2015 г. мы намерены поднять этот уровень до 50%.

Можно отметить и ряд положительных результатов работы с населением по формированию здорового образа жизни.

Сегодня максимальное бремя болезней среди мужчин Беларуси связано с употреблением алкоголя и табака, среди женщин – с повышенным артериальным давлением и высоким уровнем холестерина.

Поэтому политика нашей страны в борьбе с хроническими неинфекционными заболеваниями в последние годы нацелена на непосредственное участие структур власти всех уровней и общества.

В 2011 г. утверждена Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни, сохранения и укрепления здоровья населения Республики Беларусь на период до 2020 года, которая представляет собой государственную стратегию общественного здоровья, основанную на приоритетах профилактической деятельности, культуры здоровья и здорового образа жизни.

Начата масштабная работа по формированию у населения мотивации на здоровый образ жизни, воспитание личной ответственности за собственное здоровье.

В результате, в обществе происходит процесс осознания значимости здоровья. На сегодняшний день рейтинг здоровья является самым высоким среди 22 жизненных ценностей белорусов: 86,9% опрошенных отметили его в числе пяти наиболее важных жизненных ценностей. У большей части населения (72,9%) существует мнение, что сегодня модно вести здоровый образ жизни.

Заметно выросло число сторонников запрета табакокурения; более половины курящих (55,6%) хотели бы избавиться от курения, 14,3% курящих отказались от пагубной привычки; все больше людей (57,8%) воспринимают курение как социально нежелательное явление, поддерживают запретительные антитабачные меры.

Повысилась заинтересованность в информации по вопросам сохранения и укрепления здоровья, что можно рассматривать в качестве индикатора актуальности для населения Республики Беларусь проблем здоровья и мотивации к здоровому образу жизни.

За последние годы приняты действенные меры по совершенствованию системы здравоохранения, которые позволили значительно улучшить доступность и качество оказания медицинской помощи населению. По многим позициям, характеризующим медико-демографическое состояние, качество оказания медицинской помощи, показатели здоровья населения, Республика Беларусь занимает лидирующее положение среди стран СНГ и пользуется заслуженным уважением мирового медицинского сообщества.

При этом следует учитывать, что то, на что будут потрачены государственные деньги – на профилактику, выздоровление, возвращение к труду и к активной жизни человека; на его социальную поддержку при инвалидности или социальную

поддержку семьи в связи с потерей кормильца, во многом будет зависеть от качества, полноты и своевременности оказания медицинской помощи.

Подводя итог, в качестве информации к размышлению следует отметить, что, по прогнозам ряда исследователей, к 2020 г. здравоохранение стран Западной Европы будет потреблять 12–15% ВВП, развивающихся стран – 8–10% ВВП. Это колоссальные средства. Но, при этом, если в начале XX века увеличение финансирования здравоохранения на 10% способствовало улучшению показателей общественного здоровья на 12%; в конце XX века – только на 1,8%, а в ближайшее время увеличение расходов на здравоохранение на те же 10% будет способствовать только стабилизации показателей здоровья на определенном уровне.

HEALTH CARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF BELARUS AS A PRODUCTION SECTOR

I.G.Lositsky

Deputy Minister of Health of the Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus

The health system of the Republic of Belarus was characterized as a sector that “produced” health, dealing with the disease prevention and treatment. It was emphasized that health care should be “efficient”, i.e. it should produce health in the most effective way based on available financial resources. Capacities and accomplishments of health care were presented. It was noted that in recent years effective measures to improve the health care system had been taken contributing greatly to a significant improvement in accessibility and quality of health care rendering. The Republic of Belarus is the leader among CIS countries according to many positions characterizing health and demographic status.