

Редакционная статья

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ В СОПОСТАВЛЕНИИ С ДРУГИМИ ГОСУДАРСТВАМИ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ВОЗ

Н.Н.Пилипцевич

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Республика Беларусь занимает выгодное геополитическое положение в центре Европы. На ее развитие исторически оказывали и продолжают оказывать влияние цивилизации Запада и Востока, Севера и Юга. Богатство внешнего опыта позитивно сказывается на оптимальности выбора собственной ориентации в развитии практически всех отраслей народного хозяйства.

Здравоохранение является отраслью экономики, мощным компонентом непродуцированной сферы. Результаты его деятельности, удовлетворенность населения медицинским обслуживанием и, главное, собственным здоровьем гарантируют социальную стабильность в обществе.

Здравоохранение в Беларуси – государственный институт, чутко реагирующий на все изменения в обществе. Практически синхронно также изменяются показатели здоровья населения. Такая тесная взаимосвязь сложилась за многие столетия.

Исторический опыт убеждает, что здравоохранение – система консервативная по своей организационной структуре. Вместе с тем, она очень чувствительна к различным переменам в особенностях и характере деятельности. Это накладывает особую ответственность при выборе направлений работы (совершенствование, реформирование). Изменения в политике государства в области охраны здоровья общества, взгляды на перспективное развитие должны быть выверены.

В статье дается оценка отечественному здравоохранению в сравнении с соответствующими системами государств Европейского регионального бюро ВОЗ. В основу анализа положены официальные данные, в том числе некоторые показатели деятельности системы здравоохранения Республики Беларусь.

Для сравнения, в первую очередь, выбраны: Швейцария, Германия, Франция, Италия, Дания, Соединенное Королевство, Австрия, Чешская Республика, Украина, Российская Федерация. Выбор этих 10 государств осуществлен: а) с учетом приоритет-

ности их вклада в развитие здравоохранения в собственных странах, б) две страны СНГ наиболее близки к Беларуси территориально, ментально, по показателям состояния здоровья населения.

За исключением стран СНГ, отправным моментом в принятии для сопоставления указанных в табл. 1 стран Европейского региона явились наибольшие расходы на здравоохранение, а также лучшие показатели в состоянии здоровья населения. В определенном смысле взят «преимущественный» ориентир, т.е. верхняя планка. Именно с этими показателями предполагается сравнение отечественного здравоохранения.

В среднем по всем государствам Евробюро ВОЗ (здесь и ниже расчет произведен по 49 государствам, по которым имеются официальные сведения ВОЗ) расходы на здравоохранение составляют 6,24% ВВП.

В Беларуси в сравнении со Швейцарией на здравоохранение выделено 43,8%, в сравнении со средними данными (6,24%) по странам Евробюро ВОЗ – 78,5%. Указанный средний показатель как обобщающий может восприниматься с определенной долей погрешности, потому что в общий расчет средних данных расходов на здравоохранение во-

Таблица 1

Общие расходы на здравоохранение

Страна	% ВВП
1. Швейцария	11,2
2. Германия	10,9
3. Франция	9,7
4. Италия	8,5
5. Дания	8,8
6. Соединенное Королевство	7,7
7. Австрия	7,7
8. Чешская Республика	7,6
9. Беларусь	4,9
10. Украина	3,2
11. Российская Федерация	2,9

шли Азербайджан (соответствующий показатель – 0,8%), Таджикистан (0,9%), Казахстан и Кыргызстан (по 2%). За счет этих стран значительно снижен показатель средних данных по расходам на здравоохранение.

Важно применительно к оценке соответствующего показателя по Беларуси (4,9%) отметить позицию ВОЗ о том, что здравоохранение может планомерно развиваться, если на него будет выделяться не менее 5% ВВП. В связи с этим еще одна значимая позиция. Опыт показывает, что при этом минимально допустимом уровне наиболее устойчивой и, следовательно, планомерно функционирующей является государственная система здравоохранения, основанная на бюджетном финансировании. В подтверждение целесообразно вспомнить первые годы (90-е гг. XX века) становления страховой медицины в Российской Федерации. Руководители здравоохранения Приморского края, Свердловской области, Краснодарского края обратились в правительство с предложением вернуть их в государственную систему.

В перерасчете расходы на душу населения в Беларуси составляют всего 7,5% соответствующего показателя в Швейцарии и 21% – среднего показателя (1248 долларов) по странам Евробюро ВОЗ (табл.2). И здесь общая сумма средств была разделена на 49, по общему числу анализируемых государств. Она была бы намного большей при условии исключения государств с самыми низкими показателями расходов (Таджикистан (9 долл. США), Азербайджан (26), Кыргызстан (31). Представленная цифра по Беларуси контрастно отстает от стран Центральной Европы. Нет сомнения, требуется ее коррекция в сторону увеличения. Это согласуется с основной идеей лозунга ВОЗ на 2007 год «инвестируя в здоровье, построим более безопасное общество».

Беларусь, в сравнении со странами, включенными в настоящее аналитическое исследование, по доле государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение занимает среднее положение

(табл. 3). Практически не изменяется это положение в сравнении со средним показателем по странам Евробюро ВОЗ (75,9%). Имеются страны, где доля государственного финансирования очень мала (Грузия – 8%, Кипр – 37%). В то же время в Румынии, Хорватии, Болгарии, Македонии государственное финансирование здравоохранения составляет 100%. Из 49 стран, входящих в Евробюро ВОЗ и включенных в анализ, государственное финансирование здравоохранения более чем на 90% имеется в 10 странах (4,9%), 80% – в 19 (38,8%), 70% – в 34 (69,4%), 60% – в 38 (77,5%).

В мире практически нет ни одной страны, где государство не держало бы в своем ведении проведение ряда важнейших программ по охране здоровья населения. В последние годы в большинстве стран Евробюро ВОЗ доминирует направленная тенденция к усилению государственного участия (в первую очередь, путем увеличения доли в финансировании) в решении проблем охраны здоровья населения.

Среди всех государств Евробюро ВОЗ Беларусь по числу обращений за амбулаторной помощью находится на четвертом месте, уступая Чешской Республике, Словакии, Венгрии (табл. 4). Средняя обращаемость за амбулаторной помощью по Еврорегиону – шесть раз в год. Данный показатель (обращаемость) может иметь несколько вариантов обоснования. Его следует рассматривать вместе с такими показателями здоровья, как заболеваемость, инвалидность, продолжительность жизни и др.

Обращаемость может быть стимулирована самими врачами для того, чтобы увеличить оплачиваемый объем выполняемой (регистрируемой) работы. По этому поводу в 1990-е годы в Чешской Республике на заре введения страховой медицины выражали озабоченность их специалисты.

Наоборот, обращаемость может быть сведена к минимуму по причине низкой финансовой доступности медицинского обслуживания (Грузия – 1,8, Армения – 2,1, Кыргызстан – 2,9 посещений в год). Фено-

Таблица 2

Расходы здравоохранения на душу населения с учетом паритета покупательной способности доллара США в странах Европейского региона ВОЗ

Страна	Долл. США
1. Швейцария	3445
2. Германия	2817
3. Франция	2736
4. Италия	2240
5. Дания	2580
6. Соединенное Королевство	2160
7. Австрия	2220
8. Чешская Республика	1205
9. Беларусь	259
10. Украина	166
11. Российская Федерация	243

мен однозначной реакции населения на увеличение затрат с его стороны на медицинское обслуживание известен давно. Не случайно, в 60–80-е годы прошлого века в позиции ВОЗ о доступности медицинской помощи для населения на первом месте стояла «бесплатность». В наши дни ВОЗ речь о доступности ведет наступательно, но о бесплатности уже не упоминает. Ожидаемая перспектива – вынужденное снижение обращаемости населения за медицинской помощью в связи с необходимостью трат собственных средств. В историческом аспекте интересно отметить, что «бесплатность и доступность» – порождение российской страховой медицины. В советское время они заслуженно воспринимались как забота руководства страны о нуждах и здоровье населения.

Вместе с тем, имеется и оборотная сторона этой позиции. Фактически, у большинства населения отсутствует реальная потребность заботиться о своем здоровье. Забота о нем переложена на плечи государства, в том числе и ответственность за его потерю. Целесообразно четче определить в «здравоохраненческой» ст.45 Конституции Республики Беларусь, что гарантии права на охрану здоровья должны со-

четаться с личной ответственностью каждого и что нет «бесплатного лечения в государственных учреждениях здравоохранения», а есть лечение за счет средств бюджета, или на бесплатной для населения основе.

Не менее важное значение имеет территориальная доступность (расстояние от места жительства до организации здравоохранения), для Беларуси – это сельская местность.

Очень значима цель обращения – носит она профилактический характер или вынужденный, т.е. в связи с заболеванием. В странах СНГ, в том числе и в Беларуси, обращаемость в амбулаторно-поликлинические организации с профилактической целью составляет не более 10%. Это своеобразное подтверждение того, что здравоохранение до сих пор воспринимается населением как «пожарная команда». К врачу люди обращаются по случаю реальной потребности, связанной с нарушением в состоянии их здоровья.

Данные по обеспеченности больничными койками представляют наибольший интерес с учетом динамики происходящих изменений. Соответствую-

Таблица 3

Доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ

Страна	Доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение (в %)
1. Швейцария	58
2. Германия	79
3. Франция	76
4. Италия	75
5. Дания	83
6. Соединенное Королевство	83
7. Австрия	70
8. Чешская Республика	91
9. Беларусь	77
10. Украина	92

Таблица 4

Число обращений за амбулаторной медицинской помощью на душу населения в странах Европейского региона ВОЗ

Страна	Число обращений за амбулаторной медицинской помощью на душу населения
1. Швейцария	11
2. Германия	6,5
3. Франция	6,5
4. Италия	6
5. Дания	6,2
6. Соединенное Королевство	5,4
7. Австрия	6,7
8. Чешская Республика	15
9. Беларусь	11,7
10. Украина	10,4
11. Российская Федерация	9,4

щие показатели ВОЗ за 14 лет (1990–2003 гг.) убеждают, что во всех государствах Европы доминирует тенденция к их уменьшению. Сокращение коек колебалось в достаточно больших пределах от 10 до 60% их исходной численности по состоянию на 1990 год.

В странах Юго-Восточной Европы на конец анализируемого периода количество коек составляло 4,5 на 1000 населения, в странах СНГ – 5,7.

В Беларуси чаще используются сведения об общей коечной базе в расчете на население. Конкретная величина (11,2 на 1000 населения) представлена в табл. 5. Однако если исходить из более жесткого понимания «больницы общего профиля», что имеет место в государствах сравнения, то, по сути, – это профиль терапевтический. Таких коек (терапевтических) – 3,2 на 1000 населения. Вместе с тем, правомочно расширение указанного профиля, прибавив к терапевтическим, в частности, койки для лечения инфекционных, неврологических больных, часть педиатрических коек, койки сестринского ухода. Суммарно их количество стано-

вится более весомым и в перерасчете на 1000 населения составляет 5,9 коек.

Как известно, структура и количество коечного фонда, исходя из практической необходимости, могут более детально дифференцироваться с учетом профиля патологии, реальной потребности и возможностей. Это перспектива. По мере становления амбулаторно-поликлинического звена, передачи определенного перечня пособий для их реализации на амбулаторный уровень правомочно ожидать, что на его долю будет приходиться все большее количество законченных случаев обращений за медицинской помощью. Результатом явится дальнейшее сокращение коечного фонда до уровня потребности в нем.

Вместе с тем, величина их количественного показателя может быть гибко динамичной. Отрасль здравоохранения должна быть способна в любое время адекватно реагировать расширением возможностей стационарного размещения. Речь в данном случае о реальной готовности к разовым развертываниям сверхштатных коек для приема, например, пострадавших при техногенных катастрофах, стихийных бедствиях, массовых эпидемических вспышках и др. Это можно определить как стратегический резерв потенциальных возможностей, заранее прогнозируемых на случай потребности. Следовательно, такой резерв должен быть предусмотрен уже сегодня на всех уровнях здравоохранения путем резервирования освобождаемого капитального больничного фонда и оснащения. Руководители органов здравоохранения обязаны нести ответственность за сохранность и соответствующее поддержание высвобождающихся в результате сокращения больничных коек мощностей. Такие мощности целесообразно содержать на балансе по месту их нахождения.

Представленные в табл. 6 данные примечательны тем, что их величина зависит от ряда привходящих моментов. Например, в Соединенном Королевстве нет поликлиник. В большинстве стран мощную прослойку в здравоохранении представляет сестринский корпус, их роль очень значима при амбулатор-

Таблица 5
Число больничных коек общего профиля в странах Европейского региона ВОЗ (на 1000 населения)

Страна	Число больничных коек общего профиля (на 1000 населения)
1. Швейцария	4
2. Германия	6,3
3. Франция	3,9
4. Италия	3,6
5. Дания	3,4
6. Соединенное Королевство	2,4
7. Австрия	6
8. Чешская Республика	6,3
9. Беларусь	11,2
10. Украина	7,2
11. Российская Федерация	8,8

Таблица 6
Работа больниц общего профиля в странах Европейского региона ВОЗ

Страна	Показатель госпитализации (в %)	Продолжительность лечения (в днях)
1. Швейцария	16,3	9,2
2. Германия	20,5	9,3
3. Франция	20,4	5,5
4. Италия	15,5	6,9
5. Дания	17,8	3,8
6. Соединенное Королевство	21,4	5
7. Австрия	28,6	6
8. В среднем по ЕС	18,1	7,1
9. Чешская Республика	19,7	8,5
10. Беларусь	26,6	11,8

ном лечении, лечении больных на дому. Своеобразную роль фильтра на Западе при решении вопросов о госпитализации в стационар решает врач общей практики (ВОП). Кстати, он очень твердо отстаивает престиж и интересы своего догоспитального этапа. Без глубокого обоснования пациент для лечения в стационар не направляется.

В Беларуси продолжительность лечения больных в стационаре наибольшая в сравнении с другими странами. Нет сомнения, данный показатель и в наших условиях претерпит со временем изменения в сторону сокращения. Для этого требуются соответствующие меры и определенное время для сближения возможностей амбулаторного и стационарного секторов здравоохранения.

Оба указанные в таблице показателя не могут управляться с помощью административного ресурса. Корни динамики их изменений внутри самой системы. Они закладываются последовательным совершенствованием и расширением возможностей предоставления медицинских услуг на каждом рабочем месте, в каждой медицинской организации, совокупно во всех организациях на административной территории и в стране в целом. Такая позиция является основополагающей в деятельности Минздрава и территориальных органов управления здравоохранением.

В последнее время подходы к расчету обеспеченности медицинскими работниками претерпевают определенные изменения (табл. 7). В соответствии с международными стандартами всех медицинских работников с высшим медицинским образованием принято разделять на тех, кто непосредственно занимается приемом и лечением больных (условно 1-я гр.), и на всех остальных.

Лиц (физических) с высшим медицинским образованием первой группы в настоящее время в Беларуси насчитывается 32134 чел. При исходной численности населения 9800 тыс. человек, на 1000 населения приходится 3,3 врача. При дифференциации врачей по европейским стандартам непосредствен-

но лечебной работой занимаются 21680, или 2,2 врача на 1000 населения.

По различным странам, входящим в Евробюро ВОЗ, число врачей на 1000 населения колеблется от 2,1 (Соединенное Королевство), 2,2 (Словения), 2,3 (Польша) до 4,5 (Греция, Бельгия). Обобщенная средняя величина по всем странам составляет 3,3. Таков, как указано выше, и отечественный показатель. А при его «очистке» (согласно «евростандарту») – всего 2,2.

В отношении целесообразности деления врачей на лечебников и всех остальных пока нет однозначности. Необходимы глубокий анализ объема работ, медицинской и юридической ответственности, оценка населением. С учетом того, что избытия врачей в сравнении с европейскими странами у нас нет (наоборот, имеем самый низкий уровень), реально постановка вопроса о потребности прироста врачебных кадров параллельно с решением вопроса о закреплении на местах, стабилизации численности, уменьшении текучести. Одним словом, здесь речь о необходимости направленных действий в масштабе государства по подъему престижа профессии врача.

Численность медицинских сестер в расчете на 1000 населения по различным странам Европейского региона имеет значительные колебания. В Финляндии их 21,4, в Ирландии –18,5, в Нидерландах – 13,7, в Бельгии –10,8 – это наиболее высокие показатели. Однако велик перепад значений. Наименьшие значения показателя в Испании –3,7, в Португалии – 4, на Кипре – 4,2. Максимальный и минимальный показатель различаются почти в 6 раз.

В Беларуси медсестер (физических лиц) 108383. На 1000 населения их приходится 11. По Европейскому региону – 8,3. С учетом показателей наличия врачей и медицинских сестер становится очевидной целесообразность перераспределения в отечественном здравоохранении функций между ними в сторону большей загруженности и ответственности последних. Отметим – это один из путей повышения престижности врачебной профессии.

Таблица 7

Численность врачей и медицинских сестер в странах Европейского региона ВОЗ (на 1000 населения)

Страна	Число врачей	Число медицинских сестер
1. Швейцария	3,7	-*
2. Германия	3,4	9,7
3. Франция	3,3	6,9
4. Италия	6,1	-
5. Дания	3,5	9,7
6. Соединенное Королевство	2,1	-
7. Австрия	3,3	5,9
8. Чешская Республика	3,5	9,7
9. Беларусь	3,3	11

-* – данные в доступных официальных источниках ВОЗ отсутствуют.

