

# ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ НА НОВОЙ ОСНОВЕ

**По мере перехода к рыночным отношениям происходит переосмысление значения здоровья, приобретающего статус не только социальной ценности, но и весомого экономического ресурса общества. Это заставляет пересматривать подходы к сохранению и приумножению данной составляющей человеческого потенциала. О некоторых из них журналу «Беларуская думка» рассказывает министр здравоохранения Республики Беларусь Василий ЖАРКО.**

— Общепризнано, что здоровье в первую очередь зависит от социально-экономических условий и образа жизни населения. Эти два фактора нередко объединяют в одно общее понятие — «образ жизни». Социально-экономические условия характеризуются уровнем благосостояния, образования, культуры, социальной защищенности населения, традициями, условиями проживания, труда, отдыха, качеством питания. Здоровый образ жизни представляет собой очень сложный комплекс профилактических мер, включающих обеспечение гармоничного физического развития, оптимальное сочетание труда и отдыха, отказ от интоксикации организма табаком, алкоголем и прочее.

Кроме того, на здоровье непосредственно влияют состояние окружающей среды, наследственность и, конечно, работа системы здравоохранения.

Причем все эти факторы действуют комплексно и в высокой степени взаимосвязаны друг с другом. Здоровье людей в значительной степени определяет состояние экономики, а от состояния экономики во многом зависит здоровье людей.

При формировании государственной политики в данной области очень важно иметь достаточно четкие представления о степени значимости отдельных факторов, определяющих здоровье, и практических

возможностях управления ими. Принято считать, что удельный вес социально-экономических условий и образа жизни в формировании здоровья населения суммарно составляет около 50 % и по 15–20 % приходится на окружающую среду, наследственность и здравоохранение, если роль последнего учитывать только с точки зрения оказания населению медицинской помощи.

Ведущая роль социально-экономических условий в формировании здоровья хорошо прослеживается при сопоставлении характеризующих его показателей в беднейших и наиболее богатых странах мира. Так, средняя продолжительность жизни в Сьерра-Леоне составляет 34 года, а в Японии — 82. Корреляция между уровнем валового внутреннего продукта на душу населения в разных странах мира и состоянием здоровья не вызывает сомнений.

Очень характерны в этом плане процессы, происходившие после распада СССР. Резкое ухудшение экономической ситуации и психосоциальный стресс в первой половине 90-х годов привели ряд новых независимых государств к медико-демографическому кризису, депопуляции, значительному ухудшению состояния здоровья людей. В Беларуси в период с 1989 по 1994 год смертность и общая заболеваемость населения возросли более чем на четверть, на 28 % снизилась рождаемость, резко увеличилась заболеваемость социально опасными болезнями.

С другой стороны, успехи последних лет в социально-экономическом развитии нашей страны и совершенствовании системы здравоохранения привели к росту продолжительности жизни, рождаемости и снижению смертности. И здесь будет уместно еще раз отметить обратную связь: улучшение показателей состояния здоровья — далеко не последний фактор, определяющий устойчивый рост ВВП в Республике Беларусь в последние годы.



– **Василий Иванович, в какой степени влияние деятельности структур здравоохранения на состояние здоровья населения изменяется в зависимости от развитости страны?**

– Прежде всего хочу отметить, что значение здравоохранения во всем мире постепенно возрастает. Этому способствует переориентация всей системы духовных и материальных ценностей на первоочередное решение проблем укрепления здоровья и постоянный рост инвестиций в развитие отрасли. Такой глобальный процесс, как старение населения, также приводит к усилению акцента на здравоохранение, так как увеличивает потребности населения и в медицинской, и в медико-социальной помощи.

Мировые расходы на здравоохранение оценивают приблизительно в 4 триллиона долларов и 8 % мирового ВВП, а расходы в разных странах – от 10 до 6,5 тыс. долларов в год в расчете на душу населения. Под определенный объем финансирования любая система здравоохранения предоставляет населению медицинские услуги соответствующего объема и технологического уровня.

Увеличение выделяемых средств открывает возможности для внедрения инновационных технологий – эндоскопических, эндоваскулярных, клеточных, информационных и прочих, которые постепенно преобразовывают систему здравоохранения. Государству отводится ключевая роль в создании предпосылок для роста объема финансирования общественной системы здравоохранения: по мнению экспертов ВОЗ, уровень финансирования за счет общественных источников должен быть не менее 5 % к ВВП. Система здравоохранения при этом обязана обеспечить максимально рациональное и экономное использование имеющихся ресурсов.

В частности, с этой целью во всем мире используются разнообразные формы ре-

структуризации отрасли с перераспределением ресурсов на самые эффективные направления деятельности, включая приоритетное развитие первичной медицинской помощи и общей врачебной практики, профилактических и реабилитационных технологий; внедряются системы управления качеством медицинской помощи, основанные на стандартизации технологий и доказательной медицине; интенсифицируется лечебно-диагностический процесс. Все это в полной мере развивается и в отечественном здравоохранении.

– **Обозначьте, пожалуйста, сильные и слабые стороны белорусского здравоохранения.**

– Отличительной чертой системы здравоохранения Беларуси остается ориентация на соблюдение принципов социальной справедливости и всеобщий охват населения бесплатной медицинской помощью, предоставляемой за счет средств республиканского и местных бюджетов.

При этом у нас более высокий, чем в других странах СНГ, уровень государственных расходов на здравоохранение и лучшие по сравнению с ними показатели деятельности. В Беларуси продолжают сохраняться лучшие черты советской модели здравоохранения. Кроме полного охвата населения медицинской помощью, предоставляемой за счет бюджетных средств, это еще и четкая иерархическая организационная структура, позволяющая соблюдать принципы этапности и преемственности в ее оказании; возможность организовывать и выполнять крупномасштабные общегосударственные мероприятия, программы в сфере охраны здоровья населения; относительно низкие административные расходы использования прямого бюджетного финансирования и отсутствие расходов на сбор и трансляцию денежных средств через сеть страховых посредников; централизация финансовых, кадровых, материально-технических ресурсов при оказании амбулаторной помощи в поликлиниках вместо рассредоточения их по множеству амбулаторий.

Нашей ведущей задачей наряду с повышением эффективности функционирования существующей системы является форми-



В новом операционном блоке Поставской центральной районной больницы

рование оптимальной, образцовой модели здравоохранения, которая должна учитывать лучший мировой опыт и быть важной составной частью белорусской модели социально-экономического развития. С этой целью в 2000-е годы значительно активизированы процессы модернизации, технического переоснащения отрасли, внесены существенные коррективы в механизм управления и финансирования. Особо следует отметить внедрение системы финансирования согласно нормативам бюджетной обеспеченности в расчете на одного жителя и принципов программно-целевого планирования, проведение начального этапа реструктуризации здравоохранения, шаги в области формирования системы управления качеством медицинской помощи, основанной на стандартизации медицинских технологий, активную разработку государственных социальных стандартов в этой области.

Вместе с тем нельзя не отметить, что по наследству нам достались и свойственные советской модели здравоохранения недостатки. Они связаны с ограниченными возможностями использования в ее рамках экономических методов управления, выделением финансовых средств для содержания организаций исходя из их мощности, а не оплатой оказанных или планируемых объемов медицинской помощи по установленным тарифам с предоставлением поставщикам медицинских услуг экономической самостоятельности в использовании зарабатываемых финансовых средств. В конечном итоге это оказывает непосредственное влияние на решение комплекса проблем интенсификации и повышения качества лечебно-диагностического процесса, мотивации труда, рационального использования и распределения ресурсов.

Глубокое изменение экономических отношений в такой общественно важной и социально чувствительной отрасли, как здравоохранение, судя по мировому опыту, – процесс весьма длительный и исключительно ответственный.

– Скажите, реально ли не допустить снижения качества оказываемых медицин-

### **ских услуг в условиях кризисных воздействий на отечественную экономику?**

– Чтобы этого достичь, необходимо осознать: расходы на здравоохранение настолько важны, что должны поддерживаться на относительно независимом от состояния экономики уровне.

Кроме того, следует оптимизировать соотношение затрат на содержание системы здравоохранения и результатов ее деятельности.

В принципе, ресурсы, которыми располагает отрасль, как правило, ограничены, но практически всегда существуют возможности для более эффективного их использования. Должен сказать, что в здравоохранении страны накоплен многолетний опыт внедрения мер, направленных на экономию ресурсов, реструктуризацию системы оказания медицинской помощи, совершенствование управления ее качеством. Разумеется, работы в этом направлении будут активизированы.

Традиционно наиболее масштабной формой экономии и рационализации использования ресурсов является сокращение высокочрезвычайно затратного больничного коечного фонда. Осуществление таких мер будет продолжено, но сокращение не следует проводить механически, не меняя структуру и функции больниц в соответствии со сложившейся мировой практикой. Нужно создавать в больницах амбулаторно-консультативные отделения, не входящие в структуру коечного фонда дневные стационары, подразделения медицинского патронажа на дому (стационары на дому), стационары «одного дня», подразделения амбулаторной хирургии и тому подобное. Это значит, что кадровые, финансовые, материально-технические ресурсы больниц необходимо задействовать по-иному – с изменением структуры оказываемой медицинской помощи и снижением ее доли, основанной на использовании весьма высокочрезвычайно затратного режима круглосуточной госпитализации больных, при котором значительная часть средств расходуется на «гостиничные» функции, питание больных и далеко не всегда необходимое круглосуточное наблюдение за ними.

### **ЖАРКО**

#### **Василий Иванович.**

Родился в 1956 году в деревне Лесники Дрогичинского района Брестской области. В 1984 году окончил Минский государственный медицинский институт.

В 1975–1977 годах служил в рядах Советской Армии. С 1983 по 1991 год работал фельдшером здравпункта ПО МКСМ при поликлинике № 29 г. Минска, врачом-интерном Брестской областной детской больницы, врачом-терапевтом, районным педиатром, заведующим отделением Дрогичинской районной больницы.

С 1991 по 2002 год – врач-инспектор, заместитель начальника управления здравоохранения Брестского облисполкома. В 2002–2003 годах – заместитель главного врача Брестской областной детской больницы, директор дочернего унитарного предприятия «Санаторий «Криница». В 2003–2005 годах – генеральный директор УП «Белпрофсоюзкурорт».

В 2005–2006 годах – исполняющий обязанности генерального секретаря Республиканского комитета Белорусского общества Красного Креста.

С мая 2006 года – министр здравоохранения Республики Беларусь.



**Директор РНПЦ «Кардиология» Александр Мрочек и заведующий лабораторией хирургии сердца РНПЦ доктор медицинских наук Юрий Островский**

Первая в Беларуси операция по пересадке сердца прошла в ночь с 11 на 12 февраля в Республиканском научно-практическом центре «Кардиология». Пациенткой стала женщина 36 лет с диагнозом дилатационная кардиомиопатия. Длилась операция более 5 часов. Участие в операции во главе с заведующим лабораторией хирургии сердца РНПЦ Юрием Островским принимали около 20 человек.

Юрий Островский отметил ту значительную организационную работу, которая была проделана в Беларуси для проведения такой операции. В частности, белорусские кардиохирурги прошли стажировку в ведущих клиниках Вильнюса, Берлина и Праги. В ходе подготовки были отработаны организационные мероприятия, детали проведения самой операции, закуплено необходимое оборудование. Сейчас в стране на очереди на пересадку сердца в листе ожидания стоят 26 человек. Следующим этапом развития здравоохранения Беларуси станет пересадка легких, а также комплекса сердце – легкие.



**Заведующий отделением кардиохирургической реанимации Андрей Валентюкевич и перенесшая операцию по пересадке сердца пациентка**

– **Какие принципиальные положения содержит в себе новая редакция Закона о здравоохранении?**

– Основное из них – правовая норма, гарантирующая гражданам страны право на доступное медицинское обслуживание. Обеспечивается оно предоставлением бесплатной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения за счет бюджетных средств, а также в государственных и негосударственных структурах за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников.

Поскольку реальная степень доступности медицинской помощи тесно взаимосвязана с уровнем финансирования, введена правовая норма, закрепляющая использование нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя: на практике эти нормативы выполняют функции социального стандарта. Платные медицинские услуги в Законе рассматриваются как дополнительные, предоставляемые сверх гарантированного государством объема бесплатной медпомощи.

В новой редакции также более четко определена структура здравоохранения. Уточнены положения, касающиеся видов, форм и условий оказания медпомощи. Оговорен принцип приоритетности развития первичной медицинской помощи. Для налаживания четкой системы управления качеством медицинской помощи закреплено оказание ее на основе разрабатываемых и утверждаемых клинических протоколов. Особое внимание уделено вопросам, связанным с обеспечением демографической безопасности: репродуктивному здоровью, особенностям оказания помощи несовершеннолетним, беременным женщинам и роженицам. Доработаны правовые нормы, регламентирующие правовой статус пациентов и работников здравоохранения.

– **Планируется ли расширение спектра оказываемых здравоохранением платных услуг?**

– В стране отмечается устойчивый многолетний рост объема платных медицинских услуг, и тенденция эта будет сохранена. В связи с этим хотелось бы обратить внимание на часто встречающиеся заблуждения при

оценке роли платных медицинских услуг в обеспечении доступности медицинской помощи для населения. Социальная защита интересов граждан в данной области, особенно наименее обеспеченных социальных групп, определяется, в первую очередь, уровнем государственных расходов на здравоохранение и эффективностью использования имеющихся ресурсов. Безусловно, мы можем резко ограничить или даже полностью запретить оказание платных услуг государственными учреждениями здравоохранения. Но от этого при сохранении прежнего уровня государственных расходов на здравоохранение ни объем, ни качество бесплатных услуг не возрастут, а население будет лишено возможности получить дополнительные услуги за счет своих личных средств.

К тому же нужно учесть, что полностью весь объем медицинской помощи за счет налоговых поступлений и обязательных страховых взносов не оказывает ни одна общественная система здравоохранения в мире. В экономически развитых странах доля финансирования из этих общественных источников находится в пределах 55–85 %. Полагаю, что в Беларуси ее целесообразно поддерживать на уровне порядка 80 %. Для более конкретного определения оптимальной планки общих расходов на здравоохранение из всех источников и их структуры требуются дополнительные расчеты совместно с Минфином.

Увеличению доступности платных услуг в государственных медицинских учреждениях будет способствовать создание достаточно благоприятных условий для их развития, включая внедрение сдельных форм оплаты труда.

– **Василий Иванович, обозначьте, пожалуйста, различные аспекты кадровой проблемы в здравоохранении.**

– О отрасль сталкивается с неполной обеспеченностью кадровыми ресурсами и диспропорциями в их распределении, недостаточной мотивацией медицинских работников к качественному и интенсивному труду, необходимостью повышения качества подготовки специалистов, относительно низким социальным и профессиональным статусом работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием, высокой

специализацией врачебной деятельности при отсутствии должной интеграции ее на уровне общей врачебной практики.

Значительный рост приема в высшие медицинские учебные заведения, наблюдавшийся в последние годы, резко улучшил перспективы кадрового обеспечения организаций здравоохранения. Комплекс мер реализуется также в сфере совершенствования медицинского образования и внедрения современных образовательных технологий, под постоянным контролем находятся вопросы медицинской этики и деонтологии, осуществляется жесткий контроль за рассмотрением обращений граждан, прорабатываются вопросы создания отраслевой системы оплаты труда.

Вместе с тем продолжают сохраняться диспропорции в распределении кадровых ресурсов, обусловленные прежде всего постоянным оттоком специалистов из амбулаторно-поликлинических учреждений, скорой медицинской помощи, учреждений здравоохранения, расположенных в сельской местности. Нужно признать, что эти диспропорции могут сохраняться даже при очень высоком уровне общей обеспеченности медицинскими кадрами в расчете на численность населения. В конечном итоге проблема эта социальная, требующая комплексных, скоординированных мер. Среди них – обеспечение приоритета отдельных специалистов в оплате труда, улучшение его условий со снижением нагрузки на амбулаторном приеме, решение жилищной проблемы.

Бригада станции скорой медицинской помощи Брестской городской больницы скорой помощи



– Очевидно, что имеющиеся сложности способен усугубить поток необоснованных жалоб и требований пациентов.

– Это действительно так. Особенно непродуктивной оказывается порой растягивающаяся на годы переписка с отдельными пациентами, предъявляющими совершенно беспочвенные претензии. В таких случаях нужен более жесткий подход по ее прекращению. А в целом необходимо отметить, что отношения медицинского работника и пациента должны строиться на основе взаимного уважения, достижению чего будет способствовать предусмотренное при формировании законодательства в области здравоохранения дальнейшее развитие правовых норм, регламентирующих их права и обязанности.

– Как практически реализовать законодательное право на выбор пациентом врача и как в соответствии с этими принципами будет оцениваться труд людей в белых халатах?



В апреле Республиканскому центру медицинской реабилитации воинов-интернационалистов исполнится 15 лет. Это единственный на территории СНГ специализированный центр такого рода

– В некоторой степени эта ситуация регламентирована утвержденной Минздравом в декабре прошлого года инструкцией о порядке оказания медицинской помощи вне места жительства. В значительно более широком плане она задается коренными особенностями модели

здравоохранения, и правовое решение связанных с этим проблем будет длительным. В ряде стран труд врачей (как правило, общей практики) оплачивается в зависимости от количества обслуживаемых ими пациентов (по терминологии ВОЗ – «по принципу капитации»). Это создает прямую заинтересованность врача в росте числа пациентов. Чтобы он «не переборщил», устанавливаются ограничения: чем больше пациентов – тем меньше рабочего времени в расчете на каждого. Иногда при этом врач общей практики выполняет функции

фондодержателя, и из его средств в той или иной степени оплачивается стационарная медицинская помощь.

Перспективное направление решения этой проблемы в Беларуси – финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений по нормативу на одного прикрепленного жителя, установление взаимосвязи в оплате труда врачей с общим количеством прикрепленных пациентов в сочетании со свободой выбора врача.

– Правомерна ли прописанная в законе возможность отказа от лечения, в том числе в тяжелых случаях и, в частности, для малолетних детей?

– Ни о каких необоснованных отказах от лечения, тем более малолетних детей, не может быть и речи. В законе говорится о ситуациях, связанных с несоблюдением пациентом врачебных предписаний, правил внутреннего распорядка, к тому же при отсутствии угрозы для жизни пациента и здоровья окружающих. К сожалению, можно привести много примеров грубого нарушения пациентами больничного распорядка, включая употребление алкоголя, поэтому не вызывает сомнений необходимость правового регулирования таких ситуаций.

– На чем основывается законодательное закрепление отказа от эвтаназии?

– Сегодня право на эвтаназию используется лишь в незначительном числе государств мира, причем с соблюдением многих условий: подпись больного, заверенная установленным количеством специалистов; право на отказ от ранее принятого решения; невозможность использования эвтаназии кем-либо в меркантильных целях и прочее. В целом же врачебная заповедь из клятвы Гиппократова – «Я не дам никому просимого у меня смертельного яда...» – соблюдается человечеством почти 25 веков. Отрицательно относится к эвтаназии и Парламентская Ассамблея Совета Европы. В любом случае необходимо развивать паллиативную помощь больным в терминальной стадии болезни, включая создание сети хосписов. Это направление деятельности и является важнейшим в решении проблем, прямо или косвенно связанных с правом на эвтаназию.

Подготовила Галина МОХНАЧ ■