

БЕЛОРУССКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В МИРОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКЕ И ПРАКТИКЕ

БЕЛОРУССКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ

Снежицкий В. А., Сурмач М. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Раскрыты особенности исторического развития системы здравоохранения Беларуси в последние 100 лет. Показана историческая общность со странами бывшего «социалистического лагеря», предпосылки к формированию на территории современной Беларуси модели страховой медицины.

Ключевые слова: система здравоохранения, модель Семашко, модель Бевеиджа, новый хозяйственный механизм, страхования медицина, Беларусь

THE BELARUSIAN HEALTH CARE SYSTEM: PAST, PRESENT, FUTURE

Snezhitskiy V.A., Surmach M.Yu.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The features of the historical development of Belarusian health care system in the last 100 years are revealed. The author shows the historical commonality with the countries of the former "socialist camp", the prerequisites for the formation of insurance medicine model in the territory of modern Belarus.

Key words: health care system, Semashko model, Beveridge model, new economic mechanism, insurance medicine, Belarus

На протяжении почти всего двадцатого века Беларусь входила в состав СССР и принадлежала к числу стран «социалистического лагеря», где функционировала созданная в 1920-е годы Народным

комиссаром здравоохранения Н. А. Семашко медико-организационная модель здравоохранения. Здравоохранение являлось целиком государственным, подчинялось принципам централизации, обязательной диспансеризации и профилактической направленности.

Вместе с тем, к началу двадцатого века на территориях, ныне принадлежащих Республике Беларусь, была создана система «страховой рабочей медицины». После утверждения 23 июня 1912 г. Государственной думой закона о страховании рабочих, стали образовываться больничные кассы, которые осуществляли страхование здоровья. С одной стороны, больничные кассы выплачивали пособия в связи с утратой трудоспособности в случае родов, болезни, увечья, а также на погребение. С другой стороны, больничные кассы повсеместно занимались организацией бесплатной медицинской помощи рабочим и членам их семей. Врачи разных специальностей привлекались кассами на договорных началах для лечения застрахованных. Больничные кассы могли также иметь врачей на постоянной службе. Кроме того, эти кассы организовывали учреждения для оказания амбулаторной, стационарной, экстренной медицинской помощи. Лечение сочеталось с изучением условий труда и быта рабочих, было начато и изучение заболеваемости в связи с условиями производства. Больничные кассы имели право осуществлять общесанитарные мероприятия с наказанием денежным штрафом виновных в заболевании рабочих – членов кассы. Постепенно создавалась система «страховой рабочей медицины», которая финансировалась через больничные кассы в основном за счет фондов социального страхования из средств взносов промышленных предприятий, рабочих-членов касс, поступлений от страховых товариществ [1].

Больничные кассы прекратили работу в 1919 г. Уже в первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции со времени съезда медико-санитарных отделов (в 1918 году), на котором выступили Н. А. Семашко, З. П. Соловьёв и другие известные деятели здравоохранения, говорилось о бесплатности, общедоступности, единстве, профилактическом направлении и «санитарной самодеятельности» населения как о важнейших принципах «советской медицины». Таким образом, согласно политической воле, модель страховой медицины не была реализована, однако Беларусь в составе Союза Советских Социалистических Республик стала проводником претворения в

жизнь эффективной для своего исторического периода времени, уникальной по своим масштабам и длительности существования, модели Н. А. Семашко. Исторически эффективность этой модели подтверждает факт, что она была использована в Великобритании в середине 19 века, став основой модели Бевериджа.

В модели Бевериджа (проект Лорда Уильяма Бевериджа, Великобритания, 1942-1948 годы) так же как и в модели Семашко, главенствует принцип, что здоровье населения – это общественное благо, а его охрана – долг государства. Уильям Беверидж выделил медицинское обслуживание в системе социального обеспечения, сформировав для него отдельный целевой финансовый фонд в общих налогах. Финансирование здравоохранения в обеих моделях, как Бевериджа, так и Семашко, осуществляется за счёт бюджета (центрального и локальных), однако модель Семашко не выделяет отдельных, специальных целевых фондов для покрытия расходов в системе здравоохранения. Обе модели обеспечивают широкий набор бесплатных гарантированных услуг в системе здравоохранения для всего населения, независимо от состояния здоровья и материального статуса, с равным доступом граждан к медицинской помощи и административным контролем деятельности в системе здравоохранения. В модели Семашко предусмотрена единая государственная система здравоохранения. Модель Бевериджа гарантирует равную доступность к бесплатной медицинской помощи только в государственных организациях, оставляя за государством право контроля и преимущественного представителя услуг в сфере здравоохранения, при этом не исключая возможности наличия организаций здравоохранения негосударственной формы собственности.

Основные принципы, три «кита» модели Н. А. Семашко – единое государственное здравоохранение, централизация и всеобщая диспансеризация, – вполне отражают принципиальную организацию здравоохранения в Беларуси сегодня. Вместе с тем, модель Семашко претерпела изменения, отличающие сегодняшнюю систему здравоохранения Беларуси от других систем. В Беларуси здравоохранение, как и исторически в модели Семашко, финансируется из бюджета, однако в отличие от модели Бевериджа, целевой «здрoвоохраннoй» фонд в бюджете государства не выделен. Бюджетное обеспечение организаций здравоохранения Республики Беларусь регулируется государственными минимальными

социальными стандартами. В 1999 году был принят Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах», который ввёл в обиход понятие минимального уровня гарантий для жителей страны во всех социально значимых сферах: государственных услуг, которые предоставляются гражданам на безвозмездной основе за счет финансирования из бюджетов всех уровней. С принятием в 1993 году в Республике Беларусь Закона «О здравоохранении», на уровне законодательства стало возможным и развитие частного бизнеса в медицине. Так, статья 10 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. №2435-ХІІ (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 28.10.2016, 2/2431) указывает, что здравоохранение Республики Беларусь включает государственную систему здравоохранения, негосударственные организации здравоохранения, индивидуальных предпринимателей, осуществляющих в установленном законодательством Республики Беларусь порядке медицинскую, фармацевтическую деятельность. Основой здравоохранения Республики Беларусь является государственная система здравоохранения. Разработка и введение новых законопроектов, как например, Закона «О государственно-частном партнёрстве», также вносит коррективы в вопросы финансирования белорусского здравоохранения.

Масштабные политические изменения, произошедшие в середине 1980-х годов, повлекли за собой реформирование системы здравоохранения СССР и других социалистических стран. Начались поиски «нового хозяйственного механизма», чтобы усилить экономические механизмы стимулирования качества деятельности в здравоохранении, повысить роль амбулаторно-поликлинического звена. Предусматривалась система взаиморасчётов между поликлиниками и стационарами, для чего была разработана и введена в практику система клинко-статистических групп (КСГ). Резервы финансовых средств в здравоохранении изыскивались из двух основных потоков. Во-первых, коренного изменения системы бюджетного финансирования учреждений здравоохранения с переходом от выделения им средств из бюджета по отдельным статьям расходов, к финансированию по долговременным стабильным нормативам, комплексно отражающим целевую направленность деятельности учреждений (переход от бюджетного к территориальному финансированию путём выделения средств в

расчёте на одного жителя данной территории). Во-вторых, предусматривалось сочетание бюджетного финансирования деятельности учреждений здравоохранения с развитием платных услуг населению, выполнением работ по договорам с предприятиями, организациями и учреждениями на хозрасчётной основе, при этом не допускалось снижение величины бюджетных ассигнований на здравоохранение путём замещения неоплачиваемых населением услуг платными [2].

«Новый хозяйственный механизм» рассматривался на постсоветском пространстве как переходный к коренному реформированию системы – введению страховой медицины. 26 октября 1990г. в «Медицинской газете» был опубликован проект Основ законодательства СССР и союзных республик о финансировании здравоохранения, включающий проект закона «О медицинском страховании граждан». Закон определял общие правовые основы финансирования системы здравоохранения в СССР в условиях регулируемых рыночных отношений и многообразия форм собственности. Законопроект состоял из трех разделов: "Общие положения", "Фонды охраны здоровья", "Медицинское страхование", которые включали в себя 24 статьи. Вместе с тем, политические факторы вновь стали определяющими: при обретении Республикой Беларусь самостоятельности системы белорусского и российского здравоохранения получили независимое развитие, при этом в Российской Федерации была реализована модель страховой медицины, Республика Беларусь же ограничилась утверждающим временное положение о добровольном медицинском страховании приказом Министра здравоохранения (Приказ МЗ РБ № 192 от 29 июля 1997г.), с последующим его уточнением и введением актуальной в настоящее время Инструкции о взаимодействии государственных организаций здравоохранения и страховых организаций Республики Беларусь, затем вступил в силу Указ Президента Республики Беларусь № 354 от 26 июля 2000г. «Об обязательном медицинском страховании иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих в Республику Беларусь». В 1993 году в Российской Федерации, с введением Закона «О медицинском страховании», произошло резкое изменение механизмов финансирования здравоохранения с переходом от бюджетной модели к обязательному медицинскому страхованию (ОМС). Спустя 10 лет, по данным Всероссийского мониторинга

качества жизни, индекс доступности медицинской помощи в России оказался одним из самых низких среди всех компонентов качества жизни россиян [3].

В Польше в 2003 году вступил в действие закон о всеобщем медицинском страховании в Narodowym Funduszu Zdrowia (НФЗ), введший одинаковые условия финансирования охраны здоровья, и имевший целью обеспечить равный доступ к медицинской помощи во всей территории страны. Однако для того, чтобы иметь дополнительные индивидуальные гарантии доступа к медицинским услугам, население прибегает к добровольному (коммерческому) медицинскому страхованию: только за 4-летний интервал, с 2012 по 2016 годы, число лиц, охваченных коммерческим страхованием, возросло почти в 8 раз: с 35 тысяч до 386,1 тысяч человек [4]. В 2018 году министром К. Радзивиллом провозглашена плановая ликвидация НФЗ с передачей его компетенций Министерству здравоохранения [5]. Основной причиной такого решения стало наличие очередей, не позволяющих гарантировать своевременную медицинскую помощь застрахованным.

По мнению экспертов ВОЗ, для создания образцовой системы финансирования здравоохранения «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, 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 необходимыми службам для уязвимых групп населения» (цит. по: <http://www.who.int/features/qa/74/ru>).

Каждая страна выстраивает собственную политику и тактику финансирования отрасли здравоохранения, в рамках уникальных для каждой страны, присущих только ей исторических, экономических и

политических особенностей. Беларуси следует внимательно присмотреться к опыту соседних государств: историческая общность и опыт перемен последних десятилетий позволяют почерпнуть положительные аспекты и избежать негативных. Учитывая мнение экспертов и рекомендации ВОЗ, Беларусь не отказывается в перспективе от возможного реформирования системы здравоохранения, с сохранением ведущих организационных принципов: централизации и социальной направленности.

Литература:

1. Тищенко, Е. М. Здравоохранение Белоруссии в XIX-XX веках: монография / Е. М. Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2003. – 269 с.
2. Биркос, А. А. Новый хозяйственный механизм в здравоохранении и проблемы перехода к страховой медицине: методические рекомендации / А. А. Биркос, Е. М. Тищенко. – Гродно, 1992.- 29 с.
3. Стародубов, В. И. Здоровье нации и система здравоохранения Российской Федерации / В. И. Стародубов // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. – №11/12. – С. 65 – 69.
4. Laskowska, Iwona. Rola prywatnych ubezpieczen zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w obliczu zmian demograficznych w Polsce / Iwona Laskowska // Problemy zarzadzania. – 2017. – vol. 15, nr 3 (69), cz.1. – s. 118-119.
5. Ministerstwa Zdrowia // [http: www.mz.gov.pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania](http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania). – Date of access 01.08.2017.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (К 75-ЛЕТИЮ СОЗДАНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Хильмончик Н. Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. В статье дается характеристика здравоохранения Гродненской области в послевоенный период, его развитие в годы социализма и период независимости Республики Беларусь.

Ключевые слова. Здравоохранение, Гродно, врачи и средний медицинский персонал.