

## ГЛАВА 2

### ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БОЛЕЕ ШИРОКОМ КОНТЕКСТЕ

2.1 В данной главе речь пойдет об экономическом и социальном контекстах политики в области здравоохранения Беларуси, а также о влиянии последствий Чернобыльской катастрофы на здоровье населения.

#### 2А ЭКОНОМИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.2 В последнее десятилетие экономическое развитие и накопленный страной опыт предопределили необходимость улучшения распределения ресурсов в экономике. Желание повысить эффективность медицинских услуг и более экономично использовать средства в системе здравоохранения можно рассматривать как проявление такого стремления.

2.3 Первые годы после обретения независимости. На момент обретения независимости в 1991 г. Беларусь оказалась в сложной ситуации. С одной стороны, уровень жизни в стране был одним из наиболее высоких по сравнению с другими республиками бывшего СССР, так как Беларусь являлась сердцем промышленной мощи и унаследовала более эффективно функционирующие предприятия. Многие из этих предприятий, производившие, в основном, потребительские товары, были модернизированы лишь незадолго до распада СССР. С другой стороны, экономика страны оказалось в трудной ситуации, поскольку на 90% зависела от поставок энергоносителей и на 70% от импорта сырья из бывших союзных республик. Почти весь экспорт также направлялся в эти республики. Более того, в конце 80-х гг. страна понесла серьёзный ущерб от аварии на Чернобыльской АЭС и должна была выделять значительные средства на переселение населения из загрязнённых территорий, разрабатывать технологии по снижению воздействия радиации и бороться с новыми проявлениями угрозы здоровью и сопутствующими последствиями (см. Раздел 2В и текстовый Блок 1).

2.4 При поддержке международных организаций Беларусь приступила к проведению первоначальных рыночных реформ, включая либерализацию цен и малую приватизацию. К 1995 г. страна добилась определенных успехов в проведении структурных реформ. Однако, экономическое руководство того периода не смогло справиться с трудностями, возникшими в результате распада СССР. Беларусь действительно понесла колоссальные потери в торговле и утратила многие рынки

сбыта из-за разрыва связей между предприятиями и неплатежей, а также из-за появления на рынке более конкурентоспособных западных товаров. Поэтому в середине десятилетия страна столкнулось с проблемой стремительной инфляции и сокращающегося ВВП.

2.5 Период 1995–1998 гг. Новое правительство, сформированное в 1995 г., стало проводить экономическую политику, основанную на спускаемых сверху объемах производства, контроле цен и целевых кредитах. Такой подход строился на продуманных, однако чересчур общих подходах, которые объединяли в себе наследие старой системы и модификации, необходимые для работы в новых условиях на внутреннем и внешнем рынках. В государственной собственности осталось большинство производственных ресурсов, а значительная доля ВВП выделялась на социальные расходы и субсидии. Реструктуризация, направленная на усиление рыночной ориентации экономики, была крайне ограниченной.<sup>2</sup> Открыто провозглашённая цель этой стратегии состояла в создании социально-ориентированной рыночной экономики при очень активной роли государства. Однако эти принципы не получили дальнейшего развития в виде комплексного набора системных и детальных отраслевых стратегий.

2.6 Новая политика принесла ощутимые результаты. Проведенный в 2001 г. анализ показал, что экономические цели, поставленные в 1995 г., были выполнены по росту производства, жилищному строительству и производству продовольствия, но не по капиталовложениям, которые, наоборот, существенно сократились. Значительное увеличение промышленного производства помогло восстановить ВВП после 1995 г. В результате ВВП Беларуси приблизился к уровню 1991 г. ближе, чем в любой другой стране бывшего СССР.<sup>3</sup> Наибольшая доля ресурсов направлялась на индивидуальное потребление и жилищное строительство. Система множественности обменных курсов являлась важным инструментом достижения внутренних производственных целей и выполнения обязательств по бартерным соглашениям. Денежная эмиссия использовалась для удовлетворения внутреннего спроса и обеспечения оборотного капитала для сельского хозяйства и экспорта. Несмотря на ценовой контроль, это вызвало сильную инфляцию, продолжающуюся до сих пор.

2.7 Беларусь также использовала преимущества специфики отношений с Россией. Это выразилось в виде значительных субсидий на энергоносители, что, согласно некоторым расчётам, составляет до 10% ВВП. Более того, на долю России приходилась большая часть белорусского экспорта – через бартерные сделки продукция обменивалась на энергоносители. Отсутствие границ способствовало доступу на российские рынки и дополнительно стимулировало торговлю. И, наконец, значительное сокращение производства в России и Украине предопределило готовый рынок для традиционных потребительских товаров.

---

<sup>2</sup> Такая реструктуризация может включать внутреннюю и внешнюю либерализацию, стимулирование конкуренции, приватизацию как малых, так и крупных предприятий, развитие частного бизнеса, реструктуризацию предприятий и развитие финансового сектора.

<sup>3</sup> Согласно официальной статистике, результаты работы белорусской экономики были наилучшими среди всех стран СНГ. Только некоторые страны Центральной Европы превзошли эти достижения.

2.8 Экономическое развитие в последние годы. Экономическая стратегия, проводимая Правительством с 1995 г., подверглась жёсткому испытанию в период российского кризиса 1998 г. Темпы экономического роста замедлились, система множественных обменных курсов стала неуправляемой, и вскоре стало ясно, что страна не в состоянии получать необходимые ресурсы для наращивания производственных мощностей и модернизации технологий. Увеличились запасы нереализованной продукции, возникла задолженность, внутреннее потребление не возобновилось, а сельскому хозяйству и жилищному строительству требовались значительные вливания средств для достижения поставленных целей. Тем не менее, Правительство продолжает активно вмешиваться в белорусскую экономику. Общие государственные доходы и расходы, включая средства на соцобеспечение, достигали 45%, как в 1999 г., так и в 2000 г. В государственной собственности продолжает оставаться большая часть производственных фондов – предприятий, земли и недвижимости. И, наоборот, на долю частного сектора, по некоторым оценкам, приходится не более 10% ВВП. Приватизация осуществляется медленно и общая макроэкономическая ситуация не способствует усилению экономической активности.

2.9 Для разрешения такой ситуации страна начала осуществлять процесс реформ посредством унификации обменных курсов и долгосрочной программы интеграции с Россией, которая строится, в основном, на достижении фиксированного паритета между двумя валютами и свободном перемещении товаров и капитала между двумя странами. Договор о создании Союзного Государства Беларуси и России, подписанный в декабре 1999 г., устанавливает (через протокол реализации) сроки введения единой валюты (до 2005 г.), гармонизацию гражданских кодексов и экономического законодательства, включая: (а) ценовое регулирование (до 2001 г.); (б) налоговый кодекс (до 2002 г.); (в) режим внешней торговли и таможенный режим (до 2005 г.) и (г) гармонизацию законодательства в области транспорта, энергетики и телекоммуникаций (до 2005 г.). Если реализация пойдёт согласно установленному плану, то такая повестка дня будет определять ключевые структурные реформы и будущие меры экономической политики. Однако, масштабы и темпы предлагаемой интеграции остаются неясными.

2.10 Перед лицом меняющихся обстоятельств. Сегодняшние реалии возлагают большую ответственность на страну и правительство. Эти факторы могут заставить Беларусь пересмотреть свою стратегию таким образом, чтобы придать устойчивый характер стратегии поэтапных реформ. Для обеспечения устойчивого экономического роста Беларуси потребуется развить свои нынешние инициативы таким образом, чтобы обеспечить большую гибкость в распределении и использовании ресурсов. Помимо усиления ведущей роли цен в распределении ресурсов, новый подход потребует придания большей самостоятельности медицинским учреждениям и их руководителям, повышения прозрачности и открытости управления и сокращения степени целевого выделения финансовых средств. Эти изменения также будут способствовать переходу к практике жёстких бюджетных ограничений, которые внесут важный вклад в стабилизацию макроэкономической ситуации. Большая степень самостоятельности позволит также осуществлять перераспределение ресурсов в пользу наиболее продуктивных отраслей и тем самым избежать общего платёжного кризиса, как это произошло в других странах СНГ. Более благоприятная среда для становления новых предприятий будет способствовать усилению гибкости и созданию новых рабочих мест. Более высокая эффективность государственных расходов позволит высвободить

бюджетные ресурсы для наиболее производительных отраслей с целью осуществления необходимых инвестиций и, тем самым, преодолеть процесс старения производственных технологий, который сейчас набирает обороты. Вышеупомянутые договорённости с Россией определили рамки постепенной либерализации на макроэкономическом уровне и могут потенциально привести к осуществлению масштабных макроэкономических реформ и предоставлению большей самостоятельности субъектам хозяйствования страны.

## **2Б СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

2.11 Начавшийся в 1995 г. экономический рост не привёл к улучшению экономического благосостояния. Вместо этого произошел рост безработицы, а реальные денежные доходы домашних хозяйств не выросли. Несмотря на значительные государственные расходы на социальный сектор и социальную помощь, бедность по-прежнему остаётся значительной проблемой. Размеры бедности определяются как доля населения с доходами менее 60% бюджета прожиточного минимума. Уровень бедности увеличился с 32,1% в 1997 г. до 38,9% в 1999<sup>4</sup>. Несмотря на то, что по отношению к 1999 г. в 2000 г. произошло снижение уровня бедности до 35,7%, он был выше, чем в 1997 и 1998 гг. (33%) и явно сохранял тенденцию к увеличению с середины 90-х годов. Пик бедности пришёлся на 1999 г. и был обусловлен последствиями финансового кризиса в России. Усилия правительства по повышению пенсий и зарплат низкооплачиваемых категорий работников, а также усилия по снижению инфляции в 2000 г., кажется, принесли смягчающий эффект. Однако, «период нахождения в состоянии бедности» сохраняет устойчивую тенденцию к возрастанию; в 2000 г. процентное соотношение людей, которые находилось в состоянии бедности в течение длительного времени, увеличилось – 18% населения находилось в состоянии бедности на протяжении более 9 месяцев. В то же время, неравенство доходов оставалось на низком уровне, в 1997 и 2000 г. коэффициенты Гини составляли, соответственно, 0,258 и 0,270.

2.12 Что представляют собой бедные в Беларуси? Бедность в стране обладает теми же общими чертами, которые были выявлены в ходе недавних исследований, проведенных в других странах СНГ. Так же как и в других странах, наиболее высокий риск бедности приходится на детей, особенно в семьях, имеющих троих и более детей, и в неполных семьях (с одним родителем). Распространённость бедности намного выше в сельской местности, особенно среди населения с низким уровнем образованием. Гендерные различия в показателе бедности в целом несущественны.

2.13 Для того, чтобы обеспечить более эффективное расходование средств на социальные нужды, необходимо лучше понять характер проблем, которые предстоит

---

<sup>4</sup> В Беларуси бедность оценивается по двум основным показателям – по бюджету прожиточного минимума (БПМ) и минимальному прожиточному уровню (МПУ). БПМ – это минимальная «корзина» товаров и услуг, необходимая для обеспечения базовых физических потребностей в одежде, продовольствии и жилище. БПМ рассчитывается для различных социально-демографических групп. МПУ составлял 60% от БПМ до 1998 г., 65,7% в 1999 г. и 64,4% в 2000 г. Для обеспечения сопоставимости в исследовании использовался МПУ в размере 60%, а данные о характере бедности основаны на обследовании домашних хозяйств за 2000 г.

решать, и характеристики населения, охваченного бедностью. В частности, отсутствие развивающегося частного сектора, особенно в виде малых и средних предприятий, препятствует росту возможностей для трудоустройства и возлагает ответственность по обеспечению занятости на государство и его социальные службы.

## **2В ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ**

2.14 Влияние последствий чернобыльской катастрофы на здоровье населения противоречиво, крайне отрицательно по меньшей мере для нескольких категорий населения и сложно в определении. Катастрофа также повлекла дополнительные трудности. Например, как уже отмечалось выше, Беларусь вынуждена осуществлять программу по отселению населения из загрязнённых районов, разрабатывать технологии по преодолению воздействия радиации и решать целый ряд других вопросов по ликвидации последствий аварии.

2.15 Авария, произошедшая в апреле 1986 г. на атомной электростанции, расположенной на удалении 20 км от белорусско-украинской границы, была самой масштабной во всей истории атомной промышленности. Выход из строя одного из реакторов привёл к неконтролируемому выбросу энергии и последующему взрыву пара, который уничтожил реактор и серьёзно повредил здание, в котором он был расположен. На объекте возник интенсивный пожар, доза облучения оказалась смертельной для нескольких рабочих. Также происходил выброс в атмосферу радиоактивных изотопов йода и цезия, который был особенно интенсивным в первые десять дней после аварии. Выброшенные радионуклиды плотно осели на прилегающих районах, которые сегодня являются территориями Беларуси, Российской Федерации и Украины. Самые загрязнённые районы в Беларуси находятся на территории Гомельской и Могилёвской областей, соответственно, к востоку и юго-востоку от Минска.

2.16 Были предприняты меры по предотвращению распространения радиации и уничтожению радиоактивного мусора, а позднее вокруг реактора был сооружён защитный купол (“саркофаг”). В ликвидации последствий аварии на территории станции и проведении работ в радиусе 30 км вокруг неё в 1986-1987 гг. приняли участие 240.000 человек, так называемые “ликвидаторы”. К 1990 г. их число возросло до 600.000, поскольку продолжалось проведение восстановительных работ, в которых они были задействованы. По данным 1997 года, количество ликвидаторов в Беларуси составило 127.716 человек. Другие мероприятия по преодолению последствий аварии включали эвакуацию в 1986 г. около 116.000 человек из районов, непосредственно прилегающих к месту аварии, и последующее отселение 220.000 человек из районов Беларуси, Российской Федерации и Украины.<sup>5</sup> В 1986 г. количество переселенцев в Беларуси составило 24.275 человек<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Научный комитет ООН по изучению воздействия атомной радиации (UNSCEAR) *Exposures and Effects of the Chernobyl Accident* («Последствия и воздействие чернобыльской аварии»). Отчёт UNSCEAR Генеральной Ассамблее ООН, Приложение J. Опубликовано в Международном журнале по радиационной медицине, 2000 г., том 2-4(6-8), стр. 3-109.

<sup>6</sup> Там же, Таблица 20, стр. 74.

2.17 Катастрофа оказала негативное влияние на здоровье населения по нескольким видам воздействия. К ним относятся прямое радиоактивное облучение во время и после аварии, воздействие радиоактивных осадков, осевших в прилегающих районах и продолжающееся облучение, создаваемое радиоактивными частицами, накапливаемыми в организме вследствие употребления содержащих радионуклиды продуктов питания, таких как молоко, овощи и продукты их переработки. Можно также вести речь о психологических и социологических последствиях.

2.18 Оценка воздействия последствий аварии на состояние здоровья населения, остаётся источником полемики. Международными комиссиями был проведен подробный ретроспективный анализ многих исследований по данной теме. Самым полным из них является отчёт Генеральной Ассамблее ООН, подготовленный Научным комитетом ООН по изучению воздействия атомной радиации (UNSCEAR)<sup>7</sup>. Комитет дал относительно оптимистичную общую оценку долгосрочных последствий аварии. С выводами Комитета не полностью согласны некоторые медицинские и государственные структуры стран, наиболее пострадавших от аварии, которые считают оценку последствий чернобыльской катастрофы необоснованно ограниченной и чересчур оптимистичной. По их мнению, в своих выводах Комитет недооценивает некоторые возможные медицинские последствия и не учитывает все социологические и психологические аспекты воздействия аварии.

2.19 В отчёте UNSCEAR определены следующие основные виды воздействия на состояние здоровье населения:

- ◆ В результате высоких доз облучения, полученных при тушении пожара и проведении ликвидационных работ в первые дни и недели после аварии скончались 30 пожарных и ликвидаторов.
- ◆ Накопление радиоактивного йода в щитовидной железе у детей привело к росту серьёзных заболеваний более быстрыми темпами, чем предполагалось.
- ◆ В Беларуси заболеваемость раком щитовидной железы у детей в возрасте до 15 лет значительно возросла с 0,3 на 100.000 в 1986-1989 гг. до 3,9 в 1991 г. и 5,5 в 1992 г. Тенденция к росту сохранялась до 1998 г. В период 1990-1998 гг. в Беларуси было выявлено 1.067 случаев рака щитовидной железы у детей, возраст которых на момент аварии составлял 0-17 лет<sup>8</sup>. [Следует отметить, что в более поздних отчетах Министерства здравоохранения приводятся данные, свидетельствующие о том, что за период 1996 – 2000 гг. было зарегистрировано 975 случаев прооперированного рака щитовидной железы среди детей в возрасте 0 – 18 лет и 7504 случая среди всего населения Беларуси].

---

<sup>7</sup> См. выше.

<sup>8</sup> Там же, Таблицы 57-58, стр. 87-88.

- Спустя 14 лет после аварии на Чернобыльской АЭС другие медицинские последствия, связанные с радиоактивным облучением, включая заболеваемость лейкемией, пока не проявились. Тем не менее, есть вероятность выявления других медицинских последствий либо по прошествии определенного времени, либо посредством более методологически совершенных исследований, который позволят определить оценочные дозы облучения пострадавших лиц. (В текстовом блоке 1 представлена выдержка из резюме о выводах указанного выше отчёта.)

2.20 В отчёте UNSCEAR за 2000 г. внимание разработчиков политики в области здравоохранения, акцентируется на следующих вопросах:

- ◆ Включение добавок йода в рацион населения, проживающего в районах, где имеется его недостаточность, и обследование групп повышенного риска могут уменьшить радиологические последствия. Прогноз благоприятен даже для пациентов, у которых уже диагностирован рак щитовидной железы;
- ◆ Исследования, направленные на определение доз радиации, полученных ликвидаторами, позволят повысить вероятность того, что эпидемиологические исследования смогут выявлять любое увеличение заболеваемости раком или смертности от него среди данной группы в результате воздействия ионизирующего облучения. Выявить такое увеличение будет достаточно сложно.
- ◆ "Несмотря на то, что лица, подвергшиеся воздействию радиации в детском возрасте, и ликвидаторы, подвержены повышенному риску проявления воздействия радиации, подавляющему большинству населения не следует бояться серьёзного ухудшения здоровья в связи с последствиями Чернобыльской аварии. большей частью оно подверглось воздействию радиации, уровень которой сопоставим с уровнем естественного радиационного фона или в несколько раз выше его, а последующее воздействие будет снижаться в результате распада накопленных радионуклидов."<sup>9</sup>

2.21 Несмотря на то, что полемика о влиянии последствий чернобыльской аварии на здоровье населения продолжается, в Беларуси существует твёрдое убеждение, что в результате аварии произошло значительное увеличение зарегистрированных случаев заболевания раком и другими болезнями. Например, согласно одной из выдвинутых гипотез, в результате воздействия радиоактивного цезия происходит увеличение темпов старения в ходе жизненного цикла, что приводит к более раннему наступлению половой зрелости и снижению продолжительности жизни в целом. Утверждается, что продолжительность жизни поколения, родившегося после 1985 г. в районах, в которых уровень загрязнения радиоактивным цезием превышает 1 кюри, может быть на 25-30% ниже, чем обычно<sup>10</sup>. В других исследованиях выдвинута гипотеза, что Чернобыль повлек за собой серьёзные умственные и психологические последствия.

<sup>9</sup> Там же, стр. 67

<sup>10</sup> Рабочий документ, полученный от местных авторов, для разработки стратегии развития системы здравоохранения в Беларуси.

Методологические сложности, связанные с проведением целенаправленного изучения влияния чернобыльской катастрофы, оставляют открытым утверждение об отрицательном воздействии аварии на здоровье населения, для подтверждения которого пока нет убедительных научно подтвержденных данных, а также о том, что ряд проблем со здоровьем ошибочно приписывается воздействию Чернобыля.

2.22 Чернобыль продолжает оставаться тяжёлым бременем для общества по многим другим аспектам. Один из них состоит в том, что авария отрицательно сказалась на сельскохозяйственном производстве, которое традиционно было экономически важным для Беларуси. В топографическом ландшафте страны доминирует равнина, 1/3 территории страны покрыта лесами, бассейны рек простираются в сторону Балтийского и Чёрного морей, а умеренный континентальный климат позволяет производить сельскохозяйственную обработку 45% земель и выращивать зерновые, картофель, овощи, рапс, производить молоко и мясо. Более 70% радиоактивных осадков, выпавших в результате Чернобыльской аварии, осело на землях Беларуси, почти 23% территории страны подверглось загрязнению. Из-за высокого уровня радиоактивного загрязнения почв 261.000 га пахотных земель (приблизительно 3% общей площади пахотных земель) и 36.000 га лесных угодий были выведены из хозяйственного пользования.

2.23 Чернобыльская авария также стала тяжким испытанием для населения страны. Всего из районов Беларуси с высоким уровнем радиоактивного загрязнения было отселено 130.000 человек и ещё примерно 200.000 человек самостоятельно покинули пострадавшие районы. Тем не менее, около 1,8 млн. человек продолжают проживать на территории с повышенным уровнем радиоактивного загрязнения. Помимо этого, пострадавшие районы Беларуси заселяются мигрантами, прибывающими, в основном, из районов военных и гражданских конфликтов в странах бывшего СССР. Их число составляет около 50,000 человек.

**Блок 1. Общее влияние Чернобыльской аварии на здоровье населения:  
Резюме выводов ретроспективного анализа, проведенного через 15 лет после  
катастрофы**

Отчёт UNSCEAR за 2000 г. следующим образом обобщает влияние аварии на здоровье населения, а также соответствующие исследования и их интерпретацию:

"Помимо наблюдаемого в Беларуси, Российской Федерации и Украине значительного увеличения количества случаев заболевания раком щитовидной железы у детей, нет подтверждения значительного воздействия на здоровье ионизирующего облучения через 14 лет после чернобыльской аварии. Не отмечен рост общей заболеваемости раком, которая может быть вызвана воздействием радиации. Для некоторых видов рака рост заболеваемости пока не проявился, учитывая скрытый период образования злокачественных опухолей. Повышенный риск развития лейкемии, одного из наиболее установленных последствий облучения, не был выявлен даже среди участников восстановительных работ на месте аварии или детей. Также нет научно обоснованных доказательств роста других форм неонкологических патологий, связанных с ионизирующим облучением.

"Увеличение случаев рака щитовидной железы среди населения, подвергшегося в детстве воздействию радиоактивного облучения, в частности, в сильно загрязнённых районах трёх пострадавших стан, ввиду короткого периода поглощения является резким контрастом по сравнению с тенденциями, отмечаемыми после других авариях или ситуациях с облучением. Другие факторы, например, нехватка йода и флюорография, наверняка влияют на степень

риска. Этим проблемам было посвящено несколько исследований, но только таких, в которых выявление значительного влияния радиации было сделано на основании учёта экстремальных случаев. Недавние исследования показали, что риск развития рака щитовидной железы у лиц, которым на момент аварии было больше 10 лет, уменьшается. Начиная с 1995 г. идет снижение риска среди лиц, которым на момент аварии было 5-9 лет, но продолжается рост заболеваемости среди тех, кому в 1986 г. было менее 5 лет.

"Отмечается тенденция устанавливать причинную связь между ростом онкологических патологий (за исключением рака щитовидной железы) и чернобыльской аварией; однако следует учитывать, что в пострадавших районах рост заболеваемости также наблюдался и до катастрофы. Более того, в последние годы отмечен общий рост заболеваемости во многих регионах бывшего СССР, и этот факт следует также учитывать при интерпретации результатов чернобыльских исследований. Ввиду этих и других неясных факторов, есть необходимость в проведении хорошо разработанных, качественных аналитических исследований, особенно по категории участников восстановительных работ из Беларуси, Российской Федерации, Украины и стран Балтии, в которых особое внимание должно быть уделено определению дозы и изучению скринингового эффекта и других возможных сопутствующих факторов"<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научный комитет ООН по изучению воздействия атомной радиации (UNSCEAR) *Exposures and Effects of the Chernobyl Accident* («Последствия и воздействие чернобыльской аварии»). Отчёт UNSCEAR Генеральной Ассамблее ООН, Приложение J. Опубликован в Международном журнале по радиационной медицине, 2000 г., том 2-4(6-8), стр. 3-109. Разделы 113-117. стр. 66-67

2.24 Хотя правительство Беларуси выделяет значительные средства на проведение мероприятий по ликвидации последствий чернобыльской аварии, объем средств имеет тенденцию к сокращению. Кроме этого, международные доноры, включая Всемирный банк, предоставляют дополнительное финансирование на проведение исследовательских работ и инвестиции.<sup>11</sup>

## ГЛАВА 3

### КРАТКИЙ ОБЗОР СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ

3.1 В данной главе дается обобщенная характеристика четырех основных составляющих системы здравоохранения Беларуси, а именно: ее законодательной базы, структуры, функционирования и финансирования. В ней также представлено краткое описание модели Витебского эксперимента.

#### 3 А Законодательная база системы здравоохранения

3.2 Законодательная база системы здравоохранения заложена в статьях Конституции Республики Беларусь, основного закона (Закон о здравоохранении Республики Беларусь) и нормативных актах, касающихся более конкретных аспектов здравоохранения. Кроме того, соответствующие указы и распоряжения Президента

<sup>11</sup> В частности, Всемирным банком проведена Экологическая оценка радиологических последствий для лесного хозяйства в загрязнённых районах Беларуси (1994-финансовый год). Кроме того, в рамках Проекта по развитию лесного хозяйства (1995-финансовый год) Банк финансировал мероприятия по предупреждению распространения радионуклидов через лесные пожары и оказывал помощь в приобретении навыков управления лесными ресурсами, загрязнёнными в результате Чернобыльской катастрофы.

имеют силу закона; а положения и постановления Совета Министров способствуют укреплению общей законодательной базы. Финансирование, управление, контроль и оказание медицинских услуг в системе здравоохранения Беларуси осуществляется, в основном, в государственном секторе в соответствии с моделью Семашко.

3.3 Статья 45 Конституции Республики Беларусь 1994 г. предусматривает, что «граждане Республики Беларусь имеют гарантированное право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Государство гарантирует условие доступного для всех граждан медицинского обслуживания. Права граждан Республики Беларусь на охрану здоровья обеспечиваются также развитием физической культуры и спорта, мерами по оздоровлению окружающей среды, возможностью пользования оздоровительными учреждениями и совершенствованием охраны труда».

3.4 Закон о здравоохранении Республики Беларусь определяет направления политики по охране здоровья белорусских граждан, а также правовые, социальные, экономические и организационные основы системы здравоохранения. Данный закон обеспечивает:

- обеспечение для всех граждан доступного медицинского обслуживания и лекарственных препаратов;
- акцент на профилактике;
- приоритет в оказании медицинских услуг и предоставлении лекарственных препаратов детям и матерям;
- контроль за профессиональной деятельностью лечебных и фармацевтических учреждений;
- ответственность государственных органов и нанимателей за состояние здоровья граждан;
- равные возможности для развития лечебных учреждений, медицинских служб и организаций вне зависимости от ведомственной подчиненности и формы собственности;
- экономические интересы юридических и физических лиц по сохранению здоровья граждан;
- участие общественности и граждан в охране здоровья.

### **3 Б Структура системы здравоохранения**

3.5 На рисунке 1 показано, что ответственность за функционирование системы здравоохранения в первую очередь несет Министерство здравоохранения, а также ряд других министерств и органов государственного управления, включая Министерство внутренних дел, Министерство обороны, Министерство труда и социальной защиты, Министерство спорта и туризма и Министерство по чрезвычайным ситуациям, а также Комитет государственной безопасности (КГБ), Государственный комитет пограничных войск, ведомства, отвечающие за работу гражданской авиации, автомобильного и железнодорожного транспорта и медицинские исследовательские учреждения.

3.6 В системе здравоохранения насчитывается 728 клинических больниц и стационаров, составляющих ее основу. Система Министерства здравоохранения включает 12 областных клинических больниц, 110 городских больниц, 113

центральных участковых сельских больниц, 25 специализированных больниц, включая больницы для ветеранов, 24 районные больницы и 386 районных, или сельских стационаров. В данных лечебных учреждениях в общей сложности насчитывается 118591 больничных коек. Кроме того, в республике имеется 156 диспансеров и станций переливания крови, 572 поликлиники и учреждения для оказания амбулаторной медицинской помощи, а также 4091 других медицинских подразделений. В системе здравоохранения работает 41000 врачей и 113000 медицинских сестер. Кроме того, в ведомстве других исполнительно-распорядительных органов находятся 31 клиническая больница и другие различные медицинские службы, штатная численность которых составляет 4700 врачей и 9600 медсестер.

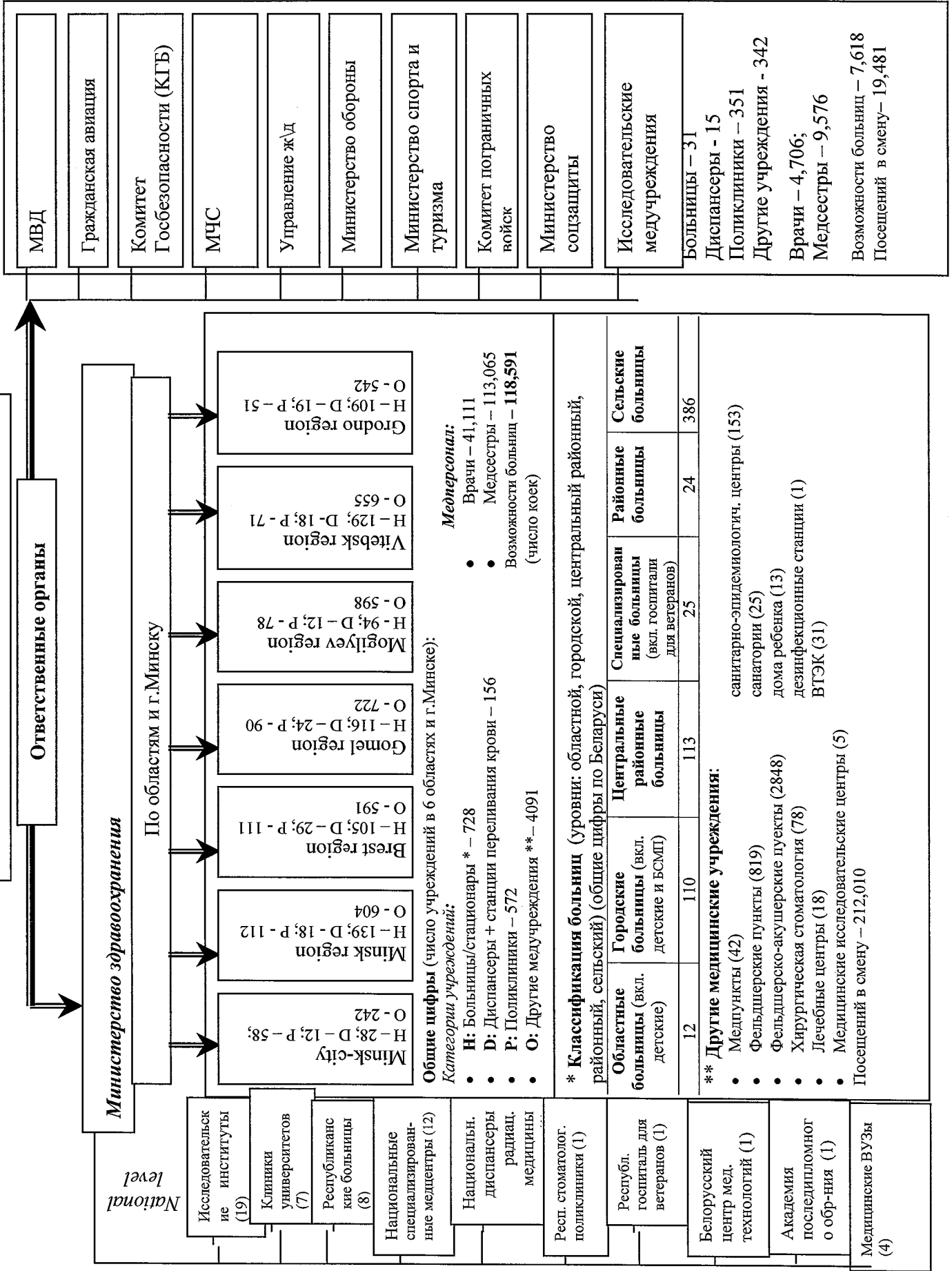
3.7 В целом на 1000 человек приходится 12,7 больничных коек, 4,8 врачей и 12,2 медсестер. Из этого числа в рамках системы Министерства здравоохранения на 1000 человек приходится 12,0 больничных коек, 4,3 врачей и 11,1 медсестер. В негосударственных лечебных учреждениях работает около 1900 врачей, или четыре процента от общего числа медперсонала. Однако виду того, что многие врачи не принимают непосредственного участия в проведении лечебных мероприятий, число врачей, занимающихся оказанием лечебных услуг, фактически составляет 2,6 на 1000 человек. Учитывая сложившиеся условия и ставки заработной платы, в системе первичной медико-санитарной помощи имеется 3000 вакансий для врачей. Тем не менее, территориальное распределение врачей является крайне неравномерным и составляет от 1,3 до 7 на 1000 человек.

3.8 Материально-техническая база в секторе здравоохранения крайне изношена. Большая часть медицинского оборудования морально устарела, обветшала и срок эксплуатации уже превышает 10 лет.

3.9 В настоящее время в Беларуси функционирует Белорусский государственный концерн «Белбиофарм», занимающийся производством и реализацией фармацевтических препаратов и микробиологической продукции. В состав концерна входят фармацевтические предприятия, которые функционировали до распада Советского Союза и производили ограниченный ассортимент продукции. Предприятия концерна «Белбиофарм» экспортирует около 45 процентов своей продукции. Полученные средства направляются на приобретение импортного сырья и оборудования. За период после обретения независимости, в Беларуси было создано новое предприятие по производству лекарственных препаратов – Республиканское Унитарное Предприятие «Экзон», а также пять негосударственных фармацевтических предприятий. После введения единого обменного курса фармацевтические предприятия работали достаточно рентабельно. Цены на лекарственные препараты являются фиксированными и одинаковы на всей территории страны.



Рисунок 1. Система здравоохранения Беларуси



### **3В    Функционирование системы здравоохранения**

3.10 Система здравоохранения работает под управлением общего административного аппарата, при этом стратегии, распоряжения и инструкции разрабатываются централизованно, а медицинские работники системы здравоохранения обязаны выполнять спущенные сверху распоряжения в рамках вертикально организованной структуры ведомственного подчинения. Данная вертикально организованная структура препятствует осуществлению широкого взаимодействия и координации между различными службами в рамках одной и той же административно-территориальной единицы.

3.11 Кроме медицинской помощи, оказываемой государственными медицинскими организациями, существует перечень частных медицинских услуг, в обязательном порядке подлежащих лицензированию. Министерство здравоохранения осуществляет руководство за деятельностью частного сектора. Врачи, работающие в государственных медицинских учреждениях, имеют право на частную практику, работая по совместительству или по контракту. Четыре процента врачей имеют лицензии на ведение частной практики. Данная цифра уменьшилась после того, как Министерству здравоохранения были переданы функции по администрированию лицензирования.

3.12 Уровни госпитализации являются высокими, и в 1999 году они составляли 28,2 госпитализированных пациента на 100 человек. Средний срок пребывания в стационаре также является достаточно продолжительным. Например, стандартная продолжительность стационарного лечения при аппендэктомии составляет 10-11 дней, при лапароскопии – 4-5 дней, а при хирургическом удалении катаракты – от 5 до 14 дней. Количество врачебных приемов составляет 12,2 на одного человека в год и количество вызовов бригад скорой медицинской помощи составляет 400 на 1000 человек

3.13 Число программ по пропаганде здорового образа жизни крайне ограничено. Тем не менее, были приняты меры по борьбе с курением, в школах реализуются санитарно-просветительные программы, хотя в эти программы следовало бы включить компоненты по повышению информированности учащихся о безопасных сексуальных отношениях и риске употребления наркотиков прежде, чем они достигнут возраста, в котором некоторые из них начинают вести регулярную половую жизнь и пробовать наркотики. Санитарно-эпидемиологическая служба несет ответственность за профилактику заболеваний путем проведения мер по охране здоровья населения.

3.14 Первичная медико-санитарная помощь, в основном, оказывается через систему поликлиник, которые также предоставляют амбулаторную специализированную медицинскую помощь и оказывают диагностические услуги. Системы первичной медико-санитарной помощи, получившие широкое развитие в странах Запада, находятся в республике в зачаточном состоянии. Тем не менее, Белорусская Академия последипломного образования приступила к реализации программы по переподготовке врачей (в основном, педиатров, акушеров-гинекологов и хирургов) по специализации «семейный врач», благодаря чему они получают возможность работать в качестве врача общей практики в рамках системы первичной медико-санитарной помощи. Это

позволило увеличить количество медицинских учреждений общей практики с 2-ух в 1997 году до 120 в 2000 году. Эти учреждения, в основном, расположены в сельских районах. По оценкам Министерства здравоохранения, требуется создание 400 медицинских учреждений общей практики.

3.15 В настоящее время существуют 33 категории населения, имеющие право на бесплатное получение лекарств; 4 категории оплачивают лекарства в размере 50% стоимости и 3 категории населения имеют право на приобретение лекарств со скидкой в 90%. Также предусмотрено бесплатное предоставление лекарств по 58 видам заболеваний. В 2000 г. объем продаж населению лекарств бесплатно или с частичной оплатой составил 29% от общего объема реализации лекарственных средств, что составило 104278 миллионов белорусских рублей; объем продаж лечебным учреждениям составил 34.6%. В первом полугодии 2001 г. населению было реализовано лекарственных средств на сумму 78384 миллионов белорусских рублей; объем продаж лекарств бесплатно или с частичной оплатой составил 18488 миллионов белорусских рублей или 23.5% от общего объема реализации лекарственных средств. Объем продаж лечебным учреждениям составил 31%.

### 3 Г Финансирование системы здравоохранения

3.16 Большая часть средств на финансирование системы здравоохранения поступает из государственного республиканского бюджета. Средства в доходную часть бюджета поступают за счет различных баз налогообложения, включающих налог на прибыль, акцизные сборы, налог на добавленную стоимость (ставка НДС 24%), земельный налог, налог на фонд заработной платы, чрезвычайный (Чернобыльский) налог, налоги на местную розничную торговлю и дорожный сбор. Часть доходов из регионов поступает в распоряжение государственного бюджета, а часть остается в распоряжении местной администрации в объеме, определяемом нуждами региона. Отчисления в доходную часть бюджета являются прогрессивными в региональном плане и, кроме ряда целевых субсидий, выделяемых организациям системы социальной защиты (средства, отчисляемые городскими предприятиями, предоставление жилья и определенного набора льгот), регионам не выделяются субсидии иного рода. Поступления от оплаты за оказание медицинских услуг составляют 2 - 5% от общих расходов на здравоохранение.

3.17 В последние годы в Беларуси на нужды здравоохранения выделялись ассигнования в размере 4 - 5 процентов ВВП в год. Правительством планируется увеличение этого объема с 5 до 7 процентов от ВВП в период с 2001 по 2005 годы, хотя сложности с бюджетом могут привести к тому, что начало этого процесса будет отложено на более поздний срок. Объем выделяемых из бюджета средств базируется на ценах на начало года. Учитывая тот факт, что на протяжении последних лет темпы инфляции были достаточно высокими, пересмотр бюджета за полугодие позволяет уточнить объем имеющихся доходов и возникшие бюджетные приоритеты, а также проанализировать исполнение бюджета за первые шесть месяцев. Была прекращена практика индексации фондов в течение года. Имеющиеся фонды распределяются по регионам на основе единых норм на душу населения, при этом проводятся определенные корректировки расходов, связанные, например, с отопительным сезоном, недоиспользованием производственного оборудования, приводящем к убыткам, и количеством учреждений здравоохранения в области. Областные администрации имеют право выделять до 17 процентов средств из своих бюджетов дополнительно к государственному финансированию в своих областях.

3.18 Каков объем личных расходов граждан на оплату медицинских услуг? Доходы, поступающие в бюджет государственных организаций здравоохранения от оказания платных услуг, составляют около 2 % от общего финансирования, при этом 50 процентов доходов от частных стоматологических услуг поступает в бюджет. Добровольное медицинское страхование впервые было введено в Минске, и теперь оно предусмотрено государственной программой, в соответствии с которой пациент имеет право выбора лечащего врача. Ряд источников указывает на то, что дополнительно к официальной зарплате, получаемой за предоставление медицинских услуг, врачи также получают неформальную плату, однако информация о размерах такой платы ограничена.

3.19 Несмотря на то, что достоверные данные по расходам на здравоохранение на душу населения за определенный период времени отсутствуют, некоторые расчеты указывают на то, что сумма расходов в секторе здравоохранения на душу населения составляет на данный момент около 55 долларов США по официальному обменному

курсу. По оценкам, расходы на стационарное лечение составляет почти две трети от общего объема финансирования системы здравоохранения.

3.20 Неравномерное и недостаточное финансирование нарушает работу учреждений здравоохранения. Это приводит к значительному увеличению задолженности по оплате расходов на фармацевтические препараты, коммунальные услуги, тепло и электроснабжение.

3.21 Больницам выделяются средства из расчета общего, а не занятого количества коек, при этом денежные средства выделяются в соответствии со строкой бюджета. Неполное использование коек могло бы привести к сокращению их количества в будущем. Таким образом, обычно пустые койки заполняются путем проведения «социальной» госпитализации.

3.22 Поликлиники финансируются из расчета среднего количества пациентов принятых за смену. Больные со сложным диагнозом обычно из поликлиник направляются на стационарное лечение.

3.23 Врачам выплачивается зарплата по различным ставкам, при этом основная ставка составляет 70 процентов от средней заработной платы по республике. Зарплата врачей в больницах выше, чем зарплата врачей в поликлиниках. По имеющимся данным, размер официальной зарплаты опытного врача больницы может составлять до 100 долларов США в месяц; тогда как зарплата начинающего врача больницы может быть в два раза меньше. Работа врачей общей практики оплачивается выше, чем работа других врачей, что создает стимул для последних пройти переподготовку по специальности «врач общей практики». Медсестры в системе здравоохранения получают приблизительно 30000 белорусских рублей (20 долларов США) в месяц.

### **3 Д Витебский эксперимент**

3.24 Витебская область находится на севере Республики Беларусь, численность населения составляет 1,36 миллиона человек. В 2000 году отмечено сокращение общей численности населения на 9000 человек. В области имеется большое количество озер, находятся крупные лесные массивы, однако низкий уровень атмосферных осадков не позволяет вести интенсивное сельскохозяйственное производство. Часть территории области, расположенная ближе к району чернобыльской аварии, подверглась загрязнению радионуклидами, и уровень радиации составляет около 3 кюри. Количество коек в системе здравоохранения Витебской составляет 11,9 на 1000 человек. В Витебской области самый высокий средний показатель населения престарелого возраста. Кроме того, в области наблюдается высокий уровень невыявленной гипертензии, создающей фактор риска для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

3.25 Витебский эксперимент является ключевым компонентом более широкой стратегии развития системы здравоохранения Беларуси. Суть стратегии была детально изложена в Постановлении Совета Министров № 1490 от 25 сентября 1998 года «О концепции развития системы здравоохранения в Республике Беларусь». В соответствии с Постановлением Совета Министров № 1225 от 10 августа 2000 года «О совершенствовании механизма финансирования здравоохранения» было поручено

проведение «эксперимента по совершенствованию механизма хозяйствования организаций здравоохранения на базе организаций здравоохранения Витебской области». Этим Постановлением также было утверждено Положение, определяющее цели, механизм финансирования, критерии оценки и исполнительно-распорядительные органы для проведения эксперимента. В Постановлении Исполнительного комитета Витебской области № 643 от 13 ноября 2000 г. и приложений к нему содержалось разъяснение концепции и процесса составления бюджета для проведения эксперимента.

3.26 Разработка Витебского эксперимента по совершенствованию механизма финансирования здравоохранения и повышению качества оказания медицинской помощи была предпринята после проведения анализа систем здравоохранения в странах Скандинавии, Голландии и Франции, а также анализа реформирования систем здравоохранения в России и других республиках бывшего Советского Союза. Основные компоненты реформы апробируются путем проведения эксперимента. Общие бюджетные ассигнования, выделяемые области, будут определены на основе взвешенной оплаты, взимаемой из расчета на человека, с более высокими нормами для женщин, детей и людей престарелого возраста. (Также предусматривается развитие системы платных медицинских услуг, доходы от которой, как ожидается, возрастут до уровня, составляющего 10 процентов от общего объема финансирования здравоохранения). Предусматривается наделение областных органов управления здравоохранением определенными правами самостоятельно распределять финансовые средства между лечебными учреждениями и организациями здравоохранения и руководить работой по оказанию качественной медицинской помощи населению. Предполагается, что финансовое планирование и перераспределение финансовых средств будут вестись на основе критериев расходования ресурсов для оказания эффективной и необходимой медицинской помощи, а не исходя из количества больниц и медицинских учреждений. Медицинский персонал будет самостоятельно принимать решения о методах оказания медицинской помощи пациенту – госпитализация, амбулаторное лечение или уход за больным на дому. Основу системы первичной медико-санитарной помощи будет составлять институт семейной врачебной практики, которой будут заниматься врачи общего профиля, делающие основной акцент на проведении профилактических мер, и для работы которых будет предоставлено современное лабораторное оборудование и созданы курсы переподготовки. (В Президентском фонде имеются средства для проведения модернизации сельских амбулаторных учреждений, позволяющих им заниматься семейной врачебной практикой). На данном этапе практически отсутствует автоматизированная система управления, за исключением немногочисленных, не объединенных в сеть компьютеров. Предусматривается, что новая АСУ будет включать клинические, финансовые, управленческие, административные данные и информацию о путях реализации стратегии и явится действенным механизмом для учреждений здравоохранения по обеспечению экономически эффективного управления процессом оказания медицинской помощи. Это позволит разработчикам стратегий получить в свое распоряжение достоверную информацию для проведения оценки показателей деятельности системы здравоохранения и планирования мер по ее дальнейшему совершенствованию. Сэкономленные в результате повышения эффективности работы системы средства будут направлены на финансирование закупок необходимого оборудования, материалов (включая фармацевтические препараты) и на повышение заработной платы медработников или для развития альтернативных медицинских

услуг, в том числе первичной медико-санитарной помощи. Оценка эффективности функционирования организаций здравоохранения будет проводиться на основе текущих и конечных показателей модели «конечных результатов», а не на основании принципа исполнения бюджета.

3.27 Существует несколько путей повышения эффективности и сокращения расходов. Один из них предусматривает оказание менее ресурсно-затратных форм медицинской помощи для лечения многих больных, медицинские проблемы которых можно эффективно решить посредством кратковременного пребывания в стационаре, лечения в дневном стационаре или амбулаторного лечения, либо же прохождения ими лечения в медицинских учреждениях, располагающих менее сложным оборудованием. Другой путь предусматривает оказание дифференцированной медицинской помощи, включающей дневные стационары, хирургию одного дня, хосписы, дома инвалидов с медицинским обслуживанием, уход на дому и оказание медицинской помощи семейными врачами общей практики. (В настоящее время одно из витебских медицинских учреждений проводит хирургию одного дня, а поликлиника реализует программу дневного стационара. Районные больницы могли бы быть переоборудованы в хосписы). Методика лечения будет основываться на стандартных клинических протоколах. Ожидается, что произойдет резкое сокращение как норм госпитализации, так и средней продолжительности пребывания в стационаре, в особенности, если в лечебных учреждениях будут внедрены новые технологии (например, эндоскопия, лапароскопия и хирургическое вмешательство с использованием лазерного оборудования) и усовершенствованные методы лекарственной терапии.

3.28 Полученный опыт подтверждает необходимость изменений в моделях лечения, хотя имеющиеся на сегодняшний день данные являются недостаточными для методологически достоверной оценки сэкономленных средств. Тем не менее, 9% коек в больницах уже переведены под использование в рамках программ дневных стационаров или хирургии одного дня. Кроме того, многие пациенты направляются в поликлиники вместо госпитализации; средняя стоимость лечения в поликлинике оценочно составляет 30% от средней стоимости стационарного лечения. Для некоторых пациентов госпитализация заменяется лечением на дому. Также существенно сократилось использование неотложной медицинской транспортировки. В целом, для обеспечения сегодняшнего уровня стационарного лечения больше не требуется около 40% имеющихся коек. Тем не менее, использование этих коек пока ещё прекращено не полностью. Это отражает опасение руководителей лечебных учреждений о том, что на практике сэкономленные средства не будут перераспределены на финансирование других форм медицинской помощи в рамках Витебского эксперимента. Существует опасение, что применение данной модели будет использовано для экономии финансов в целом посредством соответствующего уменьшения ассигнований на здравоохранение для Витебской области.

3.29 Правительство первоначально планировало создание в 2001 году в Витебске экспериментальной системы здравоохранения, в 2002 году доведение ее до полностью работоспособного состояния и распространение опыта Витебского эксперимента на другие регионы, а в 2003 распространение опыта эксперимента по всей стране. Правительство приняло решение о распространении методов Витебского эксперимента частично в двух других областях (включая Минскую), начиная с января 2002 г.