



Реализация конституционного права на охрану здоровья населения в Республике Беларусь

Вальчук Э.А.,

доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования, Минск



Тищенко Е.М.,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного медицинского университета, Беларусь

Valchuk E.A., Tishchenko E.M.

¹Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk

²Grodno State Medical University, Belarus

The implementation of the constitutional right to public health care in the Republic of Belarus

The implementation of the constitutional right to public health care in the Republic of Belarus

Резюме. Излагается путь развития и становления системы здравоохранения Республики Беларусь в период обретения государственной независимости. Раскрыты принципы формирования нормативно-правовой базы, становления устойчивого финансирования и управления в системе здравоохранения, позволившие обеспечить гарантированный государством уровень медицинской помощи. Обращается внимание на реализацию доступности медицинской помощи в условиях поликлинической и общеврачебной практики в соответствии с конституционными правами граждан. Создание специализированных научно-практических медицинских центров обеспечило оказание высокотехнологической помощи, в том числе для иностранных граждан. По ряду основных показателей здравоохранение Беларуси занимает лидирующее положение на постсоветском пространстве.

Ключевые слова: конституция, право на охрану здоровья, демографическая ситуация, государственные социальные минимальные стандарты, государственные программы, политика здравоохранения.

Медицинские новости. – 2015. – №1. – С. 63–67.

Summary. Describes characteristics of health development in the period of independence of the Republic of Belarus. Discloses the formation of the legal framework to enable the state to provide guaranteed levels of care. Displaying becoming sustainable health financing. Attention is paid to the implementation of the availability of medical care in outpatient and general practice. In Belarus, there was the creation of specialized scientific and practical medical centers. Health of the Republic of Belarus is one of the best post-Soviet space.

Keywords: constitution, right to health protection, demographics, government social minimum standards, government programs, health policy.

Meditsinskije novosti. – 2015. – N1. – P. 63–67.

27 июля 1990 г. Верховный Совет БССР принял декларацию о государственном суверенитете, 19 сентября 1991 г. утвердил новое название – Республика Беларусь. 10 декабря 1999 г. ратифицировано соглашение о создании Содружества независимых государств (СНГ). 15 марта 1994 г. принята Конституция Республики Беларусь, 10 июля 1994 г. избран первый президент. В Конституции 1994 г. был только декларирован принцип разделения властей. Новая редакция Конституции, принятая на референдуме 24 ноября 1996 г., позволила восстановить равновесие трех ветвей власти, повысить статус исполнительной власти в системе государственных органов и ее роль в управлении государством и обществом.

Политическая независимость Беларуси утверждалась на фоне ухудшения

социально-экономических условий и снижения жизненного уровня, в том числе медицинских работников. Утверждение государственного суверенитета обусловило потребность и важность принятия на этом этапе пакета правовых документов по здравоохранению. Так, в республике были приняты семь профильных Законов: «О здравоохранении» (18 июня 1993 г.), «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (23 ноября 1993 г., в новой редакции – 23 мая 2000 г.), «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (17 октября 1994 г.), «О донорстве крови и ее компонентов» (31 мая 1995 г.), «О трансплантации органов и тканей человека» (4 марта 1997 г.), «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (1999 г.), «О Белорусском обществе Красного Креста» (2 октября 2000 г.). Кроме того,

вопросы охраны здоровья населения были регламентированы другими Законами. Прежде всего, следующими: «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС» (22 января 1991 г.); «О правовом режиме территорий, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС» (12 ноября 1991 г.); «О государственной помощи семьям, воспитывающим детей» (1993 г.); «О правах ребенка» (19 ноября 1993 г.).

Более 20 лет мы живем в суверенной независимой Беларуси. В основу социальной направленности политики государства был положен принцип обеспечения конституционных прав и свобод граждан. Впервые право на охрану здоровья было гарантировано в ст. 45 Конституции Республики Беларусь (24 ноября 1996 г.): «гражданам Республики Беларусь гарантируется право

на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания. Право граждан на охрану здоровья обеспечивается также развитием физической культуры и спорта, мерами по оздоровлению окружающей среды, возможностью пользования оздоровительными учреждениями, совершенствованием окружающей среды».

Здравоохранение Беларуси в эти годы функционировало в условиях реформирования, осуществляемого в рамках государственной системы здравоохранения. Реформы, проводимые в период обретения самостоятельности, затронули основные отраслевые структуры здравоохранения республики.

В первый период становления государственности усилили органы управления были направлены на поддержку и сохранение функционирующей системы здравоохранения, обеспечение стабилизации финансирования, сохранение достигнутых объемов медицинской помощи, оптимизацию показателей здоровья и деятельности медицинских организаций.

Политика Министерства здравоохранения, прежде всего, была направлена на упорядочение деятельности сети медицинских учреждений, рациональное использование ресурсов (финансов, кадров, коечного фонда), преимущественное развитие и поддержку системы первичной медико-санитарной помощи (ГМСП).

Состояние здоровья населения – один из важнейших показателей общественного развития. В эти годы медико-демографическая ситуация в республике была сложной. В 1993 г. в республике впервые был зарегистрирован отрицательный естественный прирост, динамика которого ухудшалась и достигла наиболее высоких уровней в 2002 г. (естественный прирост минус 5,9 на 1000 населения), ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении составляла всего 68,0 лет (мужчины – 62,3; женщины – 74,1 года). С 2003 г. отмечается тенденция к улучшению основных демографических показателей: увеличение рождаемости с 8,9 в 2002 г. до 11,5 ‰ в 2011 г., смертности с 14,8 до 14,3 на 1000 населения. В 2011 г. младенческая смертность составила 3,9 на 1000 родившихся живыми, материнская – 0,9 на 100 тыс. живорожденных. Зарегистрирована положительная динамика ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении, составившая в 2011 г. всего (оба пола) 70,6 года (мужчины – 64,7; женщины – 76,7 года).

В 2013 г. коэффициент общей смертности населения уменьшился до 13,3 на 1000 населения, рождаемость увеличилась до 12,5 на 1000 населения, младенческая смертность составила 3,4 ‰, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении – 72,2 года, естественная убыль снизилась до 0,8 на 1000 населения. С учетом положительных миграционных процессов зарегистрирован естественный прирост населения почти на 4 000 человек. Эти показатели – результат государственной политики в области здравоохранения, основные направления которой были сформулированы в законодательстве о здравоохранении.

Реализация концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 1998–2002 гг. обеспечила стабилизацию работы отрасли. Реформы затронули основные сферы деятельности здравоохранения: управление, финансирование, кадровую политику, науку, образование, отраслевую структуру здравоохранения республики. В первую очередь были приняты на государственном уровне законодательные акты, обеспечивающие стабилизацию функционирования социальной сферы страны, в том числе здравоохранения.

Государственные минимальные социальные стандарты

Одной из отличительных черт государственной политики здравоохранения было формирование и реализация государственных минимальных социальных стандартов. Национальным Собранием 11 ноября 1999 г. был принят Закон № 323-З «О государственных минимальных социальных стандартах» (в ред. Законов Республики Беларусь от 04.01.2003 № 180-З, от 24.12.2007 № 299-З), в соответствии с Законом в стране внедрена система государственных минимальных социальных стандартов (ГМСС) в области социальной сферы, являющихся обязательными для исполнения. Постановлением Совета Министров от 30.05.2003 № 724 утверждено пять ГМСС, относящихся к сфере здравоохранения. ГМСС пересматриваются каждые 5 лет и утверждаются постановлением Совета Министров. В настоящее время действуют семь ГМСС в области здравоохранения (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 20.06.2007 № 811 «О внесении изменений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30.05.2003 № 724»).

Основные задачи применения их в здравоохранении: предоставление медицинских услуг в полном объеме каждому жителю; увеличение реальной доступ-

ности и повышение качества бесплатной медицинской помощи; нормативное обеспечение формирования и использования средств республиканского и местных бюджетов и внебюджетных фондов; государственная поддержка здравоохранения.

Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 гг., одобренная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 8.10.2003 № 1276, сформулировала политику развития здравоохранения в условиях реализации новой социально-экономической модели здравоохранения Беларуси.

Функцию основного социального стандарта в области здравоохранения выполняет норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя в год.

Финансирование

Начиная с 2002 г. планирование и выделение финансовых средств на оказание медицинской помощи населению осуществляется на основе этого норматива. Норматив ежегодно утверждается Законом «О бюджете» и является обязательным для исполнения территориальными органами управления всех уровней. Эти ассигнования отражают размер бюджетных средств для компенсации затрат организаций здравоохранения на предоставление бесплатной медицинской помощи в соответствии с Законом «О бюджете».

Размер бюджетных средств, направляемых для компенсации затрат организаций здравоохранения на предоставление бесплатной медицинской помощи, ежегодно увеличивается (2002 г. – 110 220 рублей, или 69,8 доллара; 2012 г. – 1 902 218 рублей, или 228,1 доллара; 2014 г. – 3 073 109 рублей, или 323,5 доллара). На оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом скорой медицинской помощи направляются средства с 2014 г. в расчете на одного жителя в размере не менее 40% от общего объема финансирования расходов на здравоохранение, предусмотренных для соответствующей административно-территориальной единицы.

Уровень общих расходов на здравоохранение и доля государственного финансирования остаются в Беларуси относительно стабильными. По оценкам ВОЗ, в 2010 г. расходы на здравоохранение в Беларуси достигли 6,2% ВВП. Это один из самых высоких показателей в период независимости Беларуси и на постсоветском пространстве. На развитие ГМСП в 2011 г. было направлено 38% финансовых средств. Доля государственного

финансирования в общих расходах на здравоохранение составляет 74,9%, что сопоставимо со средним показателем по ЕС (75%); данные по СНГ – 56,3%.

В 2013 г. было обеспечено стабильное функционирование отрасли. Финансирование было определено на уровне 4,04% ВВП. Причем доля внебюджетных средств к общему объему финансирования расходов на здравоохранение составила 10,0% против (9,8% в 2012 г.). Сэкономленные средства были перераспределены на первоочередные цели, значительная часть была направлена в финансовый резерв.

Первичная медико-санитарная помощь

Первичная медико-санитарная помощь составляет неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения. Ее развитие и поддержка гарантируются ГМСС, которые регламентируют деятельность участковых служб и общей врачебной практики. Норматив обеспеченности врачами общей практики: 1 врач на 1 300 жителей; терапевтами участковыми – на 1 700 жителей; педиатрами участковыми – 800 детей до 18 лет. На конец 2013 г. один врач общей практики приходился (по занятым должностям) на 1188, участковый терапевт – 1647 взрослых, участковый педиатр – 714 детей до 18 лет. Так, по принципу врача общей практики работает 421 амбулатория из 636. Численность врачей общей практики в 2012 г. составила 640.

Норматив обеспеченности койками утвержден на уровне 9 коек на 1000 жителей, фактическая обеспеченность койками в 2013 г. составила 9,10 (без учета республиканских организаций) и 9,99 на 1000 населения – с их учетом. С 1991 по 2010 г. сокращено более 24 500 больничных коек (обеспеченность койками в 1990 г. составляла 128,6).

В системе ПМСП в последнее десятилетие получили развитие дневные стационары, уровень госпитализации в которые увеличился с 20,9 в 2002 г. до 55,2 на 100 000 жителей в 2011 г., число койко-дней в них составило 432 на 1 000 населения.

Норматив обеспеченности аптеками для регионов: 1 аптека на 8 000, Минск – на 11 500 жителей; фактическая обеспеченность (всех форм собственности) – на 3159 жителей.

При нормативе обеспеченности бригадами скорой медицинской помощи для регионов 1 бригада на 12 000, для Минска – на 12 500 жителей, фактическая обеспеченность в среднем по республике – одна бригада на 11 023 жителей.

В систему ГМСС введен норматив обеспеченности автотранспортом для ам-

булаторий, участковых больниц до 20 коек, больниц сестринского ухода (1 единица), участковых больниц мощностью более 20 коек (2 единицы). Все больницы и амбулатории республики в достаточном количестве обеспечены автотранспортом.

Санитарно-техническое благоустройство организаций здравоохранения на селе (амбулаторий, участковых больниц, больниц сестринского ухода) находится в стадии выполнения. Например, обеспеченность приточно-вытяжной вентиляцией этих учреждений составляет 100%; проточным водоснабжением хозяйственно-бытовой канализацией, системой водяного отопления амбулаторий – 99,8%.

Во всех агрогородках или на расстоянии не более 10 км от них функционируют лечебно-профилактические организации с условием розничной реализации лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента.

На основании ГМСС в области здравоохранения в административно-территориальных единицах республики разрабатываются и утверждаются территориальные программы государственных гарантий (ТПГГ) оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Это документ, определяющий перечень видов и объемов медицинской помощи, а также условий их предоставления гражданам за счет средств бюджета соответствующей административно-территориальной единицы. Он содержит территориальные нормативы по конкретным объемам медицинской помощи и плановые показатели их финансового обеспечения. Основой ТПГГ является гарантированный государством объем медицинской и лекарственной помощи, предусматривающий оказание качественной регламентированной медицинской помощи по профилактике, диагностике и лечению заболеваний, определяемый ежегодно Министерством здравоохранения.

Также роль отраслевых стандартов в системе здравоохранения выполняют клинические протоколы, использование которых лежит в основе системы управления качеством медицинской помощи.

Таким образом, виды и объемы медицинской помощи, оказываемой населению конкретной территории республики за счет государственного и местного бюджетов, закреплены в соответствующих нормативно-правовых актах различных уровней (республиканском, областном, городском, районном). Они расцениваются как минимальные государственные уровни и могут быть изменены только в сторону увеличения в зависимости от конкретных условий: уровня заболеваемости и других

факторов, влияющих на потребность в медицинской помощи, а также финансовых возможностей конкретных территориальных образований.

Таким образом, важнейшими элементами реструктуризации здравоохранения были: сокращение коечного фонда; перераспределение потоков финансирования на развитие и поддержку ПМСП; внедрение замещающих стационар технологий; совершенствование управления здравоохранением; формирование высокотехнологического республиканского уровня оказания медицинской помощи.

Кадровая политика

В области кадровой политики основными были следующие задачи: выработка эффективных механизмов закрепления кадров на местах, обеспечение их рационального использования, укомплектования вакантных должностей, создание непрерывной системы подготовки, повышения квалификации и переподготовки кадров, подготовка научных работников высшей квалификации и др.

Подготовка специалистов с высшим медицинским образованием осуществляется в четырех вузах по восьми медицинским специальностям, переподготовка и повышение квалификации в ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования». Подготовка, переподготовка и повышение квалификации специалистов со средним медицинским образованием проводится в четырнадцати медицинских колледжах и трех центрах. В целом в Республике Беларусь работало на начало 2011 г. 50 792 врача (53,6 на 10 000 населения) и свыше 122 378 специалистов среднего звена (129,1 на 10 000 населения). Обеспеченность практикующими специалистами составляет 30,5 на 10 000 населения.

На 01.01.2013 г. обеспеченность врачами составила 51,6, практикующими врачами – 35,3, средним медицинским персоналом – 119,0 на 10 000 населения. С целью рационального распределения и использования кадровых ресурсов в здравоохранении Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.06.2009 №61 «Об утверждении номенклатуры должностей служащих с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием» введена должность помощника врача. На конец 2010 г. введено 732 должности против 62 в 2009 г. В амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения в 2013 г. работал 1061 помощник врача.

Наука и инновации

Успешное развитие системы здраво-

охранения невозможно без эффективного научного обеспечения отрасли. За последние 5 лет (2008–2013 гг.) закончено формирование республиканского уровня высокотехнологичной медицинской помощи.

Инновационное развитие здравоохранения требует подготовки научных работников. В республике в системе здравоохранения работает 3 661 научный работник, в том числе 360 докторов наук и 1 601 кандидат наук.

В настоящее время функционирует сеть Республиканских научно-практических центров (РНПЦ), в том числе «Кардиология», «Мать и дитя», «Травматологии и ортопедии», «Онкологии им. Н.Н. Александрова», «Трансплантации органов и тканей», «Неврологии и нейрохирургии» и др. Они являются ведущими специализированными организациями, координирующими научно-инновационную, организационно-методическую, лечебно-диагностическую, профилактическую и консультативную работу по соответствующему профилю.

Деятельность РНПЦ направлена на совершенствование диагностического, лечебного и реабилитационного процессов в республике, организационно-методическое руководство диагностической и консультативной помощью по соответствующему направлению деятельности, участие в разработке и реализации государственных и отраслевых научно-практических программ, утверждение в установленном порядке нормативно-технической и учетно-отчетной документации, подготовку кадрового потенциала, информационное обеспечение, организацию и проведение съездов, научно-практических конференций, семинаров, разработку протоколов, критериев контроля качества, норм и нормативов амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, разработку и внедрение новых медицинских технологий, лекарственных препаратов, организационных форм, повышение квалификации специалистов и др. В РНПЦ республики внедрены самые передовые в мире технологии оперативных вмешательств на печени, почках, поджелудочной железе. Так, в 2010 г. выполнены 31 трансплантация печени, 22 трансплантации сердца, 115 трансплантаций почек, орто-коронарных шунтирований – 1341, ангиопластик/стентирований коронарных артерий – 1754, коронарографий – 6498. Ежегодно в детском хирургическом центре проводятся около тысячи операций детям, за последние 5 лет сделано более 16 тысяч эндопротезирований крупных суставов, внедрены в

практику флуоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия предраковых заболеваний шейки матки, высокодозная брахитерапия при раке предстательной железы и др. Приоритетными направлениями медицинской науки являются геномные подходы в изучении болезней человека, изучение молекулярных, иммунологических и биохимических механизмов патологии, клеточной трансплантации, биотехнологических основ синтеза новых лекарственных средств и др.

В перспективе основной акцент будет сделан на дальнейшее развитие биотехнологий, клеточную инженерию, проблемы нанобиологии, включая создание биосенсоров и информационных систем.

В области прикладных исследований приоритетами являются вопросы совершенствования системы управления и финансирования здравоохранения, разработка научных основ и новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, вопросы охраны здоровья матери и ребенка, разработка основ репродуктивного здоровья, исследования в области гигиены труда, профессиональных заболеваний, экологии, водоснабжения, питания. В 2014 г. планируется выполнить в РНПЦ и областях республики ортокоронарных шунтирований на работающем сердце и ИК – 1890, клапанных коррекций (без интервенционных вмешательств) – 1430, трансплантаций почки – 260, печени – 50, сердца – 15, костного мозга (взрослые и дети) – 170, эндопротезирований крупных суставов – 5400, кохлеарных имплантаций – 100.

Государственные и отраслевые программы

Одна из важных черт белорусской модели здравоохранения на современном этапе – внедрение методов программно-целевого планирования. В первое десятилетие XXI века в Республике Беларусь большое внимание уделялось реализации социально значимых государственных программ в сферах демографической безопасности, борьбы с социально значимой патологией, профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов, профилактики ВИЧ-инфекции, охраны здоровья матери и ребенка, возрождению села и др. Государственные программы предусматривали мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи, техническому переоснащению организаций здравоохранения, разработке и внедрению современных технологий в практику, решение кадровых вопросов и др.

В 2006–2010 гг. выполнялась Президентская программа «Дети Беларуси»,

«Национальная программа демографической безопасности» и 24 государственных программы. Так, в соответствии с Государственной программой укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения на 2000–2002 гг. и на период до 2005 г. завершено строительство четырех крупных объектов здравоохранения, создан РНПЦ радиационной медицины и экологии человека в Гомеле, проведен капитальный ремонт и укреплены материально-техническая база операционных блоков и реанимационных отделений перинатальных центров и центральных районных больниц республики, введено в эксплуатацию десять объектов здравоохранения республиканского подчинения, оснащено медицинским оборудованием 688 амбулаторий и 108 ЦРБ и др.

В настоящее время реализуются следующие государственные и отраслевые программы: Национальная программа демографической безопасности на 2011–2015 гг.; Государственная программа «Онкология» на 2010–2014 гг.; Государственная программа «Туберкулез» на 2010–2014 гг.; Государственная программа «Кардиология» на 2011–2015 гг.; Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 гг.; Государственная программа профилактики ВИЧ-инфекции на 2011–2015 гг.; Государственная программа укрепления аграрной экономики и развития сельских территорий на 1011–2015 гг.; Государственная программа инновационного развития Республики Беларусь на 2011–2015 гг.; Государственная программа устойчивого развития села на 2011–2015 гг. В процессе реализации государственных программ в 2012 г. проведено около 11 тысяч кардиохирургических вмешательств, более 5 тысяч операций по эндопротезированию крупных суставов, около 200 высокотехнологичных эндоваскулярных и стереотаксических вмешательств пациентам с нейрохирургической патологией. В течение года выполнено 274 трансплантации органов, в том числе 201 трансплантация почки, 52 – печени, 21 – сердца, комплекс «сердце – почка», и комплекс «печень – почка».

По инициативе РНПЦ «Кардиология» в республике заработала система оказания этапной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом, кардиохирургами выполняются высокотехнологичные операции по замене клапана аорты рентгенэндоваскулярным способом, получила дальнейшее развитие интервенционная аритмология. Проведены

три первые в республике трансплантации сердца у детей.

В онкологии разработан метод органосохраняющего лечения инвазивного рака мочевого пузыря, в детской онкогематологии внедрена трансплантация аллогенных мезенхимальных стволовых клеток, в травматологии и ортопедии – инновационные медицинские технологии, позволяющие сократить закупки импортных конструкций и расходных материалов, нейрохирургами внедрены эффективные импортозамещающие технологии динамической стабилизации позвоночника и др.

Лекарственная политика нашего государства сохраняет социальную направленность. Сформирован сбалансированный фармацевтический рынок, включающий в себя более двух с половиной тысяч аптек всех форм собственности, из которых 65% – государственные.

Предпринимаются меры по развитию отечественной фармацевтической промышленности. В 2012 г. создан Департамент фармацевтической промышленности. Из зарегистрированных в республике 6 тыс. наименований лекарственных средств более 1 200 производится на 26 фармацевтических предприятиях Беларуси. В основу стратегии лекарственного обеспечения поставлена цель увеличить в общем объеме закупок удельный вес отечественных лекарственных средств к 2015 г. до 50% (2008 г. – 27,0%). Доля отечественных лекарственных средств на рынке республики составила в 2013 г. 36,5%, зарегистрировано 103 новых лекарственных средства отечественного производства.

Управление здравоохранением

В 2002–2006 гг. в стране создана трехуровневая модель управления здравоохранением.

Первый уровень – республиканский (стратегический). Этот уровень представлен: Министерством здравоохранения Республики Беларусь; организациями здравоохранения республиканского подчинения; Республиканскими научно-практическими центрами (17 РНПЦ); Департаментом фармацевтической промышленности (25 фармпредприятий), сформированным в 2011 г.; другими республиканскими медицинскими организациями (больницами реабилитации, госпиталями, центрами, хозрасчетными организациями); учреждениями образования: 4 медицинских университета и Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО);

Республиканским центром гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья; РУП «Белфармация»; УП «Белмедтехника» и др.

Второй уровень – областной, региональный (тактический). Этот уровень представлен: учреждениями здравоохранения областного подчинения (областные больницы взрослая и детская, областные диспансеры); Областной аптечный склад; РУП «Фармация»; Областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья; магазин «Медтехника».

Третий уровень – районный (оперативный). Этот уровень представлен: центральными районными больницами; районными медицинскими организациями (поликлиники, диспансеры, скорая медицинская помощь и др.); районными центрами гигиены и эпидемиологии; центральными районными аптеками; сельскими врачебными участками.

В 2004–2006 гг. в целях упорядочения управления здравоохранением были ликвидированы городские и районные отделы здравоохранения, территориальные медицинские объединения. Функции управления территориальным здравоохранением были переданы центральным поликлиникам (больницам), в сельских районах – центральным районным больницам. Участковые больницы, больницы сестринского ухода, врачебные амбулатории определены как структурные подразделения районных поликлиник, фельдшерско-акушерские пункты включены в структуру участковых больниц и врачебных амбулаторий.

Объединение организаций здравоохранения, обслуживающих городское и сельское население, в областных центрах и городах областного подчинения улучшило доступность медицинской помощи сельскому населению, обеспечило единство управления сетью здравоохранения. На начало 2007 г. в республике было организовано 614 врачебных амбулаторий, из них 376 амбулаторий общей врачебной практики, 104 больницы сестринского ухода, 182 участковые больницы, 2475 ФАПов. Акцент был определен на приближение врачебной помощи на селе. На конец 2012 г. функционировало 806 врачебных амбулаторий, 2 324 ФАПа, 151 участковая больница, 108 больниц сестринского ухода.

Сформированная структура управления здравоохранением с вертикальной системой подчиненности обеспечила определенную децентрализацию полномочий с передачей их с республиканского на областной и районный уровни.

За организацию медицинской помощи на соответствующей территории отвечают областные и районные органы управления здравоохранением и, соответственно, областные и районные органы государственного управления.

Управление системой здравоохранения в условиях социально ориентированной политики государства базируется на современных тенденциях и принципах охраны здоровья населения:

- ответственность государства за демографическую безопасность страны;
- межведомственный подход к охране и укреплению здоровья;
- ответственность и заинтересованность граждан в укреплении собственного здоровья;
- приоритетность мер профилактической направленности на основе формирования здорового образа жизни;
- качество и доступность медицинской помощи, в том числе лекарственного обеспечения;
- санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и его будущих поколений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон Республики Беларусь 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении» (в ред. от 20.06.2008 N 363-3, от 15.06.2009 N 27-3, от 31.12.2009 N 114-3, от 04.01.2010 N 109-3, от 15.07.2010 N 166-3, от 25.11.2011 N 318-3, от 13.12.2011 N 325-3, от 07.01.2012 N 344-3, от 10.07.2012 N 426-3).
2. Здравоохранение Республики Беларусь: Официальный сборник за 2002 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2003. – 356 с.
3. Здравоохранение Республики Беларусь: Официальный сборник за 2011 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2012. – 304 с.
4. Вальчук Э.А., Гулицкая Н.И., Царук Ф.П. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении. – Минск: Харвест, 2007. – 400 с.
5. Вальчук Э.А., Романова А.П. Государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения: учеб.-метод. пособие. – Минск: БелМАПО, 2013. – 39 с.
6. Жарко В.И. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2011 г. и основных направлениях деятельности на 2012 г. // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №1. – С.4–15.
7. Жарко В.И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2013 г. и основных направлениях деятельности на 2014 г. // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – №1. – С.4–15.
8. Лосицкий И.Г. Система здравоохранения Республики Беларусь как производственный сектор // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – №4. – С.4–10.
9. Республика Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / Жарко В.И., Малахова В.И., Новик И.И., Сачек М.М. – Минск: Минскстиппроект, 2012. – 320 с.
10. Тищенко Е.М. Здравоохранение Беларуси в XIX–XX веках. – Гродно, 2003. – 269 с.

Поступила 08.07.2014 г.