

# Реформирование амбулаторно-поликлинической помощи в Республике Беларусь



**Щавелева  
Марина Викторовна,  
доцент кафедры  
общественного здоровья и  
здравоохранения БелМАПО**

Амбулаторно-поликлиническая помощь - наиболее массовый и доступный вид медицинского обслуживания населения Республики Беларусь. На сегодняшний день в нашей стране она оказывается 1466 амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями, мощность которых составляет около 210 посещений в смену на 10 тысяч человек. В течение 2003 г. зарегистрировано 115,6 млн. посещений в эти организации, то есть в среднем на одного жителя республики приходилось 11,7 посещений к врачам (включая зубных) [4].

Не останавливаясь подробно на историческом аспекте оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению в Республике Беларусь, следует подчеркнуть, что ее развитие в нашем государстве наследует как традиции, так и проблемы, сложившиеся еще в СССР.

Значимость амбулаторно-поликлинической помощи в системе здравоохранения подтверждена:

\* документами ВОЗ, в которых ПМСП со всеми ее основными составляющими, главным из которых в наших условиях является амбулаторно-поликлиническое звено, определена «как неотъемлемая часть системы здравоохранения ... страны», являющаяся как «ее ядром, так и компонентом общего социального и экономического развития...» [3];

\* международным опытом. К примеру, в США 46% всех средств, задействованных в системе здравоохранения, идет на оплату услуг и развитие внебольничной помощи, при этом средняя длительность пребывания больного на койке не превышает 5 дней;

\* более или менее успешным опытом реформирования здравоохранения, проходящим в большинстве стран мира. Реальность развития здравоохранения такова, что выделяемых для этих целей средств не хватает ни у одного государства. В этой связи основной вопрос экономики здравоохранения должен состоять не в том, как найти дополнительные средства для финансирования здравоохранения, а в том, как наиболее рационально использовать имеющиеся. Опыт многих государств показал, что успешность осуществления реформ здравоохранения гарантируется лишь в том случае, ког-

да упор при их осуществлении делается на развитие ПМСП, т.е. на аллокационную эффективность - распределение ресурсов по наиболее приоритетным направлениям деятельности.

«Условно» это всегда понимали в Советском Союзе. Именно СССР явился организатором проведения международной Алма-Атинской конференции 1978 года, когда была озвучена, утверждена и принята к осуществлению концепция развития ПМСП. Однако именно в СССР данная концепция получила своеобразное толкование: упор был сделан на экстенсивные пути развития ПМСП, в том числе и амбулаторно-поликлинической помощи. В результате за 20 последних лет прошлого века мощность амбулаторно-поликлинических учреждений в Республике Беларусь увеличилась почти вдвое (на 95%), а число посещений, приходящихся на одного жителя, - на 15%.

Следует отметить, что первая значимая попытка изменения акцентов в направлениях оказания помощи (со стационарного на амбулаторный этап) была предпринята в СССР при введении так называемого нового хозяйственного механизма (НХМ). Однако внедрение НХМ в то время было только внутриотраслевым делом, поскольку не был проработан механизм формирования государственных гарантий по обеспечению населения медицинской помощью. Следовательно, на государственном уровне не могли быть запущены и механизмы, направленные на изменение структуры видов и объемов оказываемой медицинской помощи в соответствии с социально-экономическими потребностями общества и государства.

Несмотря на то что многие элементы НХМ были одобрены на уровне ВОЗ, а также задействованы при организационном развитии систем здравоохранения целого ряда государств (включая Соединенное Королевство), перенос главных акцентов в оказании медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническое звено, как указывалось выше, давался нашему обществу нелегко.

С одной стороны, 80% населения начинало и заканчивало лечение в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений. Но именно это население, а вместе с ним государство и медицинские работники, в течение многих лет отдавали предпочтение стационарной помощи: население - на уровне субъективного восприятия; государство - на уровне механизмов финансирования (до определенного времени до 80% средств здравоохранения шло на развитие стационарной помощи); медицинские работники - из-за сложности работы в амбулаторно-поликлиническом звене (постоянно меняющийся состав больных по сравнению со стационаром; ограниченность времени на амбулатор-

ном приеме; особенности лечения, когда при установленном диагнозе результат лечения нередко зависит от финансовых возможностей и самодисциплины пациентов, и пр.).

К сегодняшнему дню мы подошли с осознанием того, что на фоне напряженной медико-демографической ситуации в нашем обществе возможности для экстенсивного развития отрасли здравоохранения в республике практически исчерпаны [1]. В то же время мы вынуждены прогнозировать рост потребностей населения в медицинской помощи, в первую очередь, амбулаторно-поликлинической: увеличение доли лиц пожилого возраста, изменение структуры заболеваемости, формирование стратегий профилактики, способных существенно влиять на распространенность и течение целого ряда заболеваний, все большее увеличение социальных ожиданий общества и т.д.

Таким образом, основной проблемой сегодняшнего здравоохранения стало обеспечение упорядоченности системы оказания медицинской помощи, адаптации ее видов и объемов как к социально-экономическим условиям, так и к медико-демографическим процессам, происходящим в обществе, а также обеспечение управления качеством оказываемых медицинских услуг.

Все вышеперечисленное требует, в первую очередь, значительных изменений в философии управления отраслью. Нельзя не согласиться с мнением О.А. Олекс [2], которая подчеркивала важность этого процесса для обеспечения выполнения установок на интересы потребителей услуг (в нашем случае - медицинских) и сферы народного хозяйства, их представляющей, на качество оказываемых услуг. Характерная черта современной философии управления - перенос ответственности за плохое качество работы с исполнителя (врача, медицинской сестры) на руководителя (управленца, менеджера). «Один из ведущих специалистов в области обеспечения качества доктор Джуран выразил это в виде правила 85/15, что означает: 85% проблем, возникающих в нашей работе, определяются нашей системой, и поэтому за них ответственны управляющие системой, и лишь 15% проблем возникают по вине исполнителей. Э.У. Деминг в результате тщательного анализа пришел к цифре 98/2» [3, с. 84].

Системный подход к управлению отраслью требует учитывать тот факт, что услуги по оказанию амбулаторно-поликлинической, стационарной и скорой медицинской помощи тесно взаимосвязаны между собой. В связи с этим простое сокращение коечного фонда (нынешняя мощность - 113,1%00) в пользу увеличения объемов, кадрового и материально-технического обеспечения амбулаторно-поликлинического звена себя не оправдывает. Сокращение объемов больничной помощи должно быть разумным и только тогда оправдывает себя в целом для отрасли, когда будет четко обеспечено использование оставшегося коечного фонда в зависимости от интенсивности лечебно-диагностического процесса и ухода [1]. Тогда амбулаторно-поликлинические организации будут действительно заинтересованы в развитии ресурсосберегающих, в том числе стационарзамещающих, технологий.

Говоря об управлении здравоохранением и роли в этом процессе руководителей органов и организаций

здравоохранения, следует обратить особое внимание на то, что законодательно (ст. 9 Закона «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении») установлена новая организационно-правовая форма существования большинства объектов системы здравоохранения, в т.ч. и амбулаторно-поликлинического звена, оказывающих медицинские услуги населению, - организация. Ее основные черты:

- более высокая степень самостоятельности, а следовательно, более высокая заинтересованность в оказании пациентам лечебно-профилактических услуг высокого качества и необходимого объема;

- обязанность организаций по выполнению территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (за счет средств бюджета) с гарантированным получением средств на их выполнение;

- большая свобода в легализации организации оказания платных медицинских услуг населению и др.

Установление данной организационно-правовой формы, по нашему мнению, является одной из существеннейших, но пока не до конца осознанных (в первую очередь, руководителями) подвижек в реформировании амбулаторно-поликлинической помощи. При этом данная организационно-правовая форма дает возможность амбулаторно-поликлиническим организациям более активно включаться в конкуренцию за оказание медицинских услуг с использованием тех же ресурсосберегающих технологий.

Вопрос о таком важном компоненте ресурсосберегающих технологий, как утвержденные и утверждаемые стандарты медицинской помощи, уже поднимался нами на страницах данного журнала [5]. Дополнительно надо отметить, что разработанные и разрабатываемые стандарты должны вписываться в финансовые возможности амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения.

Значительного внимания и более тщательного анализа на страницах данного журнала заслуживает такой вопрос, как развитие и дальнейшее внедрение стационарзамещающих технологий, на котором мы предполагаем остановиться в следующем номере журнала.

#### *Литература*

1. О концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003-2007 годы: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 8 октября 2003г. №1276. - Мн., 2003. - 19 с.

2. Олекс О.А. Теория и отечественный опыт стандартизации образования в Республике Беларусь (к проблеме разработки классификатора специальностей и квалификаций). - Мн.: Технопринт, 2002. - 346 с.

3. Первичная медико-санитарная помощь: Совместный доклад Генерального директора ВОЗ и Директора-исполнителя Детского фонда ООН. - М.: Медицина, 1978. - 68 с.

4. Справка об итогах деятельности организаций системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за 2003 год. - Мн.: МЗ Республики Беларусь, 2004. - 21 с.

5. Щавелева М.В., Михалевич П.Н. О некоторых современных подходах к оплате труда врачей амбулаторного приема. // Медицина. - 2001. - №4 (35). - С. 17-18.