**Канцэпцыя**

**рэфармавання сістэмы аховы здароўя Беларусі**

пераходны перыяд (2021 – 2025 гг.).

*Выказваю шчырую падзяку маім калегам, практыкуючым медыкам*

*шпіталяў і паліклінік Гродзенскай і Брэсцкай вобласцей,*

*парадамі і заўвагамі якіх я карыстаўся пры падрыхтоўцы гэтага праекта.*

*Вялікая пашана ім за тую ахвярнасць і мужнасць, з якой яны ратуюць здароў’е і жыццё хворых ва ўмовах пандэміі, не зважаючы на недахоп сродкаў індывідуальнай абароны,*

*і часта насуперак афіцыйных заяў кіраўніцтва краіны.*

*Сяргей Мальчык, дацэнт, кандыдат медычных навук.*

1. **Рэзюмэ.**

Сучасная медыцына – гэта высокатэхналагічная галіна дзейнасці, якая патрабуе вялікіх фінансавых укладанняў, высокакваліфікаваных спецыялістаў, эфектыўнага кіравання і прынцыпаў дзейнасці, якія забяспечваюць яе хуткае адаптаванне да любых зменаў як у відах медычнай дапамогі, так і асваенні новых тэхналагічных магчымасцяў для дыягностыкі і лячэння захворванняў. Існуючая ў Беларусі мадэль пастсавецкай дзяржаўнай сістэмы аховы здароў’я не адпавядае гэтым патрабаванням ні па фінансавых магчымасцях, ні па структуры, ні па кадравым патэнцыяле, ні па арганізацыйных прынцыпах яе дзейнасці. Для забяспячэння сучаснага ўзроўню медычнага абслугоўвання насельніцтва неабходны яе карэнная перабудова – увядзенне, як паказвае досвід большасці развітых краінах свету, найбольш эфектыўнай - страхавой медыцыны па накапляльнаму прынцыпу, з захаваннем сацыяльных гарантыяў з боку дзяржавы для найменш абароненых сацыяльных групаў насельніцтва. Гэта працэс доўгатэрміновы, працягласцю не менш 10 гадоў. Таму ў дадзенай працы (у межах задання) разглядаецца толькі першапачатковы этап гэтага працэса – першыя 5 гадоў рэфармавання, аналізуюцца праблемы, якія стаяць перад рознымі суб’ектамі ў гэты перыяд і прапануюцца шляхі іх пераадолення, а таксама накірункі далейшых дзеянняў.

1. **Абгрунтаванне неабходнасці рэформ.**

(Сучасны стан аховы здароў’я ў Беларусі і існуючая праблемы ў гэтай галіне.)

У Беларусі захавалася з савецкіх часоў дзяржаўная сістэма аховы здароў’я, якая фінансуецца з дзяржаўнага бюджэту і забяспечвае бясплатнае лячэнне пацыентаў. Гэтая сістэма па сваёй структуры і прынцыпах дзейнасці даволі паспяхова забяспечвала асноўныя запатрабаванні ў медычнай дапамозе на ўзроўні сярэдзіны мінулага стагоддзя: прафілактыку эпідэмій, лячэнне асноўных масавых захворванняў (траўмаў, вострай хірургічнай паталогіі, хранічных захворванняў, інфекцый, дзіцячых хваробаў), акушэрскай дапамогі, асветніцкай гігіенічнай працы. Аднак у сучасных умовах, калі для эфектыўнай медыцыны патрабуюцца і высокатэхналагічнае спецыяльнае абсталяванне для дакладнай і хуткай дыягностыкі, і сучасная апаратура для эфектыўных і нетраўматычных прыёмаў лячэння, і дарагія лекавыя сродкі для эфектыўнага лячэння, і спецыялісты высокага ўзроўню, якія могуць працаваць на гэтым абсталяванні, савецкая сістэма не можа забяспечыць запатрабаванага ўзроўню медычнай дапамогі.

**А. Структура медычных устаноў у Беларусі.**

Аказанне медычнай дапамогі насельніцтву Беларусі ажыццяўляецца на 4-х зроўнях *(На жаль, падрабязная інфармацыя аб дзейнасці сістэмы аховы здароў’я друкуецца Белстатам з вялікім спазненнем, таму дадзеныя у асноўным за 2017 год)*

На кожным з гэтых узроўняў ажыццяўляецца тры асноўныя віды медычнай дапамогі:

- стацыянарная ў шпіталях,

- амбулаторная ў амбулаторыях, паліклініках і дыспансэрах,

- хуткая і неадкладная медычная дапамога па месцы знаходжання пацыента брыгадамі хуткай дапамогі спецыялізаваных аддзяленняў, станцыяў і падстанцаяў.

**Стацыянарнае лячэнне.**

 Стацыянарнае лячэнне ажыццяўляецца ў 612 медычных установах на 95,6 тыс. ложкаў, з іх:

* раённых бальніц – 118 на 23,8 тыс. ложкаў,
* сельскіх участковых бальніц – 135 на 3,7 тыс. ложкаў,
* бальніц сястрынскага дагляду – 104 на 2,7 тыс. ложкаў.

Гэта азначае, што больш за 1/3 шпіталяў прыходзіцца на ўчастковыя бальніцы, разлічаныя ў сярэднім на 25 пацыентаў, палова з якіх забяспечваюцца толькі медычным даглядам, а не лячэннем. Ва ўмовах Беларусі з добра развітай сістэмай дарог і транспартам магчымасць даехаць на аўтамабілі да бліжэйшага раённага цэнтра складае 0,5- 1 гадзіну. Таму гэты ўзровень павінен быць зліквідаваны, як не адпавядаючы сучасным патрабаваннем. Гэтыя бальніцы даўно пераўтвораны ў часовы сацыяльны прытулак для адзінокіх пенсіянераў. Таму іх неабходна пераўтварыць у амбулаторыі ці перадаць у сістэму сацыяльнай абароны для арганізацыі пастаянных прытулкаў для састарэлых і інвалідаў.
 На раённым узроўні асноўная кваліфікаваная стацыянарная медычная дапамога аказваецца ў раённых бальніцах, у тым ліку спецыялізаваная. Ва ўмовах масавай міграцыі насельніцтва ў буйныя гарады і дэмаграфічных зменаў (у сельскай мясцовасці застаюцца пераважна люді сталага ўзросту) спецыялізаваную медычную дапамогу рацыянальней перавесці ў міжраённыя цэнтры, абласныя дыспансэры і абласныя спецыялізаваныя бальніцы, зліквідаваўшы, ці значна скараціўшы адпаведныя аддзяленні ў стацыянарах.

Буйныя міжраённыя шпіталі ці абласныя спецыялізаваныя цэнтры знаходзяцца на адлегласці 1-2 гадзіны руху аўтамабілем, а магчымасці атрымаць высокакваліфікаваную спецыялізаваную дапамогу непераўнальна вышэйшыя.

Яшчэ адным важным механізмам памяншэння запоўненасці стацыянараў можа быць стварэнне паўнавартасных прыёмных пакояў у шпіталях на 10-20 ложкаў, дзе пацыенты (асабліва дастаўленыя брыгадамі хуткай дапамогі), праходзяць першаснае даследаванне, атрымоўваюць неабходную першасную медычную дапамогу на працягу сутак. Пасля аказання неабходнай дапамогі і пастаноўцы папярэдняга дыягназа пацыент накіроўваецца ў профільнае аддзяленне, ці на амбулаторнае лячэнне.

Стацыянарнае лячэнне ў абласных спецыялізаваных шпіталях і рэспубліканскіх спецыялізаваных цэнтрах павінна быць толькі па абгрунтаваным накіраванні медычных арганізацый ці на платнай аснове. На ўтрыманне пацыентаў у гэтых установах, дзе сканцэнтравана самае сучаснае абсталяванне і самыя высокакваліфікаваныя спецыялісты, затрачваецца значная частка выдзяляемых на медычную дапамогу сродкаў. У сёняшніх умовах гэтыя высокатэхналагічныя ўстановы выкарыстоўваюцца не эфектыўна.

Фінансаванне стацыянарных медычных устаноў у залежнасці ад наяўнасці ложка-месцаў і патрабаванні выканання іх планавага запаўнення (так званы ложка/дзень) робяць немагчымам павышэнне іх эфектыўнасці выкарыстання, і тым больш скарачэння. У гэтым не зацікаўлена на сістэма аховы здароўя, ні органы мясцовай улады. Так, сярэдняя працягласць знаходжання пацыента ў стацыянары складае ў гарадах -10 дзён, у сельскай мясцовасці – 20 дзён, у 2 разы болей. Забяспечанасць месцамі ў стацыянарах складае ў Беларусі 84 ложкі на 10000 чалавек насельніцтва, што значна перавышае рэальныя патрэбы.

Змены могуць адбыцца толькі пры кантролі эфектыўнасці лячэння з боку пацыента і пры бюджэтным фінансаванні не па колькасці ложкаў у стацыянары, а па колькасці абслугоўваемага насельніцтва, з улікам яго сацыяльнага складу.

**Амбулаторнае абслугоўванне**.

Амбулаторнае абслугоўванне насельніцтва ажыццяўляецца ў 2230 амбулаторна-паліклінічных арганізацыях Беларусі, 800 з якіх у сельскай мясцовасці. Гэта самае слабое месца ў сістэме аховы здароў’я. З-за нізкіх заробкаў і высокай інтэнсіўнасці працы ў гэтых установах мае месца найбольшы недахоп медыкаў і найбольш частая змена спецыялістаў.

Галоўныя прычыны гэтаму - нарматывы на тэрмін абслугоўвання аднаго пацыента – 12 хвілін і вядзенне ўсёй дакументацыі ўручную. Увядзенне пасады памочніка ўрача па амбулаторна-паліклінічнай працы прывяло да яшчэ большай колькасці папер, якія неабходна запаўняць. Без увядзення сістэмы электроннага запаўнення дакументаў і стварэння электроннай базы пацыентаў у межах паліклінічных устаноў вызваленне спецыялістаў-медыкаў для непасрэднай працы з пацыентам немагчыма.

Чарговая спроба рэфармавання паліклінічнай сістэмы праз замену ўчастковага тэрапеўта на ўрача агульнай практыкі адбываецца ў многім фармальна. Перавод тэрапеўтаў на пасаду ўрача агульнай практыкі патрабуе яго грунтоўнай перападрыхтоўкі па іншых спецыяльнасцях, што за 1 ці нават 3 месяцы курса павышэння кваліфікацыі немагчыма. Таму запланаванае скарачэнне за кошт гэтага спецыялізаваных кабінетаў у паліклініках прывядзе да значнага пагаршэння медычнага абслугоўвання пацыентаў.

Другой прычынай праблемаў у амбулаторным абслугоўванні з’яўляецца вялікая колькасць наведванняў на амбулатрны прыём. Штогод колькасць наведванняў да ўрача па краіне перавышае 100 мільёнаў, гэта больш 10 наведванняў на кожнага жыхара Беларусі ў год. Сярод іх 18 млн./год пенсіянеры і больш 37 млн/год – дарослае насельніцтва працоўнага ўзросту. Гэта ў значнай ступені звязана не з рэальнай неабходнасцю, а з вельмі ільготнай сістэмай аплаты ліста непрацаздольнасці. Беларусы “любяць хварэць”, калі дні непрацаздольнасць 100% кампенсуюцца. Гэтая праблема патрабуе вырашэння толькі праз механізм асабістай зацікаўленасці ва ўласным здароў’і. Хварэць павінна стаць асабіста нявыгадна: аплачвацца павінна толькі 80 % ад сярэднедзённага заробку за кжны дзень непрацаздольнасці, ці першыя 3 дні непрацаздольнасці аплочвацца не павінны.

**Хуткая і неадкладная медычная дапамога.**

Сістэма аказання хуткай медычнай дапамогі аб’ядноўвае 133 арганізацыі, якія ўключаюць фельдшарскія, ўрачэбныя і спецыялізаваныя брыгады хуткай дапамогі.

Наяўнасць гэтага падзелу сведчыць аб тым, што значная частка працы гэтых брыгад мае толькі ўскоснае дачыненне да аказання рэальнай хуткай медычнай дапамогі.

Значная частка выклікаў гэтых брыгадаў звязана з санітарнай перавозкай, патранажнай дзейнасцю (зрабіць ін’екцыю, памераць ціск і г.д.) для вялікай сацыяльнай групы пенсіянераў з спажывецкай псіхалогіяй жыцця. Без увядзення аплаты пацыентам часткі транспартных выдаткаў на неабгрунтаваныя выклікі хуткай дапамогі гэтую сітуацыю змяніць нельга.

Усе брыгады хуткайдапамогі павінны мець універсальны склад (урач, фельдшар, санітар), уніварсальная абсталяванне для сардэчна-легачнай рэанімацыі і універсальную кваліфікацыю для аказання неадкладнай медычнай дапамогі шырокага дыяпазону ў палявых умовах. Выкарыстанне гэтых брыгад не па профілю павінна быць эканамічна не выгадна ні пацыентам, ні кіруючым органам устаноў аховы здароў’я.

**Б. Медычныя кадры.**

У сістэме аховы здароў’я працуюць 58,5 тысяч медакаў з вышэйшай адукацыяй (61,6 на 10 тыс. насельніцтва) і 126,6 тысяч спецыялістаў з сярэдняй медычнай адукацыяй (133,4 на 10 тыс. насельніцтва).

Аднак займаюць непасрэдна пасады ўрачоў-спецыялістаў толькі 48,9 тысяч. 9,4 тысячы кваліфікаваных медыкаў не займаюцца медычным абслугоўваннем насельніцтва. А непасрэдна практыкуючых ўрачоў-спецыялістаў у Беларусі толькі 38,5 тысяч. Амаль 35% медыкаў не займаюцца непасрэдна працай па сваёй спецыяльнасці. Таму нават празмерная сістэма падрыхтоўкі медычных кадраў не можа запоўніць вакансіі ўрачоў-спецыялістаў.

У Беларусі падрыхтоўка медычных кадраў праводзіцца ў 4 медычных універсітэтах, дзе вучыцца больш за 20 тысяч студэнтаў. Штогод гэтыя ўніверсітэты выпускаюці звыш 3,5 тысяч маладых спецыялістаў. Яшчэ 5,5 тысяч медыкаў з сярэдняй спецыяльнай адукацыяй штогод рыхтуюць 16 медычных каледжаў.

Аднак медычныя спецыяльнасці з-за нізкай аплаты працы (800 рублёў штомесяц для маладога ўрача) не карыстаюцца павагай сярод маладога пакалення і маладыя спецыялісты пасля атрымання спецыяльнасці штогод масава эмігруюць у іншыя краіны.

Для падтрымання прымальнага ўзроўню жыцця практыкуючыя ўрачы вымушаныя працаваць па сумяшчальніцтву на сумежных пасадах. Нават па афіцыйных дадзеных каэфіцыент сумяшчальнасці складае 1,36 па краіне, а рэальна з дадатковымі дзяжурствамі складае 1,5 – 1,75. Пры такой інтэнсіўнасці працы не толькі падае якасць медычнага абслугоўвання, але і расце колькасць захворванняў сярод медыкаў, зніжаюцца магчымасці для павышэння іх кваліфікацыі.

Без радыкальнага вырашэння пытання павышэння аплаты працы медыкаў і зніжэння іх працоўнай загружанасці любыя захады па рэфармаванні медычнага абслугоўвання насельніцтва будуць успрымацца імі негатыўна і не будуць мець падрымкі з іх боку.

**В. Фінансаванне сістэмы аховы здароў’я.**

З бюджэту на сістэму аховы здароў’я штогод у перыяд з 2013 па 2018 год выдзялялася ад 3,8 да 4,2 % ВУП, што складала ад 2,5 (у 2013годзе) да 4,9 (у 2018 годзе) млрд. рублеў. Калі зыходзіць з долі ВУП, то гэта найлепшы паказчык сярод краін СНГ, але вельмі нямнога ў параўнанні з еўрапейскімі краінамі.

У 2019 годзе на ахову здароў’я патрачана 5,75 млрд. рублеў, але 30 % з іх - недзяржаўныя сродкі. Гэтыя сродкі размеркаваны наступным чынам:

4,98 млрд рублёў – непасрэдна на працу хуткай дапамогі, паліклінік, шпіталяў, станцый пералівання крыві,санаторыі для дзяцей;

122 млн. руб. – на ўстановы санітарнага нагляду і мерапрыемствы па забяспячэнні санітарна-эпідэміялагічных мерапрыемстваў;

638 млн руб. – на закупку лекаў і медычнага абсталявання, фінансаванне кіруючых органаў у галіне аховы здароў’я і іншыя мерапрыемствы ў галіне аховы здароў’я;

 20 млн руб. – на навуковыя даследаванні ў галіне аховы здароў’я.

Аднак размеркаванне гэтых невялікіх фінансаў адбываецца нераўнамерна. На забяспячэнне рэспубліканскіх спецыялізаваных цэнтраў сучасным абсталяваннем і сродкамі для высокаякаснай дыягностыкі і эфектыўнага лячэння, патрабуюцца значныя ўкладанні. Аднак гэтыя цэнтры абслугоўваюць толькі нязначную долю пацыентаў. У той жа час, на нізавых узроўнях (раённы і гарадскі), дзе абслугоўваецца абсалютная большасць пацыентаў і дзе працуе большасць медычнага персаналу, выяўляецца значны недахоп фінансавання. Гэты недахоп яшчэ больш узмацняецца неэфектыўным выкарыстаннем сродкаў, звязаным з прывязкай фінансавання да фонда стацыянарных ложкаў і колькасцю наведванняў у паліклініках, праявамікарупцыі і пратэкцыянізма ў кіруючых органах сістэмы аховы здароў’я.

 Пошук новых крыніцаў фінансавання радыкальна сітуацыю выправіць не ў стане. Кіруючыя органы аховы здароў’я намагаюцца атрымаць дадатковыя сродкі праз увядзенне медычных паслуг, якія аплочвае пацыент, часта вымушаны аплочваць неабходныя даследаванні і лекі. Пашыраецца і сістэма дабраахвотнага медычнага страхавання, калі пацыент практычна набывае абанемент на пэўны шэраг медычных паслуг. Аднак гэта часовыя меры, бо установы аховы здароў’я не маюць права самастойна распаражацца сродкамі, атрыманымі за платныя медычныя паслугі. Больш паловы іх забіраюць вышэйшыя кіруючыя органы.

 Праведзены нават павярхоўны аналіз стану сістэмы аховы здароў’я ў Беларусі паказвае яе вялікую неэфектыўнасць, якая закладзена ў самым прынцыпе яе дзейнасці і мадэлі дзяржаўнага фінансавання. Таму рэформа медычнага абслугоўвання павінна насіць усеагульны характар, закранаць не толькі сістэму аховы здароў’я, але і многія іншыя галіны дзяржаўнага функцыянавання.

1. **Асноўныя мэты і задачы рэформы.**

Галоўнай мэтай прапануемай рэформы зяўляецца стварэнне ў Беларусі сучаснай высокатэхналагічнай сістэмы аховы здароў’я, якая б гарантавала:

* даступную і бясплатную медыцынскую дапамогу ў межах устаноўленых пратаколаў і магчымасцяў дзяржаўнага бюджэту для ўсяго насельніцтва;
* высокакваліфікаваную паліклінічную, стацыянарную і спецыялізаваную дапамогу для сацыяльных групаў без пастаянных даходаў (дзяцей, цяжарных жанчын і жанчын у перыяд дагляду за навароджаным, студэнтаў, вайскоўцаў тэрміновай службы, пенсіянераў);
* высокакваліфікаваную, высокатэхналагічную спецыялізаваную кансультатыўную, дыягнастычную і лячэбную медычную дапамогу працуючым грамадзянам на аснове іх абавязковага медычнага страхавання па індывідуальнаму накапляльнаму механізму;
* фармаванне асабістай адказнасці грамадзянаў за захаванне свайго здароў’я;
* салідарны прынцып фінансавання сістэмы аховы здароў’я з боку дяржавы і яе грамадзянаў.

Асноўнымі задачамі, якія павінны быць вырашаны дзеля дасягнення мэтаў прапанаванай рэформы сістэмы аховы здароў’я з’яўляюцца:

А. Павышэнне якасці і даступнасці медычных паслуг;

Б. Павышэнне эфектыўнасці працы устаноў аховы здароў’я

В. Павышэнне ўзроўня прафесіяналізма медычных работнікаў;

Г. Павышэнне асабістай адказнасці грамадзян за сваё здароў’е;

Д. Зніжэнне выдаткаў дзяржаўнага бюджэту на ўтрыманне сістэмы аховы здароў’я.

1. **Крокі па рэалізацыі рэформы.**

Вопыт рэформаў сістэмы аховы здароў’я ў суседніх пастсавецкіх краінах паказаў, што з усіх рэформаў менавіта у галіне медыцыны адыход ад бясплатнай дзяржаўнай сістэмы да іншых прынцыпаў пабудовы медычнай дапамогі выклікаў найбольшыя незадавальненні ў значнай частцы насельніцтва, асабліва з асяродку сацыяльных груп з настроямі “утрыманніцтва”: пенсіянеры, інваліды, не занятыя стала ў легальных сферах эканомікі.

Адсутнасць падрыхтаваных кадраў, вопыту, добра распрацаванага плану паслядоўных дзеянняў, змены палітычнай каньюнктуры, спазненне з стварэннем юрыдычнай базы прыводзілі да цэлага шэрагу сацыяльных канфліктаў і непаслядоўнасці рэформаў, і нават зменаў канчатковыў мэтаў рэформ.

У Беларусі маецца ўнікальная магчымасць скарыстаць досвід і напрацоўкі суседзяў, каб пазбегнуць гэтых праблемаў.

1. **Інфармацыйная кампанія**. – увесь перыяд рэфармавання.

Імпульсам для старта рэформаў з’яўляецца змена заканадаўства. Гэтаму павінна папярэднічаць інтэнсіўная інфармацыйная і тлумачальная кампанія. Таму ўжо ў падрыхтоўчы перыяд пры распрацоўцы зменаў у заканадаўства да шырокага абмеркавання і дыскусіі павінны быць прыцягнутыя прадстаўнікі ўсіх зацікаўленых бакоў, грамадскія арганізацыі, незалежныя эксперты, СМІ. Гэтая шырокая грамадская дыскусія павінна зрабіць прымаемыя законы дасканалымі і кансалідаваць грамадства, падрыхтаваць яго інфармацыйна і псіхалагічна да радыкальных зменаў у галіне аховы здароў’я.

1. **Заканадаўчая дзейнасць** - увесь падрыхтоўчы перыяд.

Пасля прыняцця кіраўніцтвам краіны рашэння аб агульных прынцыпах рэфармавання сістэмы аховы здароўя павінен быць створаны цэлы шэраг палажэнняў і законаў, якія рэгулююць прававыя і фінансавыя бакі ўсіх суб’ектаў: крыніцы фінансавання, агульныя ўмовы кантрактаў, віды медычнага страхавання, парадак акамуляцыі і распараджэння страхавымі сродкамі, гарантаваныя пакеты медычных паслуг, іх кошт і парадак прадстаўлення, парадак абскарджвання ў выпадках парушэння кантрактаў і г.д.

1. **Рэфармаванне структуры аховы здароў’я** – увесь падрыхтоўчы перыяд.

Установы аховы здароў’я павінны быць пераўтвораны ў самастойныя адзінкі, якія маюць некалькі крыніц фінансавання для сваёй дзейнасці. Павінны быць прынятыя законы і палажэнні, якія рэгулююць дзейнасць і ўзаемадзеянне органаў і ўстаноў сістэмы аховы здароў’я: парадак аказання медычных паслугаў, узаемадзеянне і ўзаемаразлікі розных устаноў у аказанні комплекснай медычнай дапамогі пацыентам, парадак і механізм распараджэння сродкамі, атрыманымі медычнымі ўстановамі як з бюджэту, так і за аказанне медычных паслугаў па страхавых кантрактах.

Бюджэтныя сродкі выдзяляюцца на ўтрыманне асноўных фондаў (будынкаў, абсталяванне) і аказанне медычнай дапамогі сацыяльных групаў, медычнае абслугоўванне якіх па адпаведных тарыфах і стандартах фінансуецца дзяржавай.

Сродкі пацыентаў, медычнае абслугоўванне якіх адбываецца згодна страхавога кантракту таксама па ўстаноўленых тарыфах і стандартах, ідуць на аплату працы медычных работнікаў і набыццё сучаснага абсталявання, якое павышае магчымасці медычнай установы ў аказанні медычных паслуг. Пастаяннае тэхналагічнае развіццё медычных устаноў і прафесійнае ўдасканаленне іх медычнага персанала павінна стымулявацца, таму што гэта прыводзіць да росту якасці медычнага абслугоўвання.

Пераўтварэнне устаноў аховы здароў’я ў самастойныя адзінкі і іх функцыянаванне ў канкурэнтным рынкавым асяродку непазбежна ў перспектыве прывядзе да замены галоўных урачоў на менеджараў і арганізатараў з іншымі функцыямі і магчымасцямі.

Канкурэнцыя за пацыентаў сярод медыкаў таксама будзе важным стымулам для павышэння іх прафесійнага майстэрства і асваення імі сучасных і запатрабаваных метадаў лячэння і дыягностыкі. Гэта разам з ростам матэрыяльнай база забяспечыць механізм самаразвіцця і павышэння якасці медычных паслугаў

1. **Неадкладныя меры для рэалізацыі рэформы** – першыя 2 гады .

Сістэме аховы здароў’я неабходна правесці аналіз і дакладны падлік коштаў тых ці іншых медычных паслуг, кошта штодзённага ўтрамання пацыента ў шпіталях рознай спецыялізацыі, затрат медычнага персаналу на аказанне розных медычных паслуг, кошта працы брыгад хуткай дапамогі на адзін стандартны выезд, кошта ўтрымання асноўных фондаў медычных устаноў, запатрабаванасці тых ці іншых медычных паслуг і рэальная ацэнка магчымасцяў медычных устаноў па іх рэалізацыі.

На аснове гэтых дадзеных і пратаколаў дыягностыкі і лячэння пацыентаў з блізкімі групамі захворванняў неабходна:

- распрацаваць медыка-эканамічныя стандарты і аб’ектыўныя крытэрыі, па абгрунтаванні аб’ёмаў медычных паслуг пры розных відах захворванняў;

- распрацаваць і афіцыйна зацвердзіць тарыфы і стандарты па аказанні комплексных медычных паслуг, і іх дыфферэнцыяцыю ў залежнасціад складанасці працэдур;

- акрэсліць аб’ектыўныя крытэрыі па абгрунтаванні перавода пацыента на стацыянарнае лячэнне і лячэнне ў высокаспецыялізаваных цэнтрах;

- абаснаваных крытэраў, якія даюць права да перагляду страхавых кантрактаў і абскарджванню якасці медычных паслуг.

1. **Праца з насельніцтвам. –** увесь падрыхтоўчы перыяд.

Насельніцтва Беларусі за апошнія дзесяцігоддзі ў значнай ступені адаптавалася да існавання ў напалову рынкавых умоваў, у тым ліку і ў медычным абслугоўванні.

Незадаволенасць стаматалагічным абслугоўваннем прывяло да развіцця прыватнага сектара гэтых паслуг, якое абслугоўвае значную частку насельніцтва.

Паралельна з дзяржаўнай у гарадах добра развіта прыватная аптэчная сетка з больш шырокім выбарам лекавых сродкаў.

У апошнія гады ў буйных гарадах пачала развівацца сістэма прыватнай медычнай дапамогі, дзе кансультатыўныя і дыягнастычныя медычныя паслугі аказваюць найбольш кваліфікаваныя спецыялісты ў сваіх рэгіёнах.

Прыватная медыцына развіваецца і дзякуючы ўсё большаму ўкараненню дабраахвотнага медычнага страхавання як у асабістым парадку, так і праз дадатковы сацыяльны пакет у многіх прыватных фірмах.

Усе дзяржаўныя медычныя ўстановы таксама значную частку медычных паслугаў так сама аказваюць на платнай аснове.

Усе гэтыя змены адаптуюць значную частку насельніцтва да пераходу ў сістэму страхавой медыцыны і могуць паскорыць завяршэнне пераходнага перыяда рэформы .

 Аднак для яе паспяховасці і эфектыўнасці неабходна правядзенне ў максімальна поўным аб’ёме юрыдычных, структурных, арганізацыйных зменаў, частка якіх акрэслена ў гэтым праекце.

1. **Органы, якія прымаюць рашэнні.**

Стратэгічныя рашэнні па рэформе прымае (па існуючай практыцы ў Беларусі) Прэзідэнт і фармальна - Вярхоўны Савет.

Адказнасць за падрыхтоўку і рэалізацыю рэформы павінна несці ў першую чаргу Міністэрства аховы здароў’я.

З другога боку, неабходны самы актыўны ўдзел у рэфармаванні аховы здароў’я органаў мясцовай улады (у беларускіх рэаліях - выканкамы, бо мясцовае самакіраванне - саветы - рэальнай улады не мае).

Удзел на падрыхтоўчым этапе павінна прымаць і шырокая грамадскасць праз грамадскія ініцыятывы і арганізацыі, прафесійныя саюзы. Менавіта на стадыі шырокага абмеркавання прамаемых законаў можна пазбавіцца многіх “падводных камянёў” у далейшым і галоўнае - схіліць грамадскую думку на карысць рэформ.

1. **Змены ў заканадаўстве для рэалізацыі рэформы.**

У прынцыповым плане, змена падыходаў да медычнага абслугоўвання з бясплатнага дзяржаўнага да змешанага з абавязковым медычным страхаваннем па накапляльнаму прынцапу для працаздольнага насельніцтва і захаваннем прынцыпа бясплатнасці для сацыяльных групаў, якія не маюць пастаянных даходаў і гарантаванага бясплатнага медычнага абслугоўвання па ўстаноўленым стандартам, павінна быць замацавана **Законам аб абавязковым медычным страхаванні**. Але прыняцце гэтага закона (ці ўвядзенне яго ў дзеянне) можа быць адкладзена да канца пераходнага этапа рэфармавання (да канца 2025 года).

На першым этапе рэформы не патрабуецца і зменаў у 45 артыкул Канстытуці Рэспублікі Беларусь. Яна гарантуе даступнасць для ўсіх грамадзян медычнага абслугоўвання і бясплатнае лячэнне ў дзяржаўных установах аховы здароў’я. Гэтыя прынцыпы захоўваюцца. А сістэма страхавання дае дадатковыя магчымасці па медычных паслугах (яна можа ісці як дадатковы сацыяльны пакет у працоўнай дамове).

Галоўнымі заканадаўчымі зменамі на пераходным этапе павінны стаць распрацоўка асноўных палаженняў, якія рэгулююць накірунак і парадак зменаў у медычным абслугоўванні, а таксама ўсталёўваюць юрыдычныя асновы ўзаемадзеяння ўсіх суб’ектаў у гэтай галіне.

1. Палажэння аб прынцыпах страхавання працуючых на прадпрыемствах і ўстановах ўсіх форм уласнасці Беларусі;

 2. Палажэння аб установах аховы здароў’я, якое замацоўвае пераўтварэнне ўстаноў аховы здароў’я ў самастойныя адзінкі;

3. Палажэння аб дзяржаўных гарантыях прадстаўлення застрахаваным пацыентам медычных паслуг, устаноўленых заканам;

4. Палажэння аб абароне правоў пацыентаў (працэс абскарджвання).

5. Распрацоўка Міністэрствам аховы здароў’я

-графіка (пералік і паслядоўнасць) мерапрыемстваў перад і на пачатковым этапе правядзення рэформ;

-зменаў у заканадаўчыя акты, якія рэгулююць дзейнасць сістэмы аховы здароў’я ў новых умовах;

- аналіз рэальнага аб’ёма аказваемых медычных паслуг;

- разлік сярэдняга кошту запатрабаваных медычных паслуг,

- разлік рэальна запатрабаванай колькасці ложкаў у шпіталях,

- разлік неабходнай колькасці практыкуючах медыкаў і г. д.

Толькі пасля прыняцця канкрэтных юрыдычных асноў дзейнасці сістэмы аховы здароў’я ў новых умовах і пры структурнай іх перабудове можна пераходзіць да практычнага ажыццяўлення саміх рэформ без процідзеяння з боку медычных работнікаў і насельніцтва.

**ДАДАТАК.**

**Папярэдняя ацэнка дзеянняў існуючай сістэмы аховы здароў’я Беларусі**

**ва ўмовах пандэміі каронавірусу.**

Інфармацыя аб пазіцыі Міністэрства аховы здароў’я і **прапанаваных** **ім кіраўніцтву краіны** дзеяннях па зніжэнні распаўсюду інфекцыі вельмі абмежаваная. Усе рашэнні прымаліся толькі прэзідэнтам, пазіцыя якога – “вірусу няма, бо я яго не бачу”, “гэта не пандэмія, а псіхоз” і г. д. – агульнавядомая. На адной з нарадаў у красавіку прагучала фраза прэзідэнта да міністра аховы здароўя: “забараняць ёсць каму без вас, вы сваёй справай займайцеся”.

Несур’ёзныя адносіны кіраўніка краіны да пандэміі паралізавалі падрыхтоўку ўсіх структур на пачатковым этапе распаўсюду інфекцыі. Таму дзеянні і сістэмы аховы здароўя былі несістэмнымі і запозненымі. У Беларусі было каля 2 месяцаў для падрыхтоўкі да пандэміі. Аднак гэты час не быў скарыстаны эфектыўна.

* Не праводзілася неадкладнае накапленне сродкаў індывідуальнай абароны медычных работнікаў. Іх і цяпер недастаткова ў рэгіянальных установах.
* Не была рэарганізавана сістэма хуткай медычнай дапамогі для працы ва ўмовах пандэміі. Гэта прыводзіла да заражэння медыкаў і распаўсюду інфекцыі.
* Не была наладжана служба неадкладнага рэагавання (мабільнае перамяшчэнне і канцэнтрацыя сілаў і сродкаў у інфікаваныя рэгіёны) на пачатковым этапе пандэміі. Кожны рэгіён спрабаваў супрацьстаяць пандэміі сваімі наяўнымі магчымасцямі.
* Не праводзілася ізаляцыя заражаных рэгіёнаў, што перакрэслівала ўсе ахвярныя дзеянні медыкаў па выяўленні, ізаляцыі і лячэнні хворых на каронавірус.
* Не была неадкладна наладжана сістэма хуткай лабараторнай дыягностыкі каранавіруса. Працавала толькі 1, потым 3 дыягнастычныя лабараторыі ў Мінску. Месяц спатрэбіўся для разгортвання дыягнастычных лабараторый у рэгіёнах. Аднак іх і цяпер не хапае (як і эфектыўных тэстаў). Гэта зніжае дыягностыку віруснага захворвання і спрыяе распаўсюду пандэміі.
* Не паступала аб’ектыўная інфармацыя аб захворванні па рэгіёнах, што спрыяла бяспечным паводзінам часткі грамадства (масавыя мерапрыемствы) і панічным настроям другой часткі насельніцтва.

Спасылка міністра на эфектыўнасць беларускай сістэмы аховы здароў’я ў барацьбе з каронавірусам дзякуючы празмернаму фонду ложкаў у стацыянарах выглядае як няўклюдная спроба абгрунтаваць вельмі нізкія паказчыкі агучваемых міністэрствам паказчыкаў смяротнасці ад каронавіруса.