

**Wiktor A. Snieżycki, Marina J.
Surmacz**

**Kierunki reform ochrony zdrowia na
Białorusi**

Problemy Zarządzania 13/2 (2), 100-111

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Kierunki reform ochrony zdrowia na Białorusi

Nadestany: 27.04.15 | Zaakceptowany do druku: 26.05.15

Wiktor A. Snieżycki*, **Marina J. Surmacz****

Ustawiczny wzrost zapotrzebowania służby zdrowia na środki, w połączeniu z ograniczonymi możliwościami budżetu skłaniają do ciągłych poszukiwań bardziej efektywnych sposobów finansowania. Realizacja podstawowej zasady – państwa socjalnego – jak dotychczas powstrzymuje próby radykalnych zmian mechanizmów finansowania systemu ochrony zdrowia Białorusi i stanowi główną przyczynę utrzymania modelu budżetowego.

W artykule zostały przedstawione kierunki taktyczne reformowania ochrony zdrowia w Białorusi, których wdrożenie poprawi efektywność finansowania dziedziny, zaprezentowano także strategiczne perspektywy reform.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, finansowanie, reformowanie, model budżetowy, ubezpieczenia zdrowotne/udział finansowy społeczeństwa.

Directions of Health Services Reforming in Belarus

Submitted: 27.04.15 | Accepted: 26.05.15

Continuous growth of expenditures of public health services, in a combination to the limited possibilities of state budget, induces to constant search of more effective ways of the branch financing. Principle of socially focused state constrains attempts of radical change of health services financing in Belarus and becomes a most important reason of budgetary model preservation.

Tactical directions of public health services reforming in Belarus, which introduction will allow to raise the efficiency of the branch financing, are discussed in the article, strategic prospects of reforming are opened.

Keywords: Public health services, financing, reforming, state budgetary model, medical insurance, consumer payments.

JEL: I18

* **Wiktor A. Snieżycki** – Grodzieński Państwowy Uniwersytet Medyczny, Grodno, Republika Białorusi.

** **Marina J. Surmacz** – Grodzieński Państwowy Uniwersytet Medyczny, Grodno, Republika Białorusi.

Adres do korespondencji: Grodzieński Państwowy Uniwersytet Medyczny, Grodno, Republika Białorusi;
e-mail: snezh@grsmu.by; e-mail: marina_surmach@mail.ru.

1. Wstęp

System ochrony zdrowia w Białorusi, w odróżnieniu od innych krajów przestrzeni postradzieckiej i większości krajów świata, zachował budżetowy model finansowania ochrony zdrowia. Państwo gwarantuje swoim obywatelom dostęp do opieki zdrowotnej poprzez zapewnienie bezpłatnej pomocy medycznej w placówkach państwowych na poziomie minimalnych standardów socjalnych. Wśród zasad polityki państwa w dziedzinie ochrony zdrowia na pierwszym miejscu znalazły się takie jak: stworzenie warunków do zachowania, umocnienia i przywrócenia zdrowia społeczeństwa, zapewnienie dostępności do usług medycznych. Jednym z głównych zadań białoruskiej służby zdrowia jest zapewnienie powszechnej dostępności społeczeństwa do bezpłatnej pomocy medycznej, co zostało zapisane w Konstytucji Republiki Białorusi „O ochronie zdrowia”.

2. Czynniki stymulujące reformowanie systemu ochrony zdrowia w Białorusi. Spojrzenie przez pryzmat doświadczeń niektórych państw europejskich.

Uniwersalną właściwością systemów służby zdrowia jest stały wzrost kosztów pomocy medycznej. Cechą wspólną większości krajów rozwiniętych, podobnie jak Białorusi, jest zmiana struktury wiekowej społeczeństwa z jego starzeniem się, kumulacja w populacji patologii chronicznych. Negatywna dynamika wskaźników zdrowia ludności prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na usługi o charakterze medycznym. Dlatego też nakłady państwa białoruskiego na ochronę zdrowia i opiekę społeczną również stale rosną. W rezultacie reform w wielu krajach udało się na kilka lat ustabilizować wielkość środków przeznaczanych na potrzeby ochrony zdrowia. Większość państw musi jednak zwiększać wydatki do 12–16% PKB.

Permanentny wzrost potrzeb w dziedzinie ochrony zdrowia, w połączeniu z ograniczonymi możliwościami budżetu państwa, skłania do ciągłych poszukiwań efektywniejszych sposobów rozwiązania problemów finansowych. Przejście większości krajów sąsiadujących z Białorusią na nowy model finansowania opieki zdrowotnej (ubezpieczeniowy – Bismarcka) było czynnikiem zachęcającym do rozpoczęcia generalnej reformy systemu również w Białorusi. Zachowanie społecznego charakteru tej dziedziny, realizacja podstawowej zasady państwowej – państwa socjalnego – jak na razie powstrzymuje jednak próby radykalnych reform w systemie ochrony zdrowia społeczeństwa.

Za przykład rozwiniętego kraju europejskiego, w którym funkcjonuje model budżetowy finansowania ochrony zdrowia może służyć Wielka Brytania. W latach drugiej wojny światowej rząd Wielkiej Brytanii rozpoczął na szeroką skalę przekształcenia w systemie zaopatrzenia społecznego. Został stworzony system świadczenia usług medycznych, który nazwano National

Health Service (NHS), w którym pomoc medyczna w miarę potrzeb była udzielana bezpłatnie (Глобальный кризис как..., 2011). Doświadczenie krajów z tym modelem finansowania pokazało, że przy maksymalnej osłonie socjalnej społeczeństwa, model ma też minusy. Zapewniając dostępność, nie gwarantuje innej najważniejszej zasady działalności w systemie opieki zdrowotnej – terminowości udzielania pomocy medycznej. Wyniki badań ankietowych pacjentów w Wielkiej Brytanii pokazały, że 75% mogło trafić do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w ciągu dwu dni, termin oczekiwania na konsultację u specjalisty wydłużał się do trzynastu tygodni, oczekiwanie na zaplanowane leczenie w wielu przypadkach trwało do sześciu miesięcy. Większość badań diagnostycznych mogła być przeprowadzona tylko w warunkach szpitalnych, w warunkach POZ można było przeprowadzić tylko badania podstawowe. Kolejki to pierwszy minus modelu budżetowego, a rozwiązania problemu kolejek wielu Brytyjczyków upatruje w sprywatyzowaniu organizacji ochrony zdrowia (Callahan, 2005, s. 22; Lewis, 2006, s. 10–13).

„Minusem” państwowego systemu ochrony zdrowia, w tym NHS Wielkiej Brytanii jest również ograniczenie możliwości dla biznesu. W warunkach stale rosnącego zapotrzebowania na zasoby ochrona zdrowia znalazła się przy tym w sytuacji permanentnych poszukiwań dodatkowych środków, co w rezultacie najczęściej prowadzi do przejścia na inny model finansowania ochrony zdrowia (jak miało to miejsce w 1993 roku w Federacji Rosyjskiej, wraz z przyjęciem ustawy „O ubezpieczeniach medycznych”). W tym samym czasie, według danych Monitoringu Rosyjskiego Jakości Życia, indeks dostępności do pomocy medycznej w Rosji zajmował najniższą pozycję wśród wszystkich komponentów jakości życia Rosjan (Стародубов, 2005).

Wdrożenie praktyki prywatnej do sfery ochrony zdrowia Białorusi zostało prawnie zalegalizowane. Pierwsza redakcja ustawy „O ochronie zdrowia” (1993) pozwoliła na tworzenie organizacji ochrony zdrowia o różnych formach własności, prowadzących działalność medyczną i farmaceutyczną na podstawie zezwoleń (licencji). Zasada ta zachowała się także w kolejnych redakcjach ustawy. Praktyka prywatna pozwala na wykorzystanie zalet rynku usług medycznych i stwarza możliwość częściowego samofinansowania systemu ochrony zdrowia.

Równoległe do zalet rozwojowi praktyki prywatnej w sferze ochrony zdrowia nieuchronnie towarzyszy zwiększenie udziału płatności bezpośrednich społeczeństwa. Zgodnie z opinią WHO wzrost bezpośrednich płatności społeczeństwa jest uznawany za największy problem globalny w ochronie zdrowia (Финансирование систем здравоохранения, 2010, s. 106). W celu obniżenia ryzyka finansowego w przypadku konieczności uzyskania pomocy medycznej społeczeństwa krajów, w których jest rozpowszechniona bezpośrednia odpłatność na usługi medyczne, uciekają się do dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Składki ubezpieczeniowe bywają jednak na tyle wysokie, że zmusza to do rezygnacji z tej formy rekompensaty strat w przy-

padku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego (Глобальный кризис как..., 2011; Callahan, 2005, s. 22). Na Białorusi została opracowana i wdrożona baza dla dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, ale jej wykorzystanie w społeczeństwie, jak na razie, nie jest zbyt rozpowszechnione.

Wraz z możliwościami praktyki prywatnej i dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych ochrona zdrowia we współczesnej Białorusi nadal pozostaje głównie państwowa (model Siemaszki). Rosnące potrzeby finansowe systemu ochrony zdrowia Białorusi i potrzeba rygorystycznego oszczędzania środków budżetowych zmuszają do poszukiwania sposobów bardziej efektywnego funkcjonowania tej dziedziny i jej reformowania.

3. Ewidencja dochodów i nakładów w systemie ochrony zdrowia (dane według systemu Rachunków Narodowych Ochrony Zdrowia Białorusi)

Jednym z problemów wiążących się z finansowaniem ochrony zdrowia Białorusi – aż do 2010 roku – był mechanizm wszechstronnej i pełnej ewidencji dochodów i nakładów (Жарко, 2011). Stosowana analiza porównawcza poszczególnych pozycji zasobów finansowych nie pozwalała na całościowe odzwierciedlenie obrazu przemieszczania środków finansowych w całym systemie ochrony zdrowia. Dane o wydatkach odzwierciedlały informację o państwowych źródłach finansowania, bez uwzględnienia środków ludności, pracodawców, międzynarodowych organizacji sponsorskich, wydatków społeczeństwa i pracodawców na płatności za odpłatne usługi o charakterze medycznym, świadczone przez państwowe placówki służby zdrowia, za usługi organizacji prywatnych, za nabywanie leków i wyrobów medycznych, rozprowadzanych poprzez sieć detaliczną aptek. Nie były także uwzględniane wydatki ludności i pracodawców na polisy dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych (Жарко, 2011).

Niekompletność informacji statystycznej stanowiła przeszkodę w prawidłowym oszacowaniu zapotrzebowania ludności na pomoc medyczną, na efektywną dystrybucję środków z budżetu państwa. Problem ten był przyczyną decyzji o utworzeniu narodowych rachunków zdrowia (NROZ) na Białorusi (Ткачѣва, 2011). NROZ stanowi element systemu rachunków narodowych (SRN). SRN jest tworzony zarówno dla całego kraju, jak i dla poszczególnych rodzajów działalności, w tym dla sfery socjalnej (której częścią stanowi ochrona zdrowia).

Dane uzyskane na podstawie sporządzenia NROZ zawierają pełną informację o wydanych środkach budżetowych we wszystkich organizacjach systemu ochrony zdrowia Białorusi. NROZ prezentują także informacje o prywatnych wydatkach na ochronę zdrowia, o składkach ubezpieczeniowych i wypłatach z ubezpieczenia. Wydatki organizacji sponsorujących ochronę zdrowia są uwzględniane przy wsparciu koordynatorów programu międzynarodowej pomocy technicznej w Republice Białorusi.

Doskonalenie sposobów zbierania danych dla NROZ zostało włączone do dwuletniego planu współpracy między Ministerstwem Zdrowia Białorusi i Europejskim Regionalnym Biurem WHO na lata 2012–2013 (Жарко, 2011).

Według danych dotyczących realizacji pierwszego projektu NROZ w 2010 roku ogólna kwota wydatków wynosiła, zgodnie ze średnim ważonym rocznym kursem Banku Narodowego Białorusi, 5,6% PKB (Ткачѣва, 2011).

Główny ciężar wydatków na ochronę zdrowia ponosi państwo – 77,3% (tabela 1).

	Wydatki ogólne za ochronę zdrowia (OWOZ)	Udział OWOZ w procentach
1.	Wydatki państwa	77,3
1.1.	Centralne organy zarządzania	17,6
1.1.1.	Ministerstwo Zdrowia	12,3
1.1.2.	Inne ministerstwa i resorty	5,3
1.2.	Regionalne organy zarządzania	59,7
2.	Wydatki prywatne	22,2
2.1.	Organizacje ubezpieczeniowe	0,2
2.2.	Wydatki gospodarstw domowych	19,7
2.3.	Wydatki pracodawców	2,3
3.	Pomoc międzynarodowa (sponsorska)	0,5
	Łącznie wydatki na ochronę zdrowia	100,0

Tabela 1. Struktura ogólnych wydatków na ochronę zdrowia (OWOZ) w przekroju źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia. Źródło: Е.И. Ткачѣва (2011). Национальные счета здравоохранения Республики Беларусь: первые итоги внедрения. Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 4, s. 7–13.

Dysponentami środków budżetów lokalnych są zarządy do spraw służby zdrowia obwodowych komitetów wykonawczych i komitet do spraw ochrony zdrowia Mińskiego Miejskiego Komitetu Wykonawczego, którzy kontrolują i koordynują działalność wszystkich organizacji ochrony zdrowia w regionach.

Środki prywatne – środki pracodawców i ludności, wydane na zakup usług medycznych i wyrobów, w strukturze ogólnych wydatków na ochronę zdrowia w 2010 roku stanowiły 22,2%. Większa część tych środków była przeznaczona na nabycie preparatów leczniczych i innych wyrobów medycznych poprzez detaliczną sieć aptek. W strukturze wydatków prywatnych na ochronę zdrowia dominują środki społeczeństwa (88,9% wszystkich wydatków prywatnych i 19,7% ogólnej kwoty wydatków na ochronę zdrowia). Środki organizacji i przedsiębiorstw stanowią 10,3% wydatków prywatnych i 2,3% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia (Ткачѣва, 2011).

Rynek ubezpieczeń medycznych jest wyjątkowo słabo reprezentowany w sektorze finansowym Białorusi. Należy zauważyć, że niezbędne podstawy

prawne zostały opracowane i wdrożone (Инструкция о взаимодействии..., 2012, s. 74–75; Примерный договор на оказание..., 2012, s. 75–78). Mentalność Białorusinów, przyzwyczajonych jednak do zagwarantowanej przez państwo bezpłatnej pomocy medycznej, nie pozwala na wykorzystanie w pełnym zakresie możliwości rynku ubezpieczeń medycznych. Udział organizacji ubezpieczeniowych wśród prywatnych źródeł finansowania stanowi zaledwie 0,8% (Ткачёва, 2011). Przedsiębiorstwa komercyjne i organizacje bardziej aktywnie korzystają z usług ubezpieczeń medycznych, jednak na takie wydatki mogą sobie pozwolić tylko dochodowe i duże organizacje. Oprócz tego brakuje systemu bodźców materialnych, ukierunkowanego na rozwój rynku ubezpieczeń medycznych – np. nie przewidziano zastosowania ulg podatkowych dla organizacji zawierających umowy z ubezpieczycielami poprzez zmniejszenie opodatkowania zysku (Ткачёва, 2010).

I wreszcie, najmniejszy wkład w finansowanie białoruskiej ochrony zdrowia wnoszą międzynarodowe organizacje sponsorskie – zaledwie 0,5% w 2010 roku.

Analiza wydatkowania środków w przekroju świadczeniodawców usług medycznych pokazała, że obecnie organizacje świadczące usługi ambulatoryjne otrzymują zaledwie 30% z ogólnych wydatków na ochronę zdrowia (tabela 2).

Świadczeniodawca usług medycznych	Kod NRZ	Udział w OWOZ (w %)	Udział państwa w wydatkach (w %)	Udział wydatków prywatnych (w %)	Udział międzynarodowych organizacji sponsorskich (w %)
Szpitala	NR – 1	45,2	55,6	9,0	53,3
Organizacje patronackie i wolontariat zajmujący się opieką	NR-3	1,0	1,0	0,9	
Organizacje świadczące ambulatoryjne usługi medyczne	NR-3	30,0	32,5	22,1	8,9
Sprzedaż detaliczna i inne organizacje dostarczające wyroby medyczne	NR-4	14,3		64,4	
Ogólne zarządzanie służbą zdrowia i ubezpieczenia zdrowotne	NR-6	3,1	2,6	0,4	1,0
Instytucje świadczące usługi związane z ochroną zdrowia	NR-8	4,1	4,4	2,9	18,8
Pozostali	NR-9	0,1		0,1	18,8
Inni bliżej nie określone usługodawcy	NR nsk	3,2	3,9	0,2	
Łącznie		100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 2. Struktura ogólnych wydatków dysponentów środków finansowych na ochronę zdrowia w przekroju świadczeniodawców usług medycznych. Źródło: E.И. Ткачёва (2011). Национальные счета здравоохранения Республики Беларусь: первые итоги внедрения. Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 4. s. 7–13.

4. Obowiązujące mechanizmy wzrostu stabilności finansowej. Przesłanki i strategie reform

W 2011 roku ogólna wielkość wydatków na ochronę zdrowia w Republice Białorusi ze wszystkich źródeł finansowania stanowiła 6,0% PKB, udział wydatków państwa – około 4,0% PKB (Ткачѣва, 2012). Na utrzymanie wielkości wydatków na poprzednim poziomie, a nawet na niewielkie zwiększenie pozwoliły takie przedsięwzięcia jak: wprowadzenie systemu finansowania wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca (co podniosło efektywność wykorzystania zasobów i zmniejszyło dysproporcje w ich dystrybucji na terytorium kraju); wprowadzenie systemu standardów socjalnych w dziedzinie ochrony zdrowia i terytorialnych programów gwarancji państwa w świadczeniu pomocy medycznej obywatelom Białorusi. Innym mechanizmem zapewnienia stabilności finansowej w branży medycznej było wprowadzenie docelowego planowania w ochronie zdrowia, zapewniającego finansowanie konkretnych przedsięwzięć dla konkretnych organizacji i ścisłej kontroli ich realizacji.

Aktualnie prowadzona jest kompleksowa restrukturyzacja pomocy medycznej i redystrybucja nakładów z opieki stacjonarnej na ambulatoryjną, połączona ze zwiększeniem poziomu jej finansowania, rozwojem technologii zastępujących pomoc stacjonarną, wdrożeniem instytucji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, redukcją nieracjonalnie wykorzystywanego zasobu łóżek szpitalnych, optymalizacją liczby etatów pracowników szpitali.

Ważnym krokiem była redukcja etatów w administracji systemu opieki zdrowotnej.

Podjęto także działania na rzecz zastępowania leków pochodzących z importu krajowymi i rozwoju rodzinnych przedsiębiorstw farmaceutycznych.

Wielosektorowość źródeł finansowania ochrony zdrowia jest skutecznym sposobem na łączenie minimalnych wydatków z maksymalnym efektem, a zatem zapewnia najwyższą efektywność społeczną i ekonomiczną sfery ochrony zdrowia w warunkach deficytu zasobów.

W Republice Białorusi została opracowana Strategia Rozwoju Narodowego Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2011–2015, do której włączono następujące zadania (Жарко, 2012; Ткачѣва, 2012):

- przejście mechanizmów finansowych ochrony zdrowia na budżetowanie, ukierunkowane na uzyskanie konkretnych rezultatów jakościowych i ilościowych, dzięki zwiększeniu samodzielności organizacji ochrony zdrowia w zakresie wykorzystania zaoszczędzonych środków budżetowych;
- optymalizacja udzielania pomocy medycznej w warunkach szpitalnych poprzez przeprofilowanie zasobu łóżek, uwzględniająca realne potrzeby ludności i strukturę zachorowalności, zmniejszenie zasobów nieefektywnie wykorzystywanych łóżek;
- wprowadzenie planowania i finansowania wydatków na świadczenie pomocy medycznej w warunkach stacjonarnych na podstawie ściśle

określonego zakresu pomocy medycznej z punktu widzenia profiliów (leczonych pacjentów, łóżko-doba itp.) w wartościach ilościowych i kosztowych;

- realizacja odrębnego planowania i finansowania wydatków na świadczenie wysoko technologicznych i skomplikowanych rodzajów pomocy medycznej, udoskonalenie metodyki obliczania wskaźnika liczby łóżek na 1000 mieszkańców w celu zapewnienia możliwości zestawienia porównawczego z innymi krajami;
- wzmocnienie podstawowej opieki medycznej – ze zwiększeniem elementu profilaktyki w działalności organizacji ambulatoryjnych, zwiększenie zakresu ich finansowania do wysokości stanowiącej nie mniej niż 40% ogólnej wielkości wydatków na ochronę zdrowia;
- reorientacja zasobów kadrowych ze szpitalnych na ambulatoryjne;
- aktywizacja działalności w dziedzinie kształtowania zdrowego stylu życia ludności;
- wzrost zainteresowania personelu służby zdrowia świadczeniem jakościowej pomocy medycznej poprzez tworzenie nowego systemu bodźców materialnych dla pracowników (Ткачѣва, 2012).

W 2013 roku rozpoczęto pilotażowy projekt wdrażania systemu stymulacji ekonomicznej (materialnej) pracowników służby zdrowia (Жапро, 2012).

Proponuje się także aktywizację prac nad wdrożenie programów ukierunkowanych na profilaktykę zachorowań, zmniejszenie odsetka inwalidów wśród ludności dzięki rozwojowi ośrodków rehabilitacji, otwieranie szkół o profilu medyczno-higienicznym (Жадан, 2012). Organizatorzy ochrony zdrowia Białorusi opowiedzieli się za wspieraniem finansowania prywatnego w opiece zdrowotnej, które zgodnie z prawem powinno uzupełniać gwarancje państwowe dla tych konsumentów, którzy są gotowi samodzielnie zapłacić za usługi medyczne (Жадан, 2012). Wyrażany jest także pogląd o konieczności wprowadzenia dopłat przez pacjentów za usługi medyczne (Шарабчичев, 2011).

Żaden z krajów świata nie może dziś uchodzić za wzorzec w zakresie ślepego kopiowania mechanizmów funkcjonowania w dziedzinie ochrony zdrowia. We wszystkich bez wyjątku krajach w mniejszym lub większym stopniu występują problemy związane z wysokością wydatków i niewystarczającą dostępnością do usług medycznych. Dlatego ważne jest ramowe podejście WHO do analizy efektywności systemów ochrony zdrowia (Зайцев, 2012). Przeświadczenie, że przejście z jednego modelu systemu ochrony zdrowia na inny (na przykład z państwowego na ubezpieczeniowy) automatycznie rozwiąże wszystkie problemy, występujące w poszczególnych systemach ochrony zdrowia, jest bezpodstawne. Coraz powszechniejszy jest pogląd, że kraje mogą wprowadzać reformy sukcesywnie, bez radykalnych zmian źródła finansowania.

Doświadczenia krajów Unii Europejskiej pokazały, że niezależnie od realizowanego modelu ochrony zdrowia podstawowymi źródłami finansowa-

nia są środki publiczne i prywatne (oprócz środków płynących od sponsorów zewnętrznych).

Środki publiczne przeznaczane na finansowanie ochrony zdrowia pochodzą: albo z ogólnych, wpływów podatkowych, albo też z podatków docelowych, przeznaczonych na obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne. Środki prywatne pozyskiwane są poprzez uruchomiony mechanizm dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych i/lub bezpośrednio płatności społeczeństwa.

Gromadzenie środków publicznych powoduje następujące problemy: po pierwsze – należy w 100% objąć opodatkowaniem pracującą ludność; po drugie – niezbędna jest redystrybucja środków (gdy „zdrowy płaci za chorego”, młody za leciwego, bogaty za biednego, dorosły za dziecko”). Rozwiązanie pierwszego problemu wymaga rygorystycznej kontroli prawnej sytuacji, gdy osoby zdolne do pracy, oficjalnie niepracujące, nieplacące podatków korzystają z praw obywateli do opieki zdrowotnej. To samo dotyczy także osób otrzymujących i wypłacających wynagrodzenia za pracę „w kopertach”. Rozwiązanie drugiego problemu, jak pokazało doświadczenie wielu krajów świata, jest możliwe tylko poprzez adekwatne finansowanie budżetowe niezdolnych do pracy i nisko wynagradzanych kategorii obywateli.

W celu zapewnienia efektywności ochrony zdrowia, biorąc pod uwagę doświadczenie innych krajów, należy zwrócić uwagę na następujące czynniki:

1. Odpis środków dla świadczeniodawców usług medycznych można dokonywać na podstawie połączenia informacji o potrzebach ludności i faktycznej konsumpcji przez nią danych usług.
2. Brak samodzielności finansowej kierowników organizacji ochrony zdrowia (lub nawet kierowników regionów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia) jest przyczyną nieefektywności reform dotyczących zakupu usług medycznych.
3. Jako najbardziej efektywny sposób stymulacji jakościowej działalności w systemie ochrony zdrowia należy uznać taki mechanizm wynagradzania za pracę, w którym kwota jest rozliczana przez połączenie danych o wykonanej pracy (faktyczna liczba obsłużonej ludności) z osiągniętymi rezultatami (wskaźniki jakościowe działalności). Jak przedstawił w swoim referacie kierownik Krajowego Biura WHO w Republice Białorusi J.O. Zajcew – tendencję ogólnoeuropejską stanowi kombinacja kilku rodzajów wynagrodzeń za pracę lekarzy na poziomie podstawowej pomocy lekarskiej: finansowanie zależne od liczby zadeklarowanych pacjentów (60%), wynagrodzenie za świadczone usługi (20–30%), wynagrodzenie za osiągnięte rezultaty (10–20%) (Зайцев, 2012).
4. Udział społeczeństwa w płatności – element wspólny dla wszystkich krajów świata – w finansowaniu ochrony zdrowia. Jego ściśle kontrolowane zwiększanie w warunkach współczesnej Białorusi – gdy społeczeństwo już przywykło do odpłatnych usług w dziedzinie ochrony zdrowia, a także

do istnienia prywatnych gabinetów i organizacji – będzie nabierało coraz większego znaczenia w porównaniu do zmieniających się obciążeń podatkowych. Krok ten przygotuje psychologicznie społeczeństwo do stopniowego (możliwego w perspektywie strategicznej) przechodzenia do systemu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych. Środki z opłat społeczeństwa mogą być jednak wydatkowane na stymulowanie jakości pracy lekarzy, rozwój bazy materialno-technicznej w ochronie zdrowia. Niezbędne jest przejście do mechanizmu wynagradzania pracowników służby zdrowia w zależności od liczby przyjętych pacjentów (zakresu świadczonych usług) i od jakości udzielonej pomocy medycznej. Równoległe do stworzonej możliwości wykorzystania płatności prywatnych społeczeństwa jako części honorariów dla personelu medycznego należy prowadzić politykę mającą na celu wyeliminowanie praktyki zatrudnienia na kilku stanowiskach w służbie zdrowia. W tym przypadku liczba osób fizycznych zatrudnionych w przychodniach będzie zgodna z potrzebami pacjentów, co doprowadzi do wyeliminowania kolejek.

Niezbędna jest analiza doświadczeń medyczno-organizacyjnych krajów sąsiednich. Republika Białorusi może wykorzystać doświadczenia tych państw, uczestnicząc we wspólnych projektach transgranicznych. Najbardziej interesujące są dane krajów, które reformowały swój system opieki zdrowotnej po rozpadzie ZSRR. Doświadczenia tych państw mogą być wykorzystane przez Białoruś w pracach nad wspólnymi projektami transgranicznymi, z minimalnymi nakładami finansowymi. W związku z tym ze szczególną uwagą przypatrujemy się Litwie, której parametry kulturowe i gospodarcze są bliskie Białorusi, szczególnie mieszkańcom przygranicznego Regionu Grodzieńskiego.

Od połowy 1997 r. na Litwie wprowadzono obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne. Składki na ubezpieczenie zostały ustalone jako część podatku dochodowego od osób fizycznych (30%) i 3% taryfy ubezpieczeń społecznych. Składkę ubezpieczeniową na dzieci, emerytów, bezrobotnych, inne osoby pozostające bez ochrony socjalnej, płaci państwo z budżetu (Глобальный кризис как..., 2011a). W ciągu ostatnich 15 lat na Litwie zmniejszono liczbę łóżek szpitalnych o jedną trzecią. Utworzono dwa uniwersyteckie (w Wilnie i Kownie) i trzy regionalne (Kłajpeda, Szawle, Poniewież) ośrodki medyczne (trzeci etap świadczenia pomocy medycznej). Obecnie kraj zajmuje czwarte miejsce w Unii Europejskiej pod względem relacji jakości do ceny usług medycznych. W związku ze zdecydowanie niekorzystnymi zmianami w strukturze wiekowej społeczeństwa i spadku jego ogólnej liczebności model finansowania ochrony zdrowia z podatków zaczyna jednak budzić coraz więcej wątpliwości. Dyskutuje się nad koniecznością dalszej restrukturyzacji sieci szpitalnej. W finansowaniu placówek systemu ochrony zdrowia przechodzi na zasady określania wielkości środków w oparciu o ilość świadczonych usług medycznych (Глобальный кризис как..., 2011a).

Zakończenie

Pomyślna realizacja Strategii Rozwoju Narodowego Systemu Ochrony Zdrowia Republiki Białorusi na lata 2011–2015 przybliży moment, w którym przejście do modelu finansowania ubezpieczeniowego może zostać zrealizowane z minimalnym uszczerbkiem w dziedzinie gwarancji socjalnych.

Obecnie dyskutuje się o radykalnych zmianach systemu finansowania ochrony zdrowia. Od 2016 roku na Białorusi jest możliwe przejście od modelu finansowania budżetowego ochrony zdrowia do systemu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych.

Bibliografia

- Callahan, C. i Mays, J. (2005). Working Paper: Estimating the Number of Individuals in the United States without Health Insurance / Actuarial Research Service, Prepared for the Department of Health and Human Services. Washington: US Department of Health and Human Services.
- Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, (2010).
- Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 1. (2011). М.М. Сачек, М.В.Щавелева, И.В.Малахова, Н.Е.Хейфец. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. №2. – С. 4–14.
- Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 2. (2011a). М.М. Сачек, И.В.Малахова, Н.Е.Хейфец, М.В.Щавелева. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. №3. – С. 19–37.
- Жадан, А.А. (2012). Социально-экономические модели здравоохранения, А.А.Жадан, Вопросы организации и информатизации здравоохранения. №3. – С. 36–41.
- Жарко, В.И. (2012). Достижения здравоохранения Республики Беларусь, В.И. Жарко, Вопросы организации и информатизации здравоохранения. №4. – С. 4–11.
- Жарко, В.И. (2011). Основные шаги по внедрению национальных счетов здравоохранения в Республике Беларусь, В.И.Жарко, Вопросы организации и информатизации здравоохранения. №4. – С. 4–7.
- Зайцев, Е.О. (2012). Тенденции финансирования систем здравоохранения в Европейском регионе, Е.О.Зайцев, Вопросы организации и информатизации здравоохранения. №4. – С.32–36.
- Инструкция о взаимодействии государственных организаций здравоохранения и страховых организаций Республики Беларусь (2012). Вопросы организации и информатизации здравоохранения. №1. – С. 74–75.
- Klein, R. (2006). The Troubled Transformation of Britain`s National Health Service. *New England Journal of Medicine*, 355, 409–415.
- Lewis, R. i Appleby, J. (2006). Can English NHC Meet the 18-Week Waiting List Target? *The Journal of the Royal Society of Medicine*, 99, 10–13.
- Примерный договор на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным по договорам добровольного страхования медицинских расходов (2012). Вопросы организации и информатизации здравоохранения. №1. – С. 75–78.
- Стародубов, В.И. (2005). Здоровье нации и система здравоохранения Российской Федерации. Уровень жизни населения регионов России. №11/12. – С. 65–69.

- Ткачѣва, Е.И. (2011). Национальные счета здравоохранения Республики Беларусь: первые итоги внедрения. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. №4. – С. 7–13.
- Ткачѣва, Е.И. (2012). Функционирование системы здравоохранения Республики Беларусь в изменяющихся экономических условиях. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. №4. – С. 27–31.
- Шарабчиев, Ю.Т. (2011). Современные вызовы XXI века и финансирование здравоохранения. Медицинские новости, №12. – [эл. ресурс]. Pozyskano z: <http://www.mednovosti.by> (15.01.2013).