

---

---

# История здравоохранения Беларуси

---

---

УДК 614.2:005.7 (476)

## ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Н.Н.Пилипцевич**

Белорусский государственный медицинский университет,  
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

*В развитии здравоохранения достигнуты значимые результаты. Высок вклад достижений научно-технического прогресса. Медицинское обслуживание стало более доступным для населения. В масштабе областных региональных образований предоставляются все виды медицинской помощи, в том числе, высокотехнологичная. Среди первостепенных в общей системе развития отрасли находится организационное построение решений стоящих задач.*

*Ключевые слова: здравоохранение; организационные аспекты; медицинская активность населения; республиканский научно-практический центр (РНПЦ); врач общей практики; медицинский стандарт.*

Успех дела после того, как сформирована задача, определяется организацией дела, то есть формами и методами работы...

*В.И.Ленин*

**Введение.** Организационные вопросы в жизни человеческого общества значимы с древних времен. В IV веке до н.э. философ Платон, врач-философ Аристотель основу устойчивого развития государства связывали с надлежащей организацией управления им. В деле охраны здоровья организационная деятельность представляет собой особую ценность, обеспечивает перспективу направленного поступательного движения. Здравоохранение имеет значение фактора, способствующего культурной стабилизации, является одним из условий социально-экономического развития. Просчеты, организационные сбои в его деятельности, развитии оборачиваются недостатками, худшее проявление которых – снижение показателей здоровья населения.

В работе приведены в структурированном виде со ссылками на исторические факты основные направления развития здравоохранения Беларуси с упором на организационную составляющую процесса.

### **Общий фон**

#### **и направления развития здравоохранения**

1. Во второй половине XX века и последующие два десятилетия текущего столетия в развитии отечественного здравоохранения достигнуты значительные результаты. Здравоохранение прирастает в кадровом комплектовании, техническом оснащении, возможностях. В медицинской среде динамика заслуженно оценивается как устойчивая. Со стороны большинства населения также имеет место позитивное восприятие здравоохранения. Такое видение складывается на основе богатства сведений о достижениях службы охраны здоровья, широко популяризируемых по каналам государственного информационного поля, и, в определенной части, на собственном опыте контактов граждан при обращениях в организации здравоохранения за медицинской помощью.

2. Служба здравоохранения оказывает мощное позитивное воздействие на социальную стабильность. В масштабах всего общества стабиль-

ность по плечу только государству, ее результатами являются размеренная жизнь людей, уверенность в завтрашнем дне и пр. До сих пор обстановка, в целом, благоприятная. Вместе с тем, даже в наше время, излишняя успокоенность может в любой момент обернуться потребностью в активных действиях, готовности к работе в экстремальных условиях.

Предпосылок к тому с каждым последующим годом становится все больше: неустойчивая эпидемиологическая обстановка по COVID в мире, в том числе, в Республике Беларусь; напряженные военные действия в Украине с большими людскими потерями и инфраструктурными разрушениями. Ситуация взрывоопасная, требует от медицинского сообщества готовности принимать в зоне своей профессиональной ответственности правильные организационные решения, умения адекватно действовать сообразно требованиям обстановки.

Население чаще всего покидает те жилые места, где, среди многих, перестают функционировать организации службы охраны здоровья.

3. В мире определений понятия «здоровье» более 300. В условиях размеренной жизни в стране, при устойчивости всех государственных институтов, социальной стабильности в обществе, уместно обратить внимание на так называемую «формулу здоровья». Она предложена Всемирной организацией здравоохранения (1990) странам, ее участникам, в виде модели обусловленности здоровья.

Согласно одному из представленных в ней четырех разделов, здоровье человека на 50% зависит от его образа жизни. Это научно обоснованный, очерченный относительно цифровым параметром «призыв, указание, рекомендация» беречь свое здоровье. В его содержании перечень губительных здоровью факторов риска, которых, при указанных выше условиях человеку целесообразно избегать, – тем самым продлить срок своей активной, здоровой жизни.

Основными факторами риска являются курение, употребление алкоголя, несбалансированное питание, вредные условия труда, стрессовые ситуации, одиночество и др.

4. В определенном приближении сопоставимы понятия «образ жизни» и «медицинская активность». В их основе единые цель, направленность приложения, применяемые формы и методы работы, ожидаемый результат. Среди большого разнообразия, одна из форм медицинской активности может быть расшифрована как потребность слышать и понимать медицинские рекомендации, следовать им в интересах сохранения и сбережения здоровья собственного и других людей.

Реальна надежда, что в перспективе, вместо нередко пассивного «созерцания» своего здоровья, состояния окружающей среды, в первую очередь, социальной, медицинская активность населения приобретет более широкий формат, станет для каждого естественной потребностью, получит одинаково значимое звучание среди всех его слоев [1].

Важно различать, что медицинская активность это: а) не столько вынужденные обращения в организации здравоохранения при возникновении ухудшений в здоровье; б) в первую очередь, это систематическая инициативная забота о здоровье личном, семьи, общества.

5. Одно из первейших организационных условий – фактический учет медицинских работников, нужных в каждой конкретной ситуации, их рациональная расстановка. По своей исходной значимости этот вопрос всегда основной и, одновременно, неотложный в большинстве ситуаций реальной действительности. Врачебные кадры – своеобразный отправной фундамент, с ним тесно связано множество взаимодействующих составляющих, характер и результаты деятельности.

Согласно устоявшемуся социальному опыту, – кадры решают все.

6. Как известно, врачи больше тяготеют к лечебной работе. Часто имеют место недооценка и непонимание значения санитарии во всей врачебной работе и, особенно, грамотной противоэпидемической защиты. В эпидемиологических условиях врачи относительно часто «выходят из строя».

В подтверждение вспомним грустное событие из истории здравоохранения: 1831 год, декан медицинского факультета Московского университета терапевт-эпидемиолог профессор М.Я.Мудров (тогда узкой специализации практически не знали, но за этим уникальным человеком числятся и другие врачебные специальности) был направлен в Саратовскую губернию для организации борьбы с холерой. Предпринятые профилактические меры завершились успешной ликвидацией этого очага. Вскоре подобная вспышка холеры возникла в столице Российской империи г. Петербурге. Выбор для организации ее ликвидации вновь выпал на М.Я.Мудрова, профессионально себя зарекомендовавшего в селениях среднего Поволжья. Но на этот раз он не уберется, себя защитить не смог, погиб от холеры. Кладбище, где он похоронен, ликвидировано в 1913 г., позже историками медицины на былом месте захоронений обнаружена сохранившаяся надгробная плита с данными профессора М.Я.Мудрова.

Многие великие врачи сложили свои головы в борьбе с особо опасными инфекционными болезнями.

7. С давних пор ведется правило, что у организаций амбулаторно-поликлинического звена (АПО) две функции: санитарно-гигиеническая и лечебная. По опыту, проведение АПО полноценных мер санитарии и гигиены – трудная задача. Сложными, в частности, являются обеспечение движения пациентов при их массовом поступлении по эпидемиологическим показаниям или организованное привлечение населения различных возрастов и форм занятости к выполнению показанных на постоянной основе, или назревших по обстановке, санитарно-профилактических мер.

Несомненно, успех в этом деле видится более результативным при условии заинтересованности общественности, воспринимающей эту работу жилой, адресной, несущей пользу. Однако, если врач населением не признан авторитетом в решении таких задач, демонстрирует свою беспомощность, самоустраивается, ориентируется на созерцание, выжидательность, отстраняется от активной профилактики, то итог не может быть результативным, а сам врач для общества бесполезен и вреден [2].

Представленный в такой направленной форме краткий перечень факторов исходит из реальной обстановки. Ситуация в мире тревожная. В мирное и военное время здравоохранение – служба постоянной высокой готовности.

#### **Преобразования в отрасли здравоохранения**

В Республике Беларусь в ходе состоявшейся организационной перестройки и совершенствования отрасли здравоохранения произошел ряд изменений. Коснемся тех из них, которые наиболее значимы, ярки, ближе и доступнее в оценке.

8. Как известно, без обучения новых поколений человечество не может существовать и развиваться. В конце XX в. произошли изменения в школьном образовании, институты получили статус университетов. Между собой эти учреждения связывает переходящий в своем возрастном и интеллектуальном развитии субъект, будущее страны – вчерашний школьник – сегодняшний студент. До определенного времени эти изменения положительно воспринимались на внутреннем и международном уровне: поощрялось стремление походить на западные образцы, перенимать лучшие, как тогда казалось, из них: обмен опытом; постановка компьютерных технологий в учебном процессе и пр. – ориентировка на модную в то время болонскую систему подготовки.

С течением времени стало очевидным, что многие стороны отечественного школьного образования утеряны, а пришедшие на смену новые образцы ему качественно уступают. Президент

Республики Беларусь А.Г.Лукашенко неоднократно подчеркивает, что школа должна давать глубокие знания, быть обеспечена добротной современной учебной литературой. Американский миллиардер, бизнесмен в сфере информационных технологий Бил Гейтс, на вопрос корреспондентов о технической подборке оснащения для домашней подготовки его детей к занятиям в школе ответил, что основным источником их знаний являются учебники.

Перейдем к университету, возьмем в качестве примера реальный факт. Большинство студентов медицинского университета располагают собственными мобильными телефонами. Это позволяет каждому в любое время и в любом месте иметь в доступе программный учебный материал. Многие из студентов не считают нужным обращаться в университетскую библиотеку за учебной литературой. Перед библиотекой, в свою очередь, возникает вопрос о целесообразности приобретения учебников соответственно нормативной потребности по количеству обучающихся, если на них нет читательского спроса.

Ситуация угрожает «деформацией» управляемости когда-то отработанного учебного процесса. Без мобильного телефона, который студент рассчитывает использовать на занятиях, его знания слабые. Общий недостаток из оценки сложившегося состояния: снижение учебной активности студентов, падение интереса к расширению кругозора. Данная констатация провала в знаниях – не призыв к движению назад, к уровню учебных возможностей по состоянию даже полувекковой давности; не «запрещать мобильники!». Технический прогресс – величайшее достижение в развитии человечества, его остановить невозможно. Но, все должно быть к месту. Учебный материал в кармане на мобильном устройстве, и знания в голове, которых мало, это разное конечное качество. Все станет на свое место, когда великий дар природы человеку, его мозг, будет полноценно обогащаться знаниями. Пока что «мобильник», ставший чуть ли не основным передатчиком учебной информации, в реалиях – психологический обманщик студента, не способствует расширению и углублению врачебных знаний, учебник он никогда не заменит. Пример из современной врачебной практики: пациенты очень негативно воспринимают того врача, который на приеме в их присутствии сверяется с «подсказками» в мобильном телефоне.

Организация обучения почетному делу врачевания предполагает напряженный учебный труд, продумывание действий наперед. Великий соотечествен-

ник Ф.Скорина (1490–1551) о годах обучения в Краковском университете вспоминал, что кормили впроголодь, спали на соломе, основное время суток было занято учебой, в темное время занимались в полумраке при свечах. Несмотря на такие жесточайшие бытовые условия, свои медицинские знания он постоянно совершенствовал. В стенах университета получил степень магистра. В 1512 г. в Падуанском университете успешно сдал экстерном экзамен на степень доктора медицины [3].

При отношении к учебе спустя рукава, сомнительна подготовка полезного обществу врача. Бертольд Брехт подобный результат оценил следующим образом: «Недостаточно быть врачом, надо еще и уметь лечить».

9. Научно-исследовательские институты (НИИ) преобразованы в республиканские научно-практические центры (РНПЦ). Результаты их функционирования подтверждают правильность такого решения. В советское время НИИ являлись структурами, подчиненными Министерству здравоохранения, вели научные исследования, разрабатывали приемы и методы восстановления здоровья людей, спасения их жизни. Своей клинической базы у большинства из них не было. Рабочие отношения с сотрудниками баз не всегда складывались на дружеской основе. Для того, чтобы внедрить результаты экспериментальных работ исследований, требовалось согласовать вопрос по линии управленческой вертикали и непосредственно с руководством лечебно-профилактической организации (ЛПО). Надежным «посредником» для нахождения взаимопонимания являлся профессионализм сторон.

Цель одна, а подходы и результаты могут быть разными. Например, НИИ предложены новые методики, но с ними не знакомы специалисты, работающие по «старым» апробированным подходам. Ситуация в ряде случаев конфликтная, базы на определенный момент времени не готовы перейти к работе по предлагаемым методикам. С этим может быть связано торможение/замедление внедрения в практику деятельности ЛПО и здравоохранения страны, в целом, новых научных достижений.

В РНПЦ объединено ведение научных исследований и апробация их на своей клинической базе. В масштабе отрасли они головные. Фундаментальная значимость центров еще и в том, что их деятельность сказывается поднятием в лечебно-профилактической сети на должный уровень лечения и профилактики. Снижается заболеваемость с запущенными формами течения патологического процесса.

Преимущества системы РНПЦ очевидны: знание положения дел по своему профилю; организационно-методическая централизация всех сторон деятельности; внедрение достижений в масштабе всей отрасли здравоохранения.

10. Событие исключительное по ожидаемым результатам – переход сельского участкового здравоохранения, амбулаторной терапевтической сети в городских поселениях на общую врачебную практику. Начало ему было положено в конце предыдущего, начале текущего века. О завершении этого процесса объявлено приказом по отрасли. За прошедший срок имеются определенные достижения. Но заметных изменений в результатах работы отрасли, показателях общественного здоровья пока не получилось.

В 2020-е годы наложился упомянутый выше неблагоприятный эпидемиологический «фон» – COVID. Создалась определенная «проверка» самой отрасли на устойчивость. Населению было рекомендовано при высоких показателях температуры тела, ухудшении общего состояния вызывать врача на дом, в АПО, по возможности, не обращаться.

Участковых врачей общей практики (ВОП) не хватало, в адрес вызовов часто отправлялись их помощники, медицинские сестры, студенты 6-х курсов медицинских университетов. Сравнительно часто первично ставился «дежурный» диагноз – ОРЗ. В ходе последующего наблюдения за течением заболевания во многих случаях он корректировался. Через средства массовой коммуникации населению посылались рекомендации о целесообразных индивидуальных действиях. В крайне напряженных условиях работала служба скорой медицинской помощи. В первую очередь стремились спасти наиболее тяжелых больных.

Многие медицинские работники сами перенесли это заболевание. В ряде случаев заболевание заканчивалось летальным исходом. Если опираться только на перечисленные выше, задействованные по обстановке медицинские кадры, то, судя по изменчивости обстановки, результат может быть далек от решения вопроса по потребности.

Повторим, таковой была не предсказуемая самой жизнью «проверка» готовности отрасли. Нет гарантий, что в будущем она не повторится. ВОП – надежная фигура во всех условиях. По крайней мере, на перспективу таким он должен стать. Таким нам его «передала история» в лице лучших представителей земской медицины. Но, по сложившемуся опыту, в том числе полученному в современных условиях, его всесторонняя подготовка требует своего совершенствования. В глазах населения он должен восприниматься как

специалист широкого профиля, способный решать большинство вопросов, связанных со здоровьем.

ВОП на перспективу – врач №1 – специалист текущего и завтрашнего дня. Когда придет время, уровень его подготовки будет соответствовать требованиям обстановки, и он с полной отдачей профессионально «заработает», то врачам специализированной сети и отрасли здравоохранения, в целом, работать станет многократно легче.

11. Реализован принцип одинаково равных возможностей предоставления всех видов медицинской помощи пациентам в масштабе областных региональных образований. В его основе сложившаяся система этапного лечения в рамках трехуровневого построения: районный, межрайонный, областной. В сельской местности в районном уровне здравоохранения можно дополнительно выделить первичный уровень, то есть, по месту жительства, – самый близкий к населению.

В крупных районных центрах на базе их районных больниц, предпочтительно на удаленности в половину радиуса между ЦРБ наиболее отдаленных районов и областной больницей, сформированы межрайонные специализированные центры. По обстановке могут быть иные варианты их территориального расположения. Польза во всех случаях очевидная, например: а) наличие нескольких специализированных баз определенного профиля на территории области является предпосылкой для более равномерного распределения между ними пациентов с конкретной патологией; б) лучше решается проблема снятия перегрузки и очередей на лечение; в) каждый специализированный центр располагает широкими возможностями, укомплектован подготовленным по профилю персоналом, оснащен современным оборудованием; г) обеспечивается полнота загрузки: возьмем, для примера, центр гемодиализа – оборудование дорогостоящее, простое и убыточное, но если из нескольких соседних районов набирается количество пациентов, соответствующее пропускной способности аппаратуры, то подобные проблемы нивелируются.

Таким образом, межрайонные специализированные медицинские центры представляют собой организованную систему территориального и временного приближения к населению медицинской помощи уровня возможностей областного здравоохранения. При их согласованной работе уменьшается или снимается потребность направления пациентов на республиканский уровень.

12. Привычным в практике лечащего врача стало согласование своих лечебных назначений с протоколами (в западном здравоохранении – стандартами) обследования и лечения пациентов. Такой

опыт устоялся в большинстве стран мира, но его место и результаты оцениваются неоднозначно.

В отечественном здравоохранении первоначально при разработке протоколов доминировала установка, что при назначении лечения наименование лекарств и их дозировка – это минимальные или первичные параметры. Нечто сродни предварительной постановке диагноза. Соответственно, в последующем, лечащий врач вправе их корректировать в зависимости от характера течения заболевания. Вскоре оказалось, что такие изменения не очень приветствуются, особенно с экономической точки зрения, если новый уточненный курс лечения по стоимости превосходит первично назначенный. Практически получается, что минимальные параметры превратились в максимальные. О таком количественно-качественном преобразовании сейчас уже практически не упоминается.

Посмотрим на протокол с другой стороны. Во-первых, отметим, что он незаменим в случаях возбуждения иска к врачу по результатам исхода лечения. Следование врача его предписанию – это подтверждение правильности действий, тем самым, важнейший путь к снятию с него претензий. Во-вторых, когда молодой врач приступает к своей практической деятельности, то протокол ему – мощнейшее подспорье, вселяет уверенность в правильности назначений. В-третьих, в поколениях врачей к «протоколу» сложилось такое отношение: «начинающему врачу протокол необходим, а имеющему опыт врачевания бесполезен и даже вреден», так как нивелирует его профессиональное творчество. Иными словами, мешает врачу использовать богатство своих знаний и практического опыта.

В Великобритании менее половины (44%) медицинских работников удовлетворены стандартами помощи, оказываемой национальной системой здравоохранения [4].

13. Важным шагом в социальной защите пожилого контингента населения явилось формирование сети больниц медико-социальной помощи. Они преимущественно расположены в сельской местности, на некоторых территориях – в районных центрах. Такое расположение обусловлено демографической ситуацией. В сельской местности осталось население преимущественно пожилого и старческого возраста. Это люди, живущие семейно вдвоем или, что хуже, в одиночестве. Их дети в родительском доме чаще всего гости, с течением времени все более редкие. Сами они обустроились в городских поселениях, каждый по-своему решил вопросы с работой, жильем, социальным, медицинским обслуживанием, детскими садами, школой и пр. Естественно, было время, когда ро-

дители радовались, что жизнь их детей устроилась лучше, чем, в сравнении, их собственная. Ратуя таким образом за своих детей, они обрекали себя в будущем на одинокую старость. Но об этом тогда думалось мало. И когда она «пришла», оказалось, что сил себя обеспечивать как прежде не осталось, а помощи ждать неоткуда. В чем-то это усредненный жизненный путь многих людей.

Под больницы сестринского ухода переоборудованы бывшие участковые больницы, которые в свое время закрылись преимущественно в связи с сокращением объема работы, из-за падения численности населения на территории обслуживания. Их расконсервировали, обустроили по мере потребности, должным образом оснастили. Таким путем был решен вопрос обеспеченности капитальным фондом.

Чаще всего контингентом данных больниц являются одинокие люди, исчерпавшие свои жизненные силы, которые, особенно в холодное время года, сами не в состоянии обеспечивать свою жизнь. Для них данная больница является своеобразным убежищем.

С ними заключается договор, в котором оговорены условия пребывания в больнице. Одним из условий является согласие пациента на удержание в пользу больницы для его содержания до 90% пенсии. По времени договор может составляться на 5–6 месяцев с последующим по потребности его продолжением на следующий промежуток времени. По желанию пациент может прожить летний период времени в собственном доме.

В Республике Беларусь 118 районов. Первоначально планировалось развернуть в каждом из них по одной больнице. Реально в прошедшие годы их количество колебалось от 107 до 102.

Определенный резерв социальных коек представляют участковые больницы, где чаще для социальных целей отводится одна палата.

**Заключение.** В представленном перечне организационных преобразований прослеживается целостный программный комплекс развития здравоохранения.

Отметим и другой момент: в работе врача во многих случаях присутствует элемент напряженности во взаимодействиях с пациентом, который стал требовательным, часто не зная, чего хочет, рвется обозначить виноватого, требует наказать врача, не представляя толком за что. С древних времен существует расклад, что пациент – лицо просящее, врач

– дающее (оказывающее медицинскую помощь). В этом контакте врач главный, ведет профессиональную линию в разговоре с пациентом. В таком разумном соподчинении много пользы. По меньшей мере, пациент, став союзником врача, максимально ее (медицинскую помощь) получит, потому что врач сможет лучше разобраться в состоянии его здоровья. Необходимо восстановить должную высоту для такой духовной составляющей.

#### **Литература**

1. Место санитарного просвещения в системе здравоохранения / ВОЗ. Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 1978. – 34 с.
2. *Владимирский, М.Ф.* Вопросы советского здравоохранения (статьи и речи) / М.Ф.Владимирский. – М.: «Медгиз», 1960. – 316 с.
3. Францыск Скарына і яго час: энцыклапедычны даведнік. – Мінск: Выдавецтва «Беларуская савецкая энцыклапедыя» імя Петруся Броўкі, 1988. – 608 с.
4. Медицинская газета (Российская Федерация). – 06.09.2006. – №67.

#### **ORGANIZATIONAL COMPONENT IN HEALTHCARE SYSTEM ACTIVITY**

**N.N.Pilipsevich**

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Significant results have been achieved in healthcare development in the Republic of Belarus. Contribution of achievements of scientific and technological progress in healthcare development is high. Medical care has become more accessible to the population. All types of medical care, including high-tech medical care, are provided at the regional level. Organizational construction in healthcare sector development is paramount in terms of meeting the challenge.

Keywords: healthcare, organizational aspects; medical activity of population; Republican Scientific and Practical Center (RSPC); general practitioner; medical standard.

#### **Сведения об авторе:**

**Пилипцевич Николай Николаевич**, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 6898780; e-mail: ozz@bsmu.by.

*Поступила 01.11.2022 г.*

---

В статье В.В.Рызгунского, И.В.Миланович, А.А.Тарасенко, М.В.Щавелевой «Развитие санитарно-эпидемиологической службы Республики Беларусь: история и перспективы», опубликованной в 4-м выпуске журнала за 2022 г., допущена опечатка: на странице 110 в первой верхней строке левой колонки следует читать «8 сельских районов».