
В Министерстве здравоохранения Республики Беларусь

ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ ОРГАНОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В 2014 ГОДУ И ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА 2015 ГОД (доклад на итоговой коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь 30 января 2015 г.)

В.И. Жарко

Министр здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск, Республика Беларусь

Отмечено, что в 2014 году Республика Беларусь практически приблизилась к смыканию «демографических ножниц»: коэффициент естественной убыли населения в целом по республике составил -0,3 на 1000 населения (коэффициент рождаемости – 12,5 на 1000 населения, коэффициент общей смертности – 12,8 на 1000 населения). Уменьшилось число умерших от болезней, вносящих основной вклад в общую смертность населения: от внешних причин – на 9,1%; от болезней органов пищеварения – на 7,2%; от болезней органов дыхания – на 13,8%. В течение ряда лет сохраняются стабильно низкие уровни показателей младенческой (3,5 на 1000 живорожденных), перинатальной смертности (3,3 на 1000 живо- и мертворожденных), смертности детей в возрасте до 5 лет (4,4 на 1000 живорожденных), показателя материнской смертности (0,8 на 100000 живорожденных). Приведены основные показатели и результаты деятельности отдельных служб (кардиология и кардиохирургия, неврология и нейрохирургия, онкология, травматология, трансплантология, медицинская реабилитация, служба крови). По каждому направлению отмечены достижения и недостатки, поставлены задачи по совершенствованию деятельности. Подчеркнуто, что в стране взят курс на оптимизацию организации оказания медицинской помощи населению, управления здравоохранением. Определен основной вектор работы: пересмотр избыточных объемов медицинской помощи; рациональное использование больничной сети, коечного фонда. С целью повышения эффективности работы первичного звена, поставлена задача перехода участковых врачей на работу по принципу врача общей практики. Освещены вопросы качества медицинской помощи, подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров, лекарственного обеспечения, работы с обращениями граждан.

Ключевые слова: здравоохранение Республики Беларусь; 2014 год; медико-демографические показатели; организация оказания медицинской помощи; первичная медицинская помощь; специализированная медицинская помощь; высокотехнологичная медицинская помощь; качество медицинской помощи; медицинские кадры; лекарственное обеспечение; обращения граждан.

В 2014 году обеспечено стабильное функционирование системы здравоохранения, в полном объеме выполнены задачи, поставленные в Программе социально-экономического развития Республики Беларусь.

Год был отмечен рядом значимых для отрасли мероприятий. Впервые в республике проведена оценка системы здравоохранения экспертами Всемирной организации здравоохранения, осуществлена первая миссия межведомственной целевой

группы ООН по вопросам профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Состоялась совместная коллегия министерств здравоохранения Беларуси и России, после долгого перерыва возобновлено проведение республиканского Дня главного врача.

Данные мероприятия позволили определить стратегические цели и тактические задачи по совершенствованию и развитию системы здравоохранения, в том числе с учетом международных рекомендаций.

В 2014 году труд наших коллег получил высокую оценку со стороны государства: Орденом Отечества III степени награжден Смянович Арнольд Федорович; 31 работник здравоохранения удостоен медали «За трудовые заслуги»; 3 специалиста – медали Франциска Скорины.

Почетное звание «Заслуженный врач Республики Беларусь» присвоено 7 нашим коллегам. Звания «Заслуженный деятель науки» удостоены Алейникова О.В., Подпалов В.П.

Академия наук Беларуси пополнилась 2 академиками в области медицины (Сукало А.В., Островский Ю.П.) и 5 членами-корреспондентами (Третьяк С.И., Красный С.А., Воробей А.В., Белецкий А.В., Снежицкий В.А.).

На высоком уровне обеспечено медицинское обслуживание чемпионата мира по хоккею. Чем-

пионат мира – первый международный опыт проведения столь масштабного мероприятия, свободного от табака!

2014 год можно охарактеризовать и как год разработки и принятия основополагающих для здравоохранения Беларуси законодательных актов.

Это – внесение изменений и дополнений в законы Республики Беларусь «О здравоохранении», «О лекарственных средствах», «О трансплантации органов и тканей», по вопросам донорства крови и ее компонентов. Принято 7 постановлений Совета Министров Республики Беларусь и более 100 ведомственных нормативных правовых актов.

Важным итогом работы системы здравоохранения явилось достижение Республикой Беларусь Целей тысячелетия: сокращение детской смертности; улучшение охраны материнства; борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией, туберкулезом.

В 2014 году **Республика Беларусь практически приблизилась к смыканию «демографических ножниц»** (рис. 1).

Коэффициент естественной убыли населения в целом по республике составил -0,3 на 1000 населения. При этом в г. Минске и Брестской области отмечается прирост населения (3,0 и 0,8 на 1000 населения соответственно). Данный процесс характеризуется:

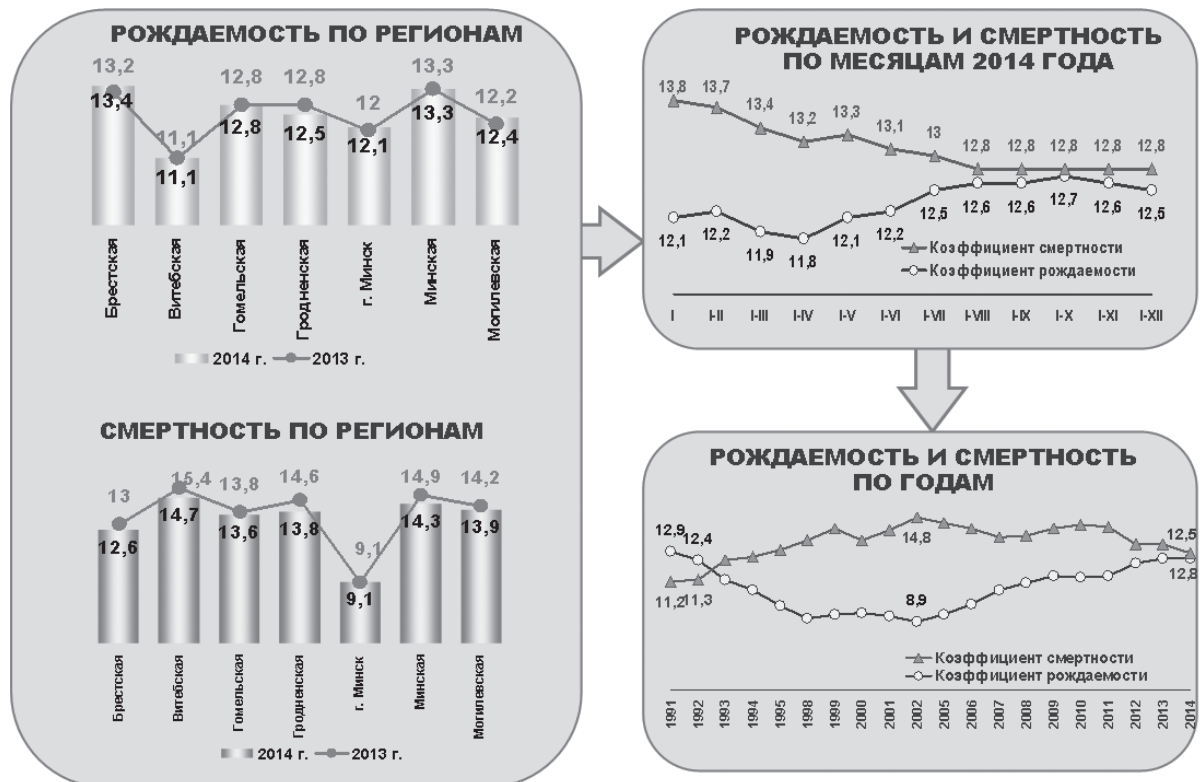


Рис.1. Рождаемость и смертность в Республике Беларусь

стабилизацией коэффициента рождаемости на уровне 12,5 на 1000 населения;

снижением во всех регионах числа умерших лиц трудоспособного возраста: от 3,3% в Минской области до 8,0% – в Гродненской области;

снижением коэффициента общей смертности до 12,8 на 1000 населения (снижение смертности, при этом, отмечено во всех без исключения регионах).

Важным результатом работы отрасли стало уменьшение числа умерших от болезней, вносящих основной вклад в общую смертность населения:

от внешних причин – на 9,1%;

от болезней органов пищеварения – на 7,2%;

от болезней органов дыхания – на 13,8%.

Стабилизировано число случаев смерти от новообразований. Снижено (на 4,1%) число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте.

В течение ряда лет сохраняются стабильно низкие уровни показателей младенческой (3,5 на 1000 живорожденных), перинатальной смертности (3,3 на 1000 живо- и мертворожденных), смертности детей в возрасте до 5 лет (4,4 на 1000 живорожденных), показателя материнской смертности (0,8 на 100000 живорожденных) (рис. 2).

О комплексном подходе работы службы акушерства, гинекологии и педиатрии свидетельствуют и стабильные показатели неонатальной смертности (коэффициент неонатальной смертности в 2013 и 2014 г. – 1,7 на 1000 живорожденных; уровень ранней неонатальной смертности в 2013 и

2014 г. – 1,0 на 1000 живорожденных), увеличение выживаемости недоношенных детей (в 2014 г. выживаемость детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, на первом году жизни составила 75,4%) и параллельное снижение количества мертворождений (уровень мертворождаемости в 2014 г. – 2,3 на 1000 живо- и мертворожденных, в 2013 г. – 2,4‰).

Эти достижения были бы невозможны без консолидации усилий по охране здоровья матери и ребенка, создания условий для рождения здоровых детей, их развития.

Наша задача – сохранить здоровье детей, обеспечив четкую преемственность оздоровительных, профилактических, лечебных, образовательных мероприятий на всех этапах их развития.

Сегодня по мере продвижения по «школьной лестнице» происходит снижение числа здоровых детей (рис. 3) за счет так называемых «школьных» болезней – нарушений осанки, зрения, функциональных нарушений пищеварения, кровообращения, нервной системы, что закладывает неблагоприятную основу возникновения неинфекционных заболеваний.

За школьные годы удельный вес детей со снижением остроты зрения увеличивается почти в 3 раза (от 6,1% в 6 лет до 16,8% к 15–17 годам). Значителен (в 9 раз!) рост сколиоза за этот период (у 6-летних детей – в 0,7% случаев, у 15–17-летних – 6,0%).

Серьезным вызовом является рост числа детей с повышенной массой тела, что сказывается на развитии метаболического синдрома, комплексных

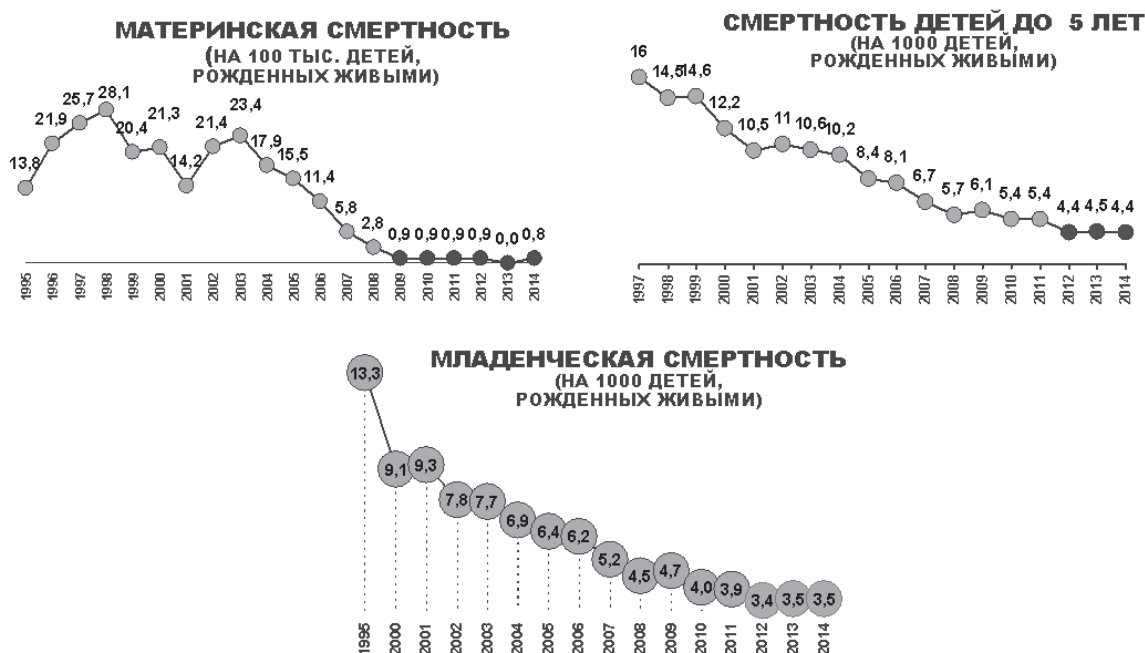


Рис.2. Показатели материнской, младенческой смертности, смертности детей в возрасте до 5 лет

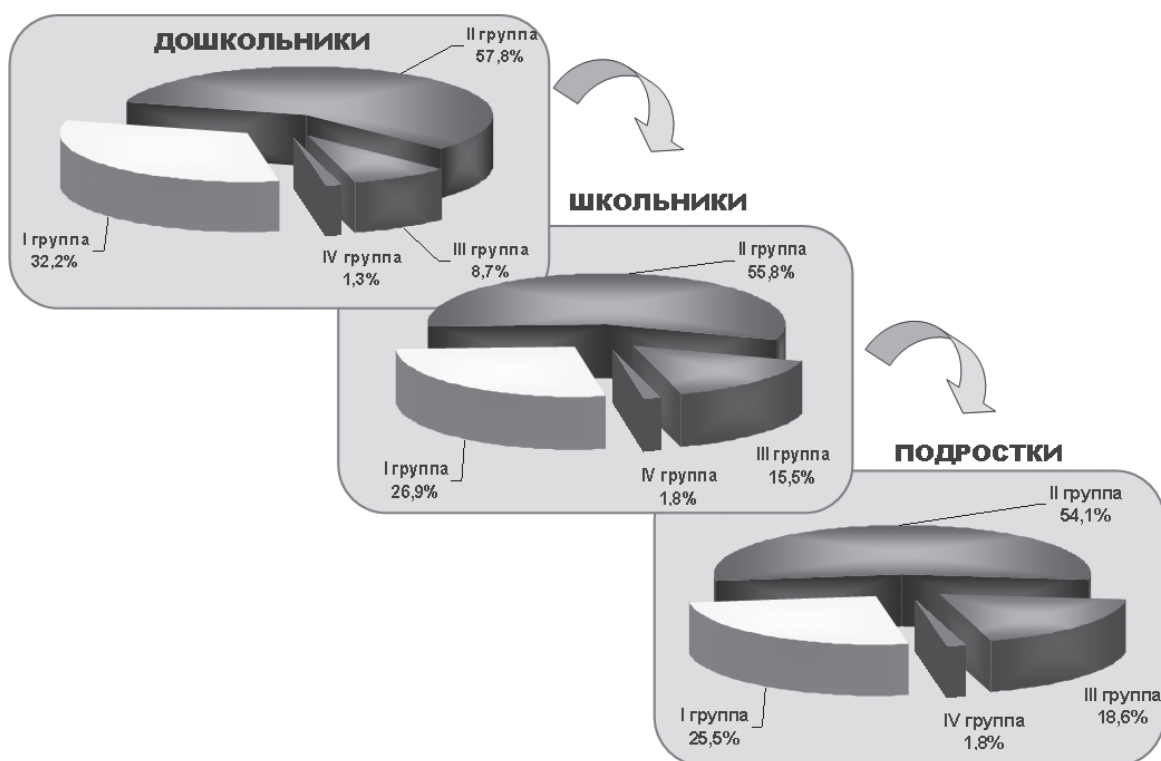


Рис.3. Распределение детей и подростков по группам здоровья

нарушениях эмоциональных состояний (соматические жалобы, тревожно-депрессивные состояния, отчужденность, нарушения внимания и др.), дезадаптации в социуме. Так, в 2008 г. повышенная масса тела в возрастной группе 0–17 лет отмечалась у 4,6 на 1000 лиц данного возраста; в группе 10–14 лет – 8,1 на 1000 детей; в группе 15–17 лет – 6,6 на 1000 подростков; в 2013 г. соответствующие показатели составили 5,9; 11,0 и 11,8.

Еще одна проблема – рискованное поведение подростков, которое приводит к инфекциям, передающимся половым путем, психическим расстройствам, употреблению алкоголя, табако- и наркозависимости.

В 2013 году в стране проведено социологическое исследование по распространенности потребления алкоголя среди учащейся молодежи (возраст респондентов – 14–21 год), результаты которого не могут не беспокоить, так как первое употребление слабоалкогольных напитков (пиво, джин-тоник) у большинства происходит в 11–14 лет, крепких алкогольных напитков – в 15–17 лет.

Достаточно неблагоприятная ситуация и по употреблению табачных изделий – пробовали курить 3,4% учащихся 1–4 классов, 18,5% учащихся 5–9 классов.

Рискованное поведение приводит к проблемам репродуктивного и сексуального здоровья будущих родителей. Сегодня, по нашим оценкам, в

стране до 16% бесплодных пар, заболеваемость беременных женщин сохраняется на уровне 72,7 на 100 беременных.

Это повод призадуматься о нашем будущем. Как подчеркнул Глава государства, «здоровая молодежь – это основа благосостояния общества не только сегодня, но, прежде всего, завтра. Человек тогда будет успешным, когда он будет вести в полном смысле этого слова здоровый образ жизни».

Очень серьезная проблема – гибель детей от внешних причин. От утоплений, травм при ДТП, пожаров, случайных отравлений, самоубийств погибает до 15% детей от всех умерших в возрасте до 5 лет и до 70,8% молодых людей в возрасте 15–19 лет.

Указанные проблемы выходят за рамки системы здравоохранения и требуют решительных действий со стороны всех заинтересованных министерств и ведомств, всего общества.

Мы должны активней проявлять инициативу и найти все возможные пути плодотворного межведомственного сотрудничества с привлечением общественных организаций, активных родителей, молодежи.

Ежегодно расширяется перечень **высоко-технологичных и сложных медицинских вмешательств**, возрастает объем технологических инноваций. С помощью новейших технологий мы

спасаем жизни наших граждан, улучшаем их качество жизни, возвращаем людей к труду.

В отчетном году основной упор был сделан на совершенствование и развитие **кардиологической и кардиохирургической помощи** населению (рис. 4).

Службе удалось достичь качественного и количественного роста, роста доступности рентгеноэндоваскулярных кардиохирургических вмешательств.

В 2014 году выполнено более 14 тысяч кардиохирургических вмешательств, в том числе около 3 тыс. операций на открытом сердце. При этом происходит постепенная передача технологий из РНПЦ «Кардиология» в регионы, и сегодня вес оперативных вмешательств в последних вырос до 73%, что привело к снижению очередности на неотложные вмешательства на 38%, на плановые вмешательства – на 10%.

Практически полностью ликвидирована потребность в направлении пациентов с БСК для лечения за рубеж. Успешно решается в республике проблема с острым коронарным синдромом, принимаемые меры дают положительные результаты. Активно осуществляется работа по развитию интервенционной аритмологии.

Впервые за последние два десятилетия, в 2014 году удалось добиться снижения общей заболеваемости БСК, положительных результатов по снижению темпов смертности. За десятилетний период показатель смертности снизился на 9,8%, от ИБС – на 4,5%, от ЦВБ – на 25,0%. Показатель смертности от БСК в трудоспособном возрасте за тот же период снизился на 14,9%, от ИБС – на 8,8%, от ЦВБ – на 25,1%.

Медленно решается проблема с ОНМК, прежде всего у пациентов трудоспособного возраста. Для ее решения, необходимо обеспечить 100% госпитализацию лиц трудоспособного возраста с ОНМК в специализированные отделения, активно внедрять тромболизис в областных и межрайонных отделениях, обеспечить круглосуточную нейровизуализацию, а также ультразвуковое исследование сосудов головы.

В 2015 году предусмотрено проведение в г. Минске пилотного проекта по скринингу пациентов с высоким риском развития ОНМК с дальнейшим лечением методами рентгеноэндоваскулярной хирургии. Результаты проекта планируется внедрить во всех регионах.

Подготовлены и в ближайшее время будут внедрены современные клинические протоколы по неврологии.

Очень важно, что правильно организованная работа, подготовка квалифицированных специалистов, внедрение новейших технологий в РНПЦ неврологии и нейрохирургии позволили максимально повысить доступность **неврологической и нейрохирургической помощи** населению. Так, за 2014 г. сотрудниками РНПЦ неврологии и нейрохирургии выполнено 1395 высокотехнологичных операций (в 2013 г. - 1076). Тромболизисы проводились и в столице, и в регионах (в г. Минске проведено 77 тромболизисов, в Гродненской области - 12, в Минской области - 1, в Гомельской области - 4, в Брестской области - 2, в Витебской области - 1).

Нет очередей на консультативный прием к врачам-неврологам и врачам-нейрохирургам в консуль-



Рис.4. Кардиохирургическая помощь в Республике Беларусь

тативно-поликлиническом отделении РНПЦ неврологии и нейрохирургии; нет очередности на проведение оперативных вмешательств, на госпитализацию в нейрохирургические отделения и в детское неврологическое отделение РНПЦ неврологии и нейрохирургии; очередь на плановую госпитализацию в неврологические отделения не превышает 4 недели для мужчин и 5 недель для женщин.

Но мы не задумываемся о преемственности, о конечном результате лечения, о восстановлении здоровья.

Охват ранней стационарной медицинской реабилитации пациентов с основными социально значимыми инвалидизирующими заболеваниями (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и др.) и после высокотехнологичных оперативных вмешательств остается недостаточным.

В стационарные отделения медицинской реабилитации на ранний этап реабилитации в 2014 году было направлено только 40,2% пациентов после операций на сердце и грудной аорте, после инфаркта миокарда – 45,2% (от впервые заболевших), после мозговых инсультов – 20,2%.

Это лишь половина их тех, кто по экспертным оценкам нуждается в ранней медицинской реабилитации. А что со второй половиной? В текущем году необходимо исправить ситуацию.

2014 год явился годом завершения Государственной комплексной программы профилактики, диагностики и лечения **онкологических заболеваний** на 2011–2014 гг.

Итогом реализации мероприятий Программы стали следующие результаты:

значительно возросло число активно выявляемых при профилактических осмотрах случаев злокачественных новообразований (69,6% от всех выявленных в 2014 г. против 50,0% в 2010 г.);

увеличилось число пациентов с онкологическими заболеваниями, выявленными на ранних стадиях (2014 г. – 61,6% от всех выявленных; 2010 г. – 59,3%);

снизилось на 10,4% число умерших от опухолей визуальных локализаций;

увеличилось число пациентов со злокачественными новообразованиями, проживших более пяти лет (2014 г. – 58,4%, 2010 г. – 52,8%).

За 5 лет работа онкологических организаций здравоохранения принципиально изменилась, они стали работать по принципу «Все для пациента». Нам удалось ликвидировать очереди на оперативные вмешательства.

В 2015 году будут введены в строй крупнейшая на постсоветском пространстве молекулярно-генетическая лаборатория и ПЭТ-центр, у спе-

циалистов появится больше возможностей для ранней диагностики и внедрения новых подходов к назначаемому дорогостоящему лечению.

Но это не заменяет менее затратных скрининговых программ по диагностике рака предстательной железы, молочной железы, колоректального рака, шейки матки, которые уже продемонстрировали достаточно высокую эффективность.

Проблема злокачественных новообразований столь актуальна в мире, что признана мировым сообществом как растущая эпидемия.

И на первый план по борьбе с раком выходит стратегия профилактики, ранней диагностики и лечения. Инвестиции в профилактику и скрининг не только экономически оправданы, но и приводят к значительной экономии финансовых средств, связанных с лечением пациентов.

Например, по данным Международного противоракового союза (Union for International Cancer Control), 1 доллар, вложенный в антитабачную компанию, дает возврат в экономику 40 долларов, 1 доллар вложений в скрининг колоректального рака обеспечивает возврат 1,7 долл.

Для грамотного планирования противораковой работы на национальном уровне мы обладаем всем необходимым: инфраструктурой, подготовленными кадрами, современным оборудованием, технологиями и что очень важно – канцер-регістром, т.е. доказательной базой!

Мы должны четко осознавать, что без профилактических мероприятий, без мероприятий по выявлению онкопатологии на ранних стадиях, проблеме смертности населения от злокачественных новообразований не решить.

Говоря об онкологии, нельзя не затронуть вопросы оказания реабилитационной и особенно паллиативной помощи. Их развитие находится под контролем Министерства здравоохранения.

Обращаю ваше внимание, что, несмотря на подготовку и принятие современного протокола по боли, не все специалисты приняли его за основу своей работы. По-прежнему в обращениях граждан есть факты, свидетельствующие о недоступности инъекционных форм наркотических анальгетиков, чрезвычайно сложном механизме их назначения. Это не только повышает нагрузку на службу скорой помощи, но и существенно ухудшает качество последних дней жизни пациентов.

Необходимо четко продумать логистику при выявлении тяжелого неизлечимого заболевания, пациента с онкологическим заболеванием при выписке из онкологического диспансера или РНПЦ онкологии направлять на реабилитацию или оказание паллиативной помощи.

В 2014 году в республике выполнено более 6400 **эндопротезирований крупных суставов** (рис. 5), более 3,7 тысяч **артроскопических операций** и 1,5 тысяч **операций на позвоночнике**. Запланированное на 2014 год количество эндопротезирований тазобедренных суставов выполнено на 117,5%, а коленных суставов – на 130,4%. Но очередь на конец года выросла и составила около 6,5 тысяч человек на эндопротезирование тазобедренного и более 6 тысяч – коленного сустава. В среднем срок ожидания на эндопротезирование тазобедренного сустава составляет 1,5–2 года, на эндопротезирование коленного сустава – от 2 до 3 лет.

Самые высокие уровни очередности в Минской области и в г. Минске. Вопрос находится на постоянном контроле Минздрава, в декабре отчетного года принят комплекс мер по изменению ситуации, который должен быть реализован на местах.

Трансплантация органов и тканей является одним из самых динамично развивающихся направлений высокотехнологичной медицинской помощи в Республике Беларусь. Свой опыт наши специалисты охотно передают коллегам из других стран.

В 2014 году выполнены 404 органнне трансплантации: 285 трансплантаций почки, 45 – сердца, 77 – печени, 2 трансплантации поджелудочной железы и одна – легкого. Выполнены 2 трансплантации сердца у детей (рис. 6).

Это хорошие результаты. По количеству трансплантаций (на 1 миллион населения) страна зани-

мает 1-е место среди стран СНГ. Так, трансплантологическая активность в Республике Беларусь – 42,4; в Польше – 40,3; в Литве – 22,4; в Российской Федерации – 9,8, в Украине – 2,2 на 1 миллион населения. По количеству эффективных трупных доноров на 1 миллион жителей Республика Беларусь на 10-м месте в мире.

В отчетном году **службой крови** Республики Беларусь начато проведение масштабной работы по пропаганде и развитию безвозмездного донорства. И уже есть результаты – за год 16400 человек сдали кровь на безвозмездной основе. Это важная работа, которая должна быть продолжена.

На протяжении ряда лет мы повышали доступность медицинской помощи, укрепляли материально-техническую базу, улучшали кадровую ситуацию, организацию управления, внедряли новейшие технологии. Основное внимание было направлено на лечебно-диагностические вмешательства.

Но несколько упустили из внимания **вопросы первичной профилактики**, предупреждение развития распространенных неинфекционных заболеваний – недорогие, но эффективные способы уменьшения бремени болезней.

Нам нужно развернуть ситуацию, уделив основное внимание развитию технологий в первичном звене, включая профилактические технологии, технологии по борьбе с факторами риска развития НИЗ. Необходимо кардинально изменить ситуацию – **от преобладания стационарных услуг к услугам амбулаторно-поликлинических организаций**.



Рис. 5. Эндопротезирование крупных суставов

По поручению Правительства, Министерством здравоохранения разработан проект Государственной программы профилактики, борьбы и контроля неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь на 2015–2020 годы, который в настоящее время проходит согласование со всеми заинтересованными. Программа предусматривает концептуально новый подход по созданию единой профилактической среды при участии всех министерств и ведомств, общества в целом.

Мы взяли **курс на оптимизацию организации оказания медицинской помощи** населению, управления здравоохранением. Определили вектор нашей работы: пересмотр избыточных объемов медицинской помощи (числа госпитализаций, выездов скорой медицинской помощи, числа посещений); рациональное использование больничной сети, коечного фонда (рис. 7–10).

В отчетном году проведена необходимая подготавливающая работа по созданию условий для интенсификации лечебного процесса.

Утверждена методика расчета коек долго- и краткосрочного пребывания, новых объемных показателей, которые нацеливают на оптимизацию сроков лечения. Сроки интенсивного лечения в наших учреждениях должны быть обоснованными и составлять не более 10 дней, за исключением отдельных нозологий (ОИМ, ОНМК, очаговая пневмония), с дальнейшим переводом пациента на этап БСУ, в медико-социальные хозрасчетные отделения или дневные стационары. Пересмотрены показания к госпитализации.

Еще одна задача – разделить штаты и койки, уйти от нормативов кадрового обеспечения больничных организаций в увязке с числом коек. Ведь не койки определяют штаты, а реальные объемы востребованной населением медицинской помощи с учетом уровней ее оказания.

Мы должны обеспечить взаимосвязь объемов финансирования с качественными и количественными показателями деятельности организаций здравоохранения, об этом шла речь на Дне главного врача.

Вместе с тем, не во всех районах подошли к этому с пониманием. По-прежнему выявляются

случаи госпитализации пациентов без показаний, полипрагмазия. Мы понимаем, что руководители таким образом «демонстрируют» занятость койки. Это недопустимо!

Создание межрайонных центров с концентрацией в них малоинвазивных вмешательств привело к перераспределению потоков пациентов, и, как следствие, есть примеры госпитализации в хирургические отделения ЦРБ непрофильных пациентов, пациентов, нуждающихся в медико-социальной или хосписной помощи.

По ряду ЦРБ Гомельской, Гродненской, Могилевской, Минской областей в терапевтических, хирургических отделениях расходы на питание выше, чем расходы на лекарственные средства! О какой обоснованности госпитализации может идти речь!

Требую от руководителей грамотно, рачительно, с максимальной экономией распоряжаться бюджетными средствами; внедрите работу клинического фармаколога и необходимое программное обеспечение – это, в первую очередь, исключит полипрагмазию, а, соответственно, обеспечит безопасное лечение и позволит сэкономить выделенные средства.

Неоднократно поднимались вопросы о **повышении результативности медицинских осмотров**. Но и сегодня мы стремимся к цифрам, а не к осязательным результатам.

О каком качестве **диспансеризации** может идти речь, если в Гродненской области и г. Минске среди трудоспособного населения допущен рост числа умерших от «чистой» артериальной гипертензии?

Цифры есть, но нет адекватного, индивидуального динамического наблюдения за пациентами, нет своевременного выявления поражений органов-мишеней.

С одной стороны, мы можем говорить о низкой приверженности пациентов к изменению образа жизни, приему гипотензивных лекарственных средств. Но, с другой, – каковы наши действия, чтобы изменить ситуацию?

Низкое качество диспансерных осмотров часто обусловлено и рядом причин организационного характера, которые лежат на поверхности:

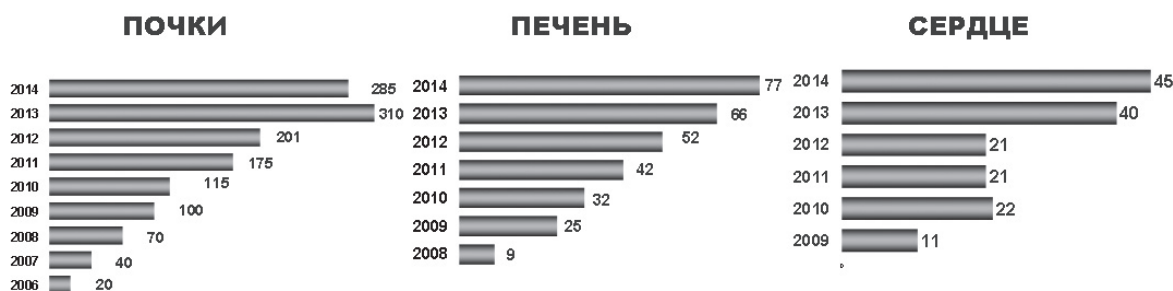


Рис.6. Трансплантологическая помощь в Республике Беларусь

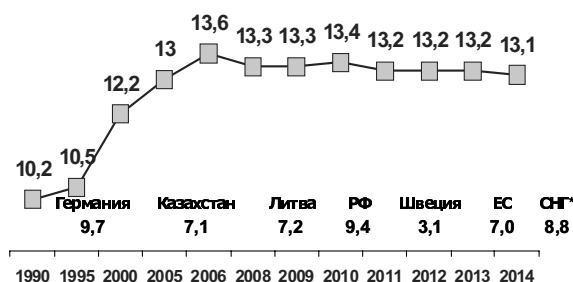


Рис.7. Число посещений врачей в год в расчете на 1 жителя

*данные Европейской базы данных «Здоровье для всех»

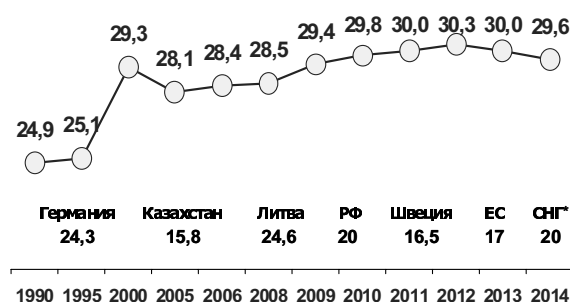


Рис.8. Уровень госпитализации (на 100 жителей)

*данные Европейской базы данных «Здоровье для всех»

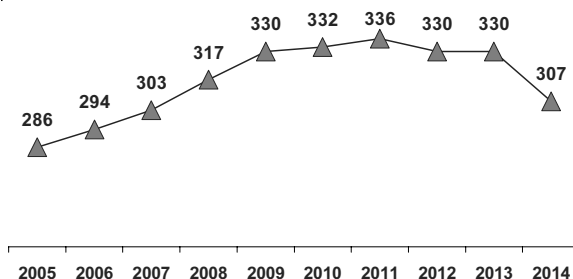


Рис.9. Количество выездов скорой помощи на 1000 человек

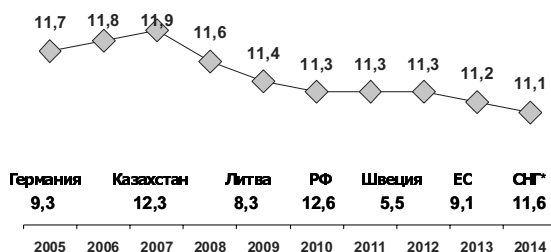


Рис.10. Средняя длительность пребывания пациента на койке

*данные Европейской базы данных «Здоровье для всех»

недостаточным контролем за обеспечением оптимального маршрута пациента для проведения всего комплекса необходимых медицинских мероприятий;

отсутствием системной оценки и интерпретации полученных лабораторных и диагностических данных;

несвоевременностью оценки риска развития заболеваний;

недостаточной преемственностью между службами.

Все эти причины легко поддаются анализу и искоренению со стороны руководителей организаций здравоохранения.

Вывод – низкая приверженность и у пациентов, и у врачей!

Необходимо сокращать кратность посещений пациентами амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, мы должны обеспечить максимальное оказание медицинской помощи за одно посещение учреждения.

Нет проблем в тех ЦРБ, поликлиниках, где на своем месте руководство.

Не нужно вводить никаких нормативов, если хорошо организована командная работа участкового врача, помощника врача, медицинской сестры: когда каждый житель знает своего врача, медицинскую сестру, их номер мобильного телефона, когда нет формализма в работе ни при диспансеризации, ни при лечении острого или хронического заболевания.

Для первичного звена мы в прошлом году повысили заработную плату, ее надо заработать.

Требуйте, но разумно, результатов работы от каждого своего подчиненного. Все в ваших руках!

С целью повышения эффективности работы первичного звена (рис. 11), поставлена задача перехода участковых врачей на работу по принципу врача общей практики. Сегодня новатором является г. Минск, где сформирована программа поэтапного обучения участковых врачей. Что делают другие руководители регионального здравоохранения?

Нельзя забывать, что для перехода амбулаторных организаций здравоохранения на работу по принципу общей врачебной практики должно быть обеспечено соответствующее оснащение медицинскими техникой и инструментарием, лекарственными средствами, автоматизированными информационными системами. Это дело не одного дня, и оно требует большой подготовительной работы.

По поводу переподготовки участковых врачей. Как обеспечить процесс переподготовки специа-

листов, когда не хватает кадров для приема пациентов? Считаю, что решением может стать специально организованный курс повышения квалификации без отрыва от рабочего места.

В 2014 году в республике работало уже более 1300 **помощников врача** (рис. 11), и сегодня мы можем констатировать, что это было правильное решение. Активное привлечение помощников врача к выполнению патронажных осмотров пожилых лиц, пациентов, имеющих хронические заболевания, инвалидов войны и других категорий граждан позволило не только снизить количество необоснованных визитов к врачу, но и улучшить качество работы участковой службы.

Хочу обратить внимание: мы говорим о более активном внедрении «командного принципа работы» участковой службы (врач – помощник врача – медицинская сестра), но при этом требуем от руководителей подготовки помощника врача из числа имеющихся средних медицинских работников. Это вряд ли можно назвать соответствием стратегии и тактики! Любое решение должно быть продуманным и выполнимым!

В поликлиниках ежегодно возрастает число посещений из-за визитов пожилых граждан (до 60% посещений). Здесь есть субъективные и объективные причины. С одной стороны, это – накопление хронических заболеваний, с другой – потребность в социальных услугах. Нельзя не учитывать и старение населения. Необходимо продумать организацию предоставления медико-со-

циальной помощи и перенаправить на нее основной поток пожилых пациентов.

Пользуются спросом у населения больницы сестринского ухода, практически все они переполнены. Особенно остро вопрос стоит в Минске. Надо активнее развивать этот вид помощи. Для этого у нас есть площади, главное – рационально подойти к их распределению.

До сих пор не решен вопрос о распределении заработанных средств по данному виду услуг в организации здравоохранения. А ведь это позволило бы направить средства на улучшение условий пребывания пациентов, проведение ремонтов, дополнительное питание. Необходимо повторно проработать вопрос с Министерством финансов.

В республике выстроена этапная **система реабилитации**. На сегодняшний день отбор пациентов и на раннюю, и на позднюю (повторную) стационарную и амбулаторную реабилитацию законодательно полностью урегулирован. Нормативными документами определены этапность, преемственность, маршрут пациента. Остается добиться главного – неукоснительного выполнения положений, содержащихся в нормативных документах.

На местах не налажена должным образом связь между профильными стационарными отделениями и отделениями реабилитации. Это не позволяет обеспечить своевременный перевод профильных пациентов из одного учреждения в другое.

Часто пациенты, имеющие медицинские показания на стационарную реабилитацию, ее не по-



Рис.11. Первичная медицинская помощь

лучают, а их места занимают непрофильные пациенты или нуждающихся в амбулаторном лечении.

Специалистам следует четко понимать, что реабилитация не подменяет лечение, а является следующим этапом оказания медицинской помощи.

Нужно исключить ситуации, когда во время нахождения на стационарной реабилитации пациент получает 5–6, а то и больше медицинских препаратов. Реабилитация – это, в первую очередь, психотерапия, кинезотерапия, физиотерапия, эрготерапия и другие методы, а медикаментозное лечение при реабилитации носит лишь фоновый характер.

Обращаю внимание – вопросы реабилитации зачастую являются определяющими при восстановлении здоровья и возвращении пациента к труду! И здесь формализма быть не должно!

Перед нами стоят важнейшие задачи по повышению эффективности работы каждой организации здравоохранения. И главное – по повышению **качества оказания медицинской помощи** населению. Это зона ответственности Министерства здравоохранения. И мы обязаны ее обеспечить.

Проблемы качества медицинской помощи сегодня нельзя рассматривать без анализа:

- процессов управления организацией здравоохранения;

- потребностей населения в медицинских услугах;

- мнения граждан по результатам лечения;

- принятых решений и их связи с объективными данными.

Проблемы качества оказания медицинской помощи – это, прежде всего, проблема руководства организаций здравоохранения: 85% проблем обусловлены недостатком системы управления и лишь 15% происходят по вине работников. Чтобы добиться улучшения медицинской помощи, недостаточно просто внедрить новые технологии и методы работы – их необходимо выполнять.

Имеющиеся сегодня методики оценки качества несовершенны, они явно устарели и не отвечают современным требованиям. В кратчайшие сроки нам необходимо пересмотреть систему оценки качества, начиная с уровня Министерства здравоохранения.

Никакое качество оказания медицинской помощи невозможно без квалифицированных **медицинских кадров** (рис. 12).

К сожалению, система подготовки кадров, хоть и претерпела существенные изменения, но пока не в полной мере отвечает требованиям сегодняшнего дня.

Сегодня во всем мире на первый план выходят «опережающее» образование, выработка клинического мышления у студентов-медиков, идет

поиск и внедрение в обучение пациент-ориентированных технологий.

Перед нами также стоят задачи сближения образовательных стандартов со стандартами оказания медицинской помощи; осуществления преемственности между теоретической, научной и практической подготовкой специалистов.

Что для этого необходимо?

Прежде всего, обновление образовательных программ, соответствующих современному развитию отрасли. Это должны быть новые, инновационные программы, а не адаптация старых программ к сегодняшним условиям.

Необходимо внедрение ряда новаций: учебных модулей, комплексных лекций, клинических разборов, итоговых аттестаций, тестирований.

Следует унифицировать практическую подготовку студентов-медиков путем обеспечения качественно нового уровня отработки практических навыков, в том числе через внедрение симуляционного обучения. Оборудование дорогостоящее, но его приобретение с целью отработки практических навыков оправдано.

Ряд вопросов можно решить путем внедрения в образовательный процесс инновационных компьютерных технологий, создания электронных учебно-методических комплексов.

В отчетном году в образовательный процесс внедрены система контроля выживаемости знаний студентов, рейтинговая система оценки учебной деятельности студентов, рейтинговая система оценки деятельности профессорско-преподавательского состава. Важно, чтобы эти новшества служили одной цели – повышению качества учебного процесса.

Требуется модернизации и существующая система повышения квалификации медицинских работников. Сегодня система последиplomного образования консервативна и не успевает за стремительно развивающимися технологиями.

Практика обучения специалистов на рабочих местах в РНПЦ и областных больницах иногда дает больший результат, чем очередные курсы повышения квалификации. Материальная база кафедр не соответствует современным требованиям.

Считаю, что первоочередными **задачами совершенствования последиplomного образования** являются:

- повышение квалификации профессорско-преподавательского состава;

- усиление практической составляющей в обучении;

- внедрение системы подтверждения квалификационных категорий для врачей хирургического профиля;

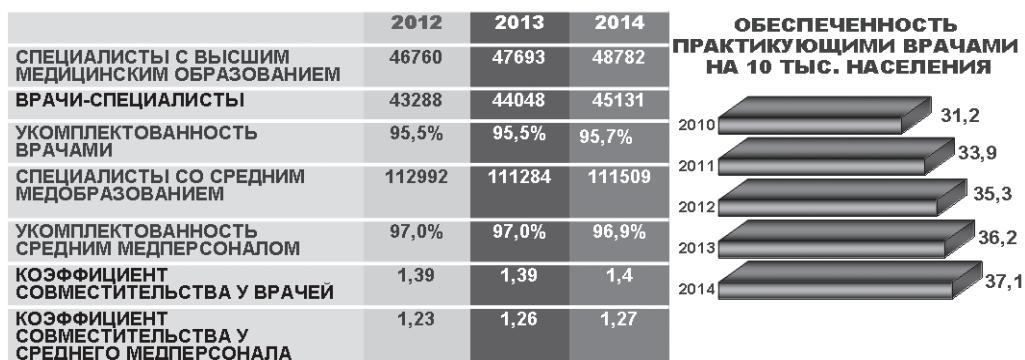


Рис.12. Медицинские кадры

четкое определение квалификационных требований к врачам хирургического профиля в зависимости от выполняемых вмешательств;

стимулирование собственного желания специалиста повышать свою квалификацию.

Мы должны на деле, а не словах создать систему непрерывного профессионального образования, обеспечив непрерывность, преемственность, системность, дифференцированный подход, синтез учебных дисциплин.

Острая проблема – **резерв руководящих кадров**. Сегодня превалирует формальный подход. При назначении нового руководителя проводится его поиск где угодно, но не из существующего резерва.

Внимания, уделяемого органами управления здравоохранением работе с руководящими кадрами, крайне недостаточно для обеспечения отрасли профессионально отобранным, хорошо подготовленным, в высшей степени компетентным корпусом руководителей.

Молодые руководители не владеют вопросами экономики здравоохранения, проведения закупок, вопросами трудового законодательства, охраны труда, управленческих технологий.

Необходимо:

пересмотреть программу первичной специализации по организации здравоохранения с акцентом на практическую деятельность руководителя и нормативно-правовую базу;

осуществлять подготовку на курсах повышения квалификации по организации здравоохранения в тематических группах, не допуская «смешивания» руководителей, заместителей, заведующих отделениями. Подготовка руководителей должна быть целенаправленной.

Поиск талантов в области управления необходимо начинать с вузов и прицельно обеспечивать их развитие. Должна быть создана стратегия формирования управленческого потенциала. Кадры решают все!

Управленец сегодня – это не только врач, но и экономист, финансист, менеджер, юрист и даже строитель.

Только при хорошо подготовленных управленцах мы научимся оценивать эффективность обслуживания, эффективность лечения и, в целом, эффективность системы здравоохранения.

В 2014 году были предприняты значительные усилия по повышению **зарботной платы** работникам отрасли. Двумя постановлениями Совета Министров Республики Беларусь по данному вопросу повышены тарифные оклады всем врачам, средним и младшим медицинским работникам всех бюджетных организаций здравоохранения, входящих в систему Министерства здравоохранения, а также ведомственного здравоохранения.

В 2015 году акцент будет сделан на увеличение финансирования организации лечебного процесса. Предусмотрено снижение расходов до минимальной потребности на развитие материально-технической базы научных организаций. Главное – рациональное, экономное расходование имеющихся финансовых средств.

В отчетном году при проведении закупок особое внимание уделялось вопросам импортозамещения и экономии бюджетных средств. Государственные закупки осуществлялись централизованно. Кроме того, проводилась работа с поставщиками по предоставлению специальных условий оплаты и поставки медицинского оборудования.

В 2014 году объем полученных товарных и финансовых скидок составил 83,2 млрд руб., или 2,5% от общего объема закупок.

К закупке дорогостоящего оборудования мы должны подходить с точки зрения рачительного хозяина. Скажите, что более оправданно: закупка 10 аппаратов МРТ для одного города или 1 аппарата МРТ и 10 рабочих станций?

При проведении тендера на закупку оборудования надо отталкиваться не только от ценового предложения, но и от возможности сервисного обслуживания на длительный срок, которое порой обходится дороже самого оборудования.

Важной составляющей нашей работы является улучшение доступности и обеспеченности населения качественными **лекарственными средствами**.

Решению задач улучшения качества медицинской помощи, рационального использования лекарственных средств способствует функционирующая в стране формулярная система. Подчеркну, что в Республиканский формуляр входят лекарственные средства с доказанной эффективностью, безопасностью и имеющие экономические преимущества.

Сегодня промышленное производство лекарственных средств в республике осуществляют 28 предприятий, из которых 12 имеют 30 сертификатов GMP на экспортоориентированные производственные участки.

Сегодняшний пациент имеет широкий доступ к медицинской информации, свое понимание проблем здоровья, склонность к самолечению, повышенный интерес к парамедицине; он осознает важность профилактики на словах, но игнорирует ее на деле. Пациент стал более требовательным.

На этом фоне особенно важны человеческие аспекты взаимоотношений врача и пациента, в частности, внимание к пациенту и его особенностям. И только это могло бы снять значительную часть обращений граждан.

В 2014 году увеличилось число обращений по поводу недостатков в организации работы и лечения пациентов в поликлиниках (на 25%) и стационарах (на 5,5%).

Связываю это с недостаточной информированностью граждан о порядке оказания медицинской помощи, нежеланием участковой службы заниматься пациентом, хотя 80% проблем, связанных с состоянием здоровья, должны решаться на этапе первичного звена.

Еженедельно выявляются и формальные отписки, факты ненадлежащего рассмотрения обращений граждан в управлениях здравоохранения, комитете по здравоохранению, что приводит к повторным письмам и обращениям. К обращениям граждан надо подходить дифференцированно, не по шаблону.

Наши достижения признаны мировым профессиональным сообществом. В 2015 году впервые в нашей стране будет проведена министерская конференция с участием министров здравоохранения 53 стран Европейского региона, руководства Всемирной организации здравоохранения. Это знаковое мероприятие для национальной системы здравоохранения и общества в целом!

В 2015 году мы должны не только сохранить наши достижения, но и приумножить их, несмотря на то, что по некоторым направлениям сделать это будет не просто. Уверен, что мы с достоинством

справимся с поставленными перед отраслью задачами. Для их выполнения у нас есть все, а главное – подготовленные, квалифицированные кадры.

ON OVERALL RESULTS IN THE WORK OF HEALTH CARE INSTITUTIONS IN 2014 AND MAIN DIRECTIONS OF ACTIVITIES FOR 2015 (A REPORT DURING THE CONCLUDING COLLEGIUM OF THE MINISTRY OF HEALTH, HELD ON JANUARY 30, 2015)

V.I. Zharko

Minister of Health of the Republic of Belarus,
Minsk, Republic of Belarus

It was noted that in 2014 the Republic of Belarus practically approached to the closure of the "demographic scissors": throughout the republic the rate of natural decrease made up -0.3 per 1000 population (birth rate was 12.5 per 1000 population, total mortality rate - 12.8 per 1000). The number of deaths from the diseases, contributing greatly to the total mortality of the population decreased: from external causes - by 9.1%; from the diseases of the digestive system - by 7.2%; from the diseases of the respiratory system - by 13.8%. During a number of years low levels of infant mortality rate (3.5 per 1000 live births), perinatal mortality rate (3.3 per 1000 live births and stillbirths), under-5 mortality rate (4.4 per 1000 live births), maternal mortality ratio (0.8 per 100000 live births) remained stable. Main indicators and outcomes in the work of some services (cardiology and cardiac surgery, neurology and neurosurgery, oncology, traumatology, transplantology, medical rehabilitation, and blood service) were presented. In each area achievements and shortcomings were defined, and objectives for improving the activity were stated. It was emphasized, that the country pursued the policy of optimization in rendering medical care to the population and in health management. The following principal vector in the work was defined: revision of the excessive volumes of medical care; rational use of the hospital network and beds capacity. In order to improve the efficiency of primary care sector, the objective of the sector physicians' transition to the work according to the principles of a general practitioner was stated. Issues of the quality of medical care, training, retraining and advanced training of medical personnel, medicines supply, and the work with the written applications of citizens, were defined.

Keywords: health care of the Republic of Belarus, the year 2014, medical and demographic indicators, organization of medical care provision, primary health care, specialized health care, high-tech medical care, quality of medical care, medical personnel, medicines supply, written applications of citizens.