
В Министерстве здравоохранения Республики Беларусь

ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ ОРГАНОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В 2013 ГОДУ И ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА 2014 ГОД (доклад на итоговой коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь 29 января 2014 г.)

В.И. Жарко

Министр здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск

Отмечены достижения работников отрасли в 2013 г., положительная динамика основных медико-демографических показателей (снижение коэффициента общей смертности населения до 13,3 на 1000 населения; уменьшение числа случаев смерти от новообразований на 2,6%, от внешних причин - на 10,6%, от болезней органов пищеварения - на 4,1%, от болезней органов дыхания - на 6,5%; увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 72,2 лет; увеличение коэффициента рождаемости до 12,5 на 1000 населения; уменьшение естественной убыли населения до 0,8 на 1000 населения; снижение показателя младенческой смертности до 3,4‰, перинатальной - до 3,3 на 1000 живорожденных, детской смертности - до 45,4 на 100 тыс. детского населения). Подчеркнуто, что задачи, связанные со снижением бремени основных социально значимых неинфекционных заболеваний, пропагандой здорового образа жизни, являются основными направлениями стратегического развития отечественного здравоохранения. Необходимо проработать вопросы структурной оптимизации (перепрофилирование и сокращение неэффективно используемого коечного фонда; реорганизация сети; пересмотр кадрового обеспечения организаций здравоохранения). Охарактеризованы меры по совершенствованию организации медицинской помощи населению, осуществленные в 2013 г., сформулированы задачи, стоящие перед отраслью в 2014 г.

В 2013 году, прошедшем под знаком Года бережливости, продолжалась адаптация отрасли здравоохранения к условиям рыночных отношений. С целью рационального использования всех видов ресурсов совершенствовалась экономическая база, активно внедрялись новые инновационные медицинские технологии, методы профилактики, диагностики и лечения заболеваний (рис. 1).

Так, **кардиологами** страны разработан аортальный стентграфт для хирургического лечения аневризм грудной аорты, что дало, благодаря импортозамещению, экономический эффект в 10000 у.е. на одном изделии. В республике проведены три пер-

вые трансплантации сердца у детей. Также впервые выполнены операции Росса и Росса-Конно у детей до года с врожденными пороками сердца.

В онкологии разработана методика ранней медицинской реабилитации пациентов со злокачественными новообразованиями органов головы и шеи с использованием магнитолазерной и гипоксической терапии, которая позволила снизить частоту ранних лучевых реакций и осложнений. Разработан метод органосохраняющего лечения инвазивного рака мочевого пузыря, что позволило сохранить мочевой пузырь и предупредить тяжёлую инвалидность у 74% пациентов.

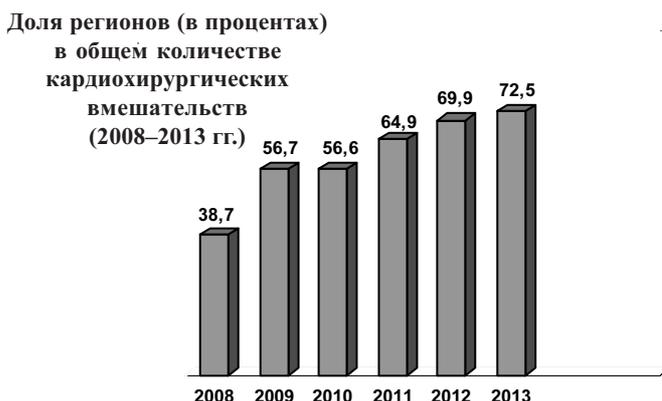


Рис.1. Кардиохирургическая и травматологическая помощь в Республике Беларусь

В детской онкогематологии внедрены в практику методы ПЦР-диагностики для комплексного определения молекулярно-генетических изменений у детей с острыми лейкозами; трансплантации аллогенных мезенхимальных стволовых клеток, которые позволяют значительно снизить расходы на дорогостоящие лекарственные средства. В 2013 году в Минске проведен I Евразийский конгресс «Трансплантация стволовых клеток».

В травматологии и ортопедии разработаны и внедрены инновационные медицинские технологии, позволяющие сократить закупку импортных конструкций и расходных материалов.

Нейрохирургами разработаны и внедрены эффективные импортозамещающие технологии динамической стабилизации позвоночника.

Благодаря слаженной работе медицинских работников, внедрению в практику новых медицинских и организационных технологий, удалось добиться целого ряда положительных результатов деятельности.

В 2013 году отмечено (рис. 2):

снижение коэффициента общей смертности населения до 13,3 на 1000 населения, в том числе населения трудоспособного возраста;

увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 72,2 лет;

увеличение коэффициента рождаемости до 12,5 на 1000 населения;

уменьшение естественной убыли населения до 0,8 на 1000 населения (при этом, с учетом миграционного процесса, зарегистрирован ес-

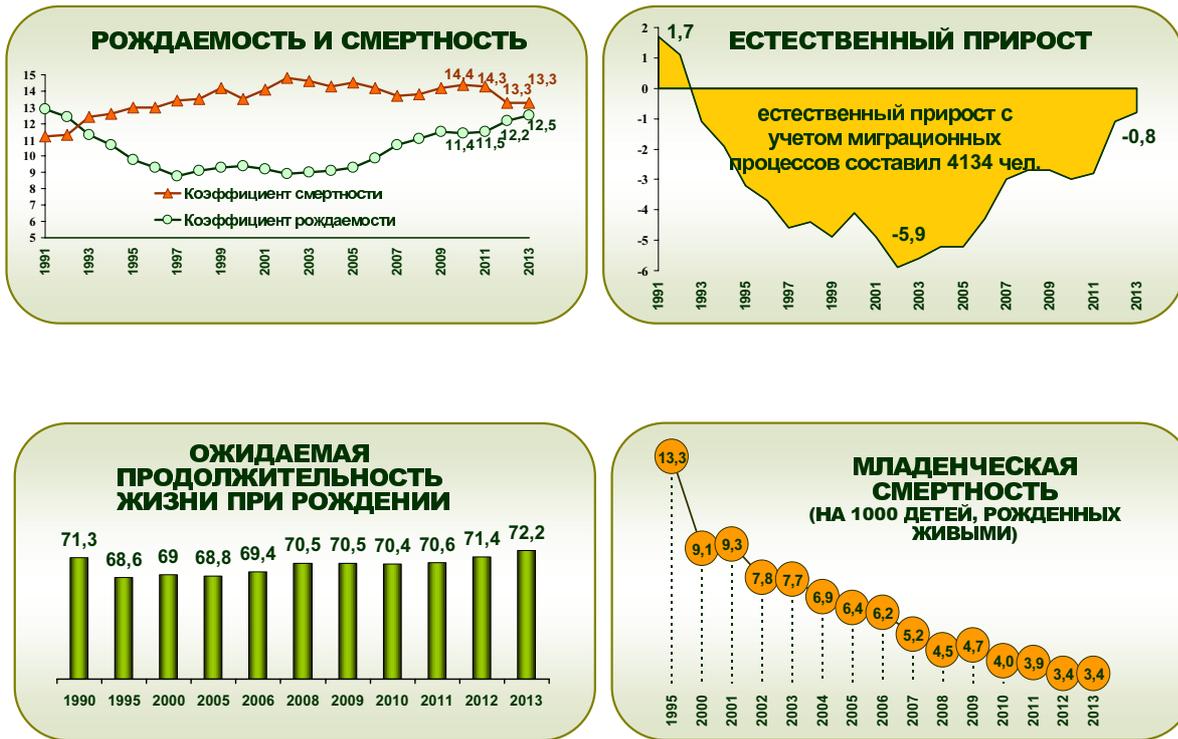


Рис.2. Основные медико-демографические показатели

тественный прирост населения на 4134 человека).

Уменьшилось число случаев смерти от болезней, вносящих основной вклад в общую смертность населения:

- от новообразований – на 2,6%;
- от внешних причин – на 10,6%;
- от болезней органов пищеварения – на 4,1%;
- от болезней органов дыхания – на 6,5%.

Стабилизировано общее число случаев смерти от БСК (-0,4%) при уменьшении на 4,8% числа случаев смерти в трудоспособном возрасте.

Показатель младенческой смертности снизился до 3,4‰, перинатальной – до 3,3 на 1000 живорожденных, детской смертности – до 45,4 на 100 тыс. детского населения.

Целенаправленная работа по дальнейшему развитию медицинской реабилитации позволила снизить показатель тяжести инвалидности лиц трудоспособного возраста с 52,9% в 2012 году до 51,9% в 2013 году (рис. 3). Безусловно, здесь свою роль сыграли открытые в регионах центры медицинской реабилитации.

В 2013 г. заложена основа для изменения эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции. Были усилены скрининговые обследования населения, в итоге удалось обеспечить максимально полный уровень выявления ВИЧ-инфицированных. При этом впервые за весь период наблюдения отмечается выраженное снижение показателя забо-



Рис.3. Структура тяжести первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста (2011–2013 гг.)

леваемости СПИДом (на 8,4%), и остается стабильным показатель смертности от СПИДа (рис. 4).

Несмотря на положительную динамику основных медико-демографических показателей, успокаиваться рано. Сегодня перед здравоохранением республики стоят новые серьезные вызовы, которые должны быть положены в основу дальнейшей деятельности каждой организации здравоохранения и каждого руководителя.



Рис.4. Заболеваемость и смертность от СПИДа (2002–2013 гг.; на 100 тыс. населения)

В последние годы в стране регистрируется рост рождаемости, и система здравоохранения должна быть готова к оказанию полного спектра медицинской помощи беременным женщинам, новорожденным, детям.

Снижение уровня младенческой смертности – несомненный успех здравоохранения Республики Беларусь. Однако сохраняющаяся заболеваемость новорожденных детей является фактором хронизации патологических состояний. Актуальным становится качество дальнейшей жизни ребенка, что требует проведения целого комплекса взаимосвязанных организационных и лечебно-диагностических мероприятий.

Рост численности населения в старших возрастах сопровождается ростом неинфекционных заболеваний (болезни системы кровообращения, новообразования, болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы). Сегодня данные заболевания не только определяют уровень смертности населения республики, но и играют существенную роль в снижении средней продолжительности жизни.

Республика Беларусь включилась в осуществление разработанной Всемирной организацией здравоохранения политики «Здоровье-2020», ориентированной на глобальные цели и конкретные меры по противодействию распространению неинфекционных заболеваний.

Важно, что эта политика обращена не только к министерствам здравоохранения, но нацелена на вовлечение всех заинтересованных сил в масштабах всех структур государственного управления и всего общества, которые могут и должны внести вклад в охрану здоровья и повышение уровня благополучия населения.

Следует подчеркнуть, что задачи, связанные со снижением бремени основных социально значимых неинфекционных заболеваний, пропагандой здорового образа жизни, являются основными направлениями стратегического развития отечественного здравоохранения. Тем более, что в настоящее время в стране 91,3% мужчин и 85,7% женщин трудоспособного возраста имеют от одного до пяти основных поведенческих факторов риска, которые приводят к ухудшению показателей здоровья. Курит 30,5% населения, занимаются физкультурой и спортом лишь 21,7% белорусских семей, только у 30% молодых граждан Беларуси уровень физической активности достаточен для поддержания здоровья.

Начата масштабная работа по формированию у населения мотивации на здоровый образ жизни, воспитание личной ответственности за собственное здоровье.

Внесены изменения в проект Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», касающиеся профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни. Отражены такие нормы и положения, как полномочия республиканских органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов и других организаций за состояние здоровья населения; ответственность нанимателей за состояние здоровья работников, а также формирование у населения ответственного отношения к сохранению собственного здоровья.

Разработан проект Закона Республики Беларусь «О защите здоровья населения от последствий потребления табака и воздействия окружающего табачного дыма». Он размещен на сайте Министерства здравоохранения Республики Беларусь для общественного обсуждения.

В 2013 г. впервые в республике начата реализация проекта «Здоровый город» в г. Горки Могилевской области. Организована работа на уровне исполнительной власти, создан инициативный комитет, в настоящее время прорабатывается вопрос о возможности вступления г. Горки в европейскую сеть «Здоровые города». Надеемся, что эта инициатива получит дальнейшее развитие.

И все же, сохраняется очень важная задача органов власти всех уровней, министерств и ведомств по массовой пропаганде здорового образа жизни. Главный лозунг здесь – «Быть здоровым престижно!».

Анализ демографической ситуации показывает, что характерной чертой для Республики Беларусь является убыль населения исключительно за счет жителей села. В связи с этим стоит задача обеспечить доступность оказания медицинской помощи сельскому населению, в том числе в населенных пунктах с малым количеством жителей.

На прошлой итоговой коллегии значительное внимание было уделено вопросам улучшения организации оказания **первичной медицинской помощи**. Что сделано?

Обеспечено приоритетное укомплектование вакантных должностей врачей-терапевтов участковых в амбулаторно-поликлинических организациях. На особом контроле находится вопрос по укомплектованию участковыми врачами-терапевтами поликлиник г. Минска.

Разработаны проекты нормативно-правовых документов по работе участковой службы по принципу «команды», прошла их апробация.

С внедрением должности помощника врача (1061 чел.) снизилось количество визитов к врачу. Помощник врача выполняет патронажные ос-

мотры пожилых лиц, пациентов, имеющих хронические заболевания, инвалидов Великой Отечественной войны.

Увеличено до 5–6 часов время приема участковых врачей в поликлинике. График работы амбулаторно-поликлинических организаций в регионах сформирован с учетом потребностей жителей сельской местности и сезонных работ.

С целью контроля диспансерного наблюдения разработаны индикаторы качества работы участковых врачей (апробированы в г. Минске и Гомельской области).

В работу ряда амбулаторно-поликлинических организаций внедрены групповые формы работы с населением (группы здоровья, консультирование по вопросам здорового образа жизни и др.).

Проведена апробация проекта по внедрению телекоммуникационных технологий в работу врача общей практики с целью обеспечения доступности консультативной помощи, оказываемой специалистами республиканского уровня, а также уменьшения «изолированности» специалистов удаленных врачебных амбулаторий от своих коллег.

Активно внедряются информационные компьютерные технологии для обеспечения оперативного контакта врачей участковой службы с пациентом, что также способствует снижению числа визитов пациентов в поликлиники.

В г. Минске на базе ОАО «Мединициатива» создан единый информационный центр для предоставления населению полной информации по оказанию медицинских услуг.

Тем не менее, очереди в поликлиниках остались. Имеют место необоснованные посещения, излишние обследования, лекарственная полипрагмазия. Нагрузка на врача остается колоссальной. Поэтому необходимо переработать алгоритмы диагностики и лечения, стандарты оказания медицинской помощи (так, согласно клиническим протоколам почти каждому обратившемуся проводится УЗИ-диагностика, что требует значительных затрат).

В плане **диспансеризации** следует отметить, что до сих пор не удалось добиться качественно-количественного повышения результативности медицинских осмотров. В связи с этим выделим две возможные составляющие улучшения диспансеризации. Первая: повышение ответственности и спроса с руководителей организаций, предприятий (например, обязать их представлять отчет о работниках, прошедших диспансеризацию). Вторая – внедрение в работу участковых врачей индикаторов качества и оплата их труда за достижение целевых показателей.

В республике с 2011 года выполняются проекты по скринингу рака предстательной железы, рака молочной железы и рака шейки матки. Однако их реализация идет недостаточными темпами в силу двух основных причин: нежелание администрации областных онкодиспансеров вплотную заниматься этой проблемой и трудности материального и кадрового характера. Это свидетельствует о плохой подготовительной работе на местах. Любой проект, тем более, такой дорогостоящий, должен быть досконально проработан и опираться на соответствующую ресурсную базу.

Следует обратить внимание на планирование объемов медицинской помощи. Сегодня руководители воспринимают территориальную программу как формальный документ и, в лучшем случае, при ее составлении опираются на сложившиеся тенденции в организации, районе, области. Однако, в первую очередь следует учитывать, что законодательством Республики Беларусь предусмотрены социальные обязательства государства по видам, структуре, объемам и условиям предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий. А, значит, должен планироваться лишь тот объем, который предоставляется гражданам за счет средств бюджета. Все, что сверх данного гарантированного объема – за деньги пациента.

Территориальная программа должна быть обязательно финансово подкреплена и являться тем документом, на основе которого система здравоохранения строит свои отношения с населением. И тогда мы не будем сталкиваться со случаями, когда 11 человек в одной из центральных поликлиник г. Минска сделали по 200 посещений за 2013 год. С такими пациентами обязательно надо проводить встречи с участием врача, социального работника. Примеры таких встреч дают положительные результаты.

Позволило бы снизить нагрузку и высвободить персонал и освобождение поликлиник от несвойственных здравоохранению функций (например, работа по опеке и попечительству в отношении несовершеннолетних лиц, которые признаны недееспособными и ограниченно дееспособными).

Среди проблем в работе службы **скорой медицинской помощи** следует выделить остающуюся низкой укомплектованность службы врачебными кадрами и фельдшерами. Обеспеченность физическими лицами составила в среднем 66,5%, что, безусловно, сказывается на нагрузке персонала.

Негативным моментом для службы скорой медицинской помощи является запаздывание стро-

ительства и сроков ввода новых станций СМП по сравнению с темпами развития инфраструктуры городов.

Есть и другие проблемы: наличие непрофильных функций и необоснованных вызовов, не всегда оптимизированы маршруты доставки пациентов в зависимости от тяжести и вида заболевания.

Министерством здравоохранения проводится постоянная работа по оптимизации деятельности службы скорой медицинской помощи.

Поэтапно из функций скорой медицинской помощи исключается часть неотложных вызовов. В территориальных поликлиниках организованы бригады неотложной медицинской помощи для обеспечения неотложных вызовов в часы работы поликлиник, инъекций по назначению врачей на дому, в том числе и пациентам с онкологическими заболеваниями.

Проводятся мероприятия по организации единой диспетчерской по типу «одного окна» в регионах и г. Минске; осуществлению врачебных и фельдшерских консультаций по телефону; оптимизации маршрутов доставки пациентов в зависимости от вида патологии, тяжести заболевания; выделению отдельных автомашин для транспортировки пациентов.

Для снижения необоснованных вызовов скорой медицинской помощи разработаны и внедряются «Правила вызова скорой медицинской помощи».

Организована работа станций (отделений) скорой медицинской помощи по рациональным графикам с учетом увеличения нагрузки в часы пик и снижения ее в ночное время и по сезонам года.

В структуре бригад скорой медицинской помощи отмечено снижение числа специализированных бригад и увеличение числа врачебных общепрофильных и фельдшерских бригад.

Реальной мерой по снижению необоснованной нагрузки на СМП является инициатива Министерства здравоохранения по порядку выдачи листка нетрудоспособности и предоставление нанимателем работнику в случае его болезни 3 дней освобождения от работы без оформления листка нетрудоспособности в эпидемический период.

Вместе с тем, следует констатировать, что проводится недостаточная работа с коллективами станций скорой медицинской помощи. Приняты и действуют нормативные акты Минздрава, всесторонне регламентирующие порядок оказания медицинской помощи населению, в том числе скорой и неотложной. Задача руководителей – довести до коллектива действующие документы и организовать

работу подведомственных служб в строгом соответствии с ними.

Анализ структуры вызовов свидетельствует, что неотложные вызовы составляют от 56 до 80%. В основном скорую помощь вызывают лица пенсионного возраста, имеющие хронические заболевания, причем до 80% пожилых пациентов с гипертонической болезнью. Это свидетельствует, с одной стороны, о недоработке первичного звена, с другой – о необходимости проведения разъяснительной работы с населением.

Эффективная система здравоохранения является существенным стабилизирующим фактором социально-политического развития любой страны, важнейшим гарантом ее успешного экономического развития. В связи с этим, особую важность приобретает рациональное использование имеющихся ресурсов.

Исследования ВОЗ свидетельствуют, что от 20 до 40% средств здравоохранения в настоящее время теряются вследствие их неэффективного использования: нерациональное использование лекарств, в том числе недостаточное использование дженериков, чрезмерное использование оборудования, исследований и процедур, необоснованные госпитализация и продолжительность пребывания в стационаре, затратные штаты и немотивированные сотрудники и др.

Повышение эффективности здравоохранения не означает просто сокращение затрат. Эффективность определяется качеством и результатом, то есть улучшением показателей здоровья населения в рамках имеющихся средств.

Перед здравоохранением республики стоят серьезные **задачи по оптимизации организации оказания медицинской помощи** населению, управления здравоохранением. Основное внимание должно быть направлено на:

избыточность объемов медицинской помощи (числа госпитализаций, выездов скорой медицинской помощи, числа посещений);

нерациональное использование больничной сети, коечного фонда;

повышение объема и качества медико-социальных услуг;

укомплектование должностей медицинских работников и повышение качества подготовки медицинских кадров;

повышение зарплаты медицинских работников и обеспечение экономического стимулирования труда работников здравоохранения.

совершенствование нормативной правовой базы, регламентирующей деятельность системы здравоохранения.

На протяжении ряда лет в стране решались задачи повышения доступности и качества медицинской помощи, создания равноуровневой системы ее оказания, развития материально-технической базы, улучшения кадровой ситуации, структуры управления здравоохранением. В настоящее время главный вопрос – эффективность использования имеющихся ресурсов, то есть оптимизация отрасли. Необходимо проработать **вопросы структурной оптимизации**, а это:

перепрофилирование и сокращение неэффективно используемого коечного фонда;

реорганизация сети;

пересмотр кадрового обеспечения организаций здравоохранения.

Также надлежит пересмотреть излишнюю специализацию коечного фонда, особенно на уровне центральных районных больниц.

В структуру коечного фонда больничных организаций районного уровня, которые обслуживают небольшое количество населения (до 20 тысяч), должны входить шесть профилей коек: терапевтические, хирургические, педиатрические, гинекологические, реанимационные и сестринские (паллиативной помощи). Другие профильные койки в этих организациях должны вводиться в зависимости от количества обслуживаемого населения (табл. 1).

Специализированные отделения нужны там, где есть узкоспециализированная помощь (например, кардиологическое – там, где есть ангиограф).

Нужно тщательно обсудить вопрос расширения практики создания межрайонных центров, чтобы избежать ситуации, когда в двух рядом расположенных районах выполняются операции эндопротезирования суставов, причем планомерно и в небольших количествах. Следует произвести дифференциацию оказания специализированной вы-

сокотехнологичной медицинской помощи в межрайонных центрах.

Необходимо ужесточить контроль за выполнением приказа Минздрава о показаниях к госпитализации. Это – ответственность руководителей лечебно-профилактических учреждений.

Настало время пересмотреть чрезмерную дифференциацию по диетпитанию и, в принципе, по оказанию гостиничных услуг в больничных организациях здравоохранения.

Республиканские центры, работающие на функциональной основе, принимают пациентов со всей республики, а, значит, надо подумать о финансировании, кадровом обеспечении таких центров и концентрировать новейшие технологии на их базе.

Что касается коечного фонда больничных организаций, то должно осуществляться сокращение неэффективно функционирующих коек. Койка должна работать с максимальной нагрузкой и по профилю, но при этом не следует забывать и о возрастающей потребности населения в реабилитационной, медико-социальной, хосписной помощи. Поэтому вопрос перепрофилирования коек является основным. Кроме того, для повышения эффективности использования коечного фонда целесообразно разделить коек на койки краткосрочного и длительного пребывания.

Вместе с тем, проводимые в регионах инфраструктурные преобразования должны быть тщательно продуманы и идти без ущерба для населения.

Кадры – единственный вид ресурсов, который со временем не только не теряет своей исходной стоимости, а приобретает более высокую ценность за счет накопления профессиональных навыков и знаний. На кадры здравоохранения приходится около 60–70% всех эксплуатационных расходов отрасли, поэтому их эффективное использование, расстановка, нагрузка являются нашей важнейшей задачей.

В настоящее время кадровый потенциал отрасли здравоохранения Республики Беларусь достаточен для выполнения поставленных перед отраслью задач (табл. 2, рис. 5, 6). Дело руководителя – продумать место каждого специалиста, каждой штатной должности и обеспечить адекватную нагрузку на персонал.

В отчетном году, с учетом внедренных в отрасли новых высокотехнологических методов диагностики и приобретения диагностического оборудования более высокого класса, увеличена годовая норма нагрузки врачей и средних медицинских работников вспомогательных лечебно-диагностических подразделений поликлиник и

Таблица 1

Предложения Министерства здравоохранения Республики Беларусь по введению профильных коек в районах

Профиль коек	Обслуживаемое население
Инфекционные	Более 20 тыс.чел
Неврологические	Более 30 тыс.чел
Кардиологические	Более 30 тыс.чел
Травматологические	Более 30 тыс.чел
Реабилитационные	Более 30 тыс.чел
Отоларингологические	Более 40 тыс.чел
Офтальмологические	Более 40 тыс.чел
Урологические	Более 50 тыс.чел
Эндокринологические	Более 50 тыс.чел

Таблица 2
Некоторые показатели кадрового потенциала здравоохранения Республики Беларусь (2012 и 2013 гг.)

Показатель	2012	2013
Специалисты с высшим медицинским образованием	46760	47659
Врачи-специалисты	43288	44048
Укомплектованность врачами	95,9%	95,5%
Специалисты со средним медобразованием	112992	111284
Укомплектованность средним медперсоналом	97,8%	97%
Коэффициент совместительства у врачей	1,4	1,39
Коэффициент совместительства у среднего медперсонала	1,2	1,23

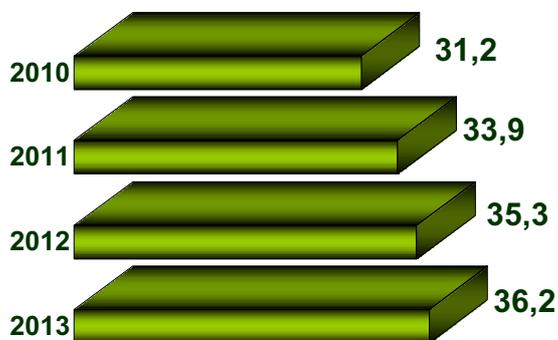


Рис.5. Обеспеченность практикующими врачами (2010–2013 гг.; на 10 тыс. населения)

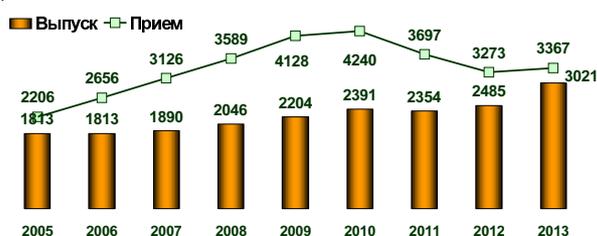


Рис.6. Прием и выпуск из медицинских университетов (2005–2013 гг.; чел.)

стационаров, одновременно уменьшены на 20% нормы времени на проведение функциональных медицинских вмешательств. Сокращены должности административно-управленческих работников (бухгалтеров, экономистов, кадровых работников, инженеров и др.).

Но принятые меры не устраняют имеющихся проблем.

Руководителям организаций здравоохранения необходимо активнее использовать право самостоятельно вводить в штатное расписание должностей

врачей-специалистов в пределах доведенного лимита.

При этом следует учитывать, что, во-первых, наличие врачей-специалистов должно быть обусловлено необходимостью оказания данного вида медицинской помощи.

Во-вторых, стоит проработать вопрос (возможно, как пилотный проект) о переводе ряда врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического звена в состав специализированных стационарных отделений крупных ЦРБ, городских больниц. Это позволит усилить кадровый состав, повысить квалификацию врачей, а также улучшить качество оказания медицинской помощи амбулаторным пациентам.

Руководителям ЦРБ, обслуживающих небольшую численность населения, вместо положенных по штатным нормативам 0,5 или 0,25 ставки того или иного врача-специалиста более рационально подготовить врача общей практики и обеспечить им прием офтальмологических, оториноларингологических, неврологических пациентов. Ведь в структуре первичного приема в основном преобладают обращения, которые требуют применения набора простых манипуляций.

Конечно, ставки можно сократить, но лишь при уверенности, что специалист получит столько, сколько он бы получил на 1,5 или 2 ставки.

Не секрет, что сегодня врачи на бюджетных ставках выполняют платные услуги, поэтому, возможно, надо четко выделить бюджетные и внебюджетные ставки. Но не везде, а там, где есть высокая доля внебюджетных поступлений.

Таким образом, свою потребность в кадрах руководители могут и должны определять, исходя из объема и качества выполняемой работы.

Необходимо пересмотреть штаты санитарно-эпидемиологической службы в связи со значительным улучшением содержания организаций здравоохранения, обновлением ассортимента дезинфицирующих, дезинсекционных и дератизационных средств.

Одной из первоочередных задач, стоящих перед Министерством здравоохранения, является укомплектование имеющихся вакантных должностей медицинских работников. Сегодня сложность этой задачи состоит в том, что сохраняется как естественный (выход на пенсию, смерть, оформление инвалидности и др.), так и миграционный отток медицинских кадров. Рынок труда медицинских работников нашей страны имеет свою специфику. Так, дипломы специалистов с высшим медицинским образованием признаются не только в странах постсоветского пространства, но и в Евросоюзе, что создает предпосылки для оттока

квалифицированных кадров из отрасли. В частности, приграничные области Российской Федерации строят свою кадровую политику, ориентируясь и на привлечение наших специалистов. Поэтому необходимо принять все возможные меры по закреплению кадров в здравоохранении.

В качестве определяющих условий для продолжения работы на первом месте работы выпускники медицинских университетов назвали размер заработной платы, возможность профессионального роста, наличие жилья. Аналогичные ответы получены и по результатам анкетирования уволившихся специалистов. Следовательно, самая действенная мера закрепления медицинских работников на рабочих местах – материальное стимулирование и решение их жилищной проблемы.

Вместе с тем, уровень заработной платы медработников отстает от уровня заработной платы в промышленности (рис. 7).

В 2013 г. среднемесячная заработная плата работников здравоохранения составила 3847,8 тыс. руб., или 67,4% среднемесячной заработной платы в промышленности, в том числе:

медицинских работников с высшим образованием (с учетом работы по совместительству при коэффициенте совместительства 1,4) – 6167,7 тыс. руб.;

медицинских работников со средним специальным медицинским образованием (с учетом работы по совместительству при коэффициенте совместительства 1,2) – 3699,5 тыс. руб.

Что можно сделать для повышения заработной платы медицинским работникам?

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О местном управлении и самоуправлении в Республике Беларусь» местная исполнительная власть может направлять дополнительные средства на повышение оплаты труда медицинских работников. На протяжении последних лет

данные меры принимает Минский горисполком. В 2014 году на эти цели в столице будет направлено 332,0 млрд руб.

Необходимо активизировать данную работу в каждом регионе, в каждой организации здравоохранения. Совместно с местными исполнительными и финансовыми органами изыскивать возможности усиления рационального использования имеющихся бюджетных средств и повышения заработной платы работников. При этом необходимо вести открытый диалог с профессиональным сообществом, руководителями организаций здравоохранения в регионах и населением. Двигаться к созданию эффективно работающей системы следует поэтапно и системно, сохраняя и мотивируя кадры.

В целях сохранения кадрового потенциала отрасли с учетом проведенной в 2013 г. оптимизации штатов Министерством здравоохранения было принято поддержанное Министерством финансов решение при определении объема финансирования исходить из штатной численности учреждения, утвержденной до проведения ее оптимизации (по состоянию на 2013 г.).

Однако не все регионы воспользовались данным правом, а запланировали объем финансирования на оптимизированные штаты, и, тем самым, лишили себя реальной возможности высвободить бюджетные средства и направить их на повышение заработной платы работникам.

Также необходимо обеспечить оптимальное соотношение трудовых затрат и средств, затрачиваемых на оплату труда работников, продолжить работу по совершенствованию нормирования труда, в том числе по адаптации существующих норм труда к используемым современным технологиям и оборудованию.

В настоящее время проводится работа по решению следующих вопросов:

- о принятии фиксированных ставок на налоги на платные услуги;
- о направлении сэкономленных организациями здравоохранения средств на заработную плату;
- о большей финансовой самостоятельности руководителей организаций здравоохранения.

Принципы расширения самостоятельности распорядителей средств в управлении расходами и использовании ресурсов отражены в статье 26 Закона «О республиканском бюджете на 2014 год», в которой закреплена норма, позволяющая направить сэкономленные по бюджетной смете средства (за исключением расходов на оплату коммунальных услуг и капитальных расходов) на повышение оплаты труда.



Рис.7. Среднемесячная заработная плата в здравоохранении, промышленности и средняя по всем видам экономической деятельности (2013 г.; тыс. руб.)

В целях реального направления сэкономленных средств на повышение заработной платы Минздравом проводится работа по подготовке порядка исчисления экономии бюджетных средств с учетом специфики отрасли.

Рабочей группой, в состав которой входили руководящие специалисты Минтруда, Минфина, Минобразования и Минздрава, подготовлен проект постановления Совета Министров, которым определен порядок повышения окладов работников за счет сэкономленных средств.

С целью повышения заинтересованности медицинских работников в конечных результатах своей деятельности необходимо совершенствовать оплату труда медицинских работников в соответствии с качеством оказания медицинской помощи населению.

Передовой опыт стран Евросоюза и наших соседей свидетельствует о повышении мотивации медицинских работников при внедрении в их работу для оценки труда и повышения заработной платы комплексной системы индикаторов качества.

Что касается обеспечения кадров жильем, то, в качестве примера, в июле 2013 г. в Минске было введено в эксплуатацию 9-этажное 3-подъездное здание общежития квартирного типа, результатом чего явился прирост количества врачей в сравнении с началом того же года на 246 чел. Конечно, здесь не все зависит от системы здравоохранения, но следует более активно и настойчиво работать по данному вопросу с местными органами власти, которые также заинтересованы в закреплении кадров.

Стоит также рассмотреть вопрос об увеличении срока обязательной отработки после распределения в организациях здравоохранения для целевиков (на селе – до 3 лет, в городе – до 5 лет).

Результаты анкетирования выпускников медицинских вузов (опрошено 1785 студентов-выпускников четырех медицинских вузов), из которых следует, что 21,6% опрошенных ничего не знают о своих должностных обязанностях на будущем месте работы, треть – не намерены оставаться на своем первом месте работы после истечения обязательного срока отработки, а 16,2% выпускников, еще не приступив к работе, разочаровались в профессии и желают сменить ее (при том, что 56,6% выбрали профессию из-за интереса к ней), позволяют дать некоторые оценки существующей системе подготовки. Необходимо вводить в практику передовые методы и технологии обучения ведущих мировых университетов. Недопустимо, что четверть выпускников медицинских вузов не

знают о своих должностных обязанностях на будущем месте работы.

Во всех без исключения медицинских колледжах отмечается снижение качества подготовки специалистов. Среди существующих проблем отмечаются текучесть преподавательских кадров, низкая укомплектованность ими (69,7% по физическим лицам), большой процент преподавателей без квалификационной категории. Отмечается значительное снижение престижа профессии среднего медицинского работника, в силу чего в отчетном году отмечен недобор абитуриентов в медицинские колледжи.

И эти проблемы (повышение престижа профессии у молодежи, повышение уважительного отношения к должности среднего медработника как у населения, так и со стороны коллег; рост материальной составляющей; повышение эффективности управления кадрами; формирование личностного подхода к каждому медицинскому работнику) необходимо решать комплексно! В ближайшее время необходимо разработать план мероприятий по исправлению ситуации.

С целью улучшения **лекарственного обеспечения** населения в отчетном году разработаны Республиканский формуляр лекарственных средств, новая редакция Перечня основных лекарственных средств.

Оптимизация лекарственного обеспечения осуществлялась путем:

централизации закупок лекарственных средств, что позволяет снижать цены на лекарственные средства, поставляемые для учреждений здравоохранения и льготного обеспечения граждан, и получать экономию за счет снижения ценовых предложений. За 5 последних лет экономия средств при централизованных закупках увеличилась практически в 4 раза (в 2009 г. – 2,21 млн долл. США; в 2013 г. – 8,5 млн долл. США);

развития отечественной фармацевтической промышленности – доля отечественных лекарственных средств в общем объеме лекарственных средств на рынке республики в 2013 г. составила 36,5%, зарегистрировано 103 новых лекарственных средства отечественных производителей, из них 47 – аналоги отечественного производства.

К 2015 году мы должны выйти на запланированный объем увеличения доли белорусских лекарств в общем объеме их реализации до 50% (рис. 8).

Поэтому, основной задачей фармацевтической промышленности остается наращивание объемов

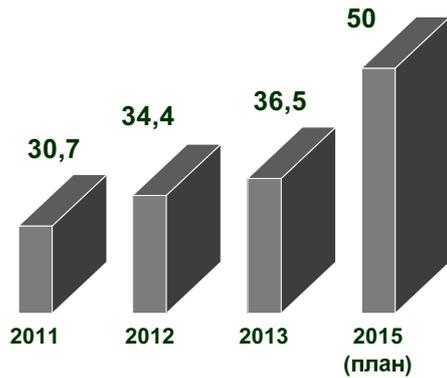


Рис.8. Удельный вес отечественных лекарственных средств в общем объеме закупок (2011, 2012, 2013, 2015 гг.)

производства и реализации отечественных лекарственных средств на внутреннем и внешнем рынках, расширение ассортимента выпускаемой продукции, обеспечение населения республики доступными и качественными лекарственными средствами.

В текущем году необходимо разработать **Республиканский формуляр медицинских изделий**, который позволит упорядочить и оптимизировать закупки медицинских изделий, удовлетворяющих требованиям безопасности, качества, эффективности и наиболее экономически выгодных при использовании бюджетных средств,

В 2013 г. было обеспечено стабильное функционирование отрасли. **Финансирование** было определено в размере 4,04% процента ВВП, что соответствует пороговому значению индикатора социальной безопасности республики. Доля внебюджетных средств к общему объему финансирования расходов на здравоохранение (консолидированный бюджет) составила 10,0% против 9,8% в 2012 г.

Сэкономленные в течение года средства перераспределялись организациями в первую очередь на первоочередные расходы, значительная часть сэкономленных средств была направлена в финансовый резерв.

В 2014 г. в соответствии с поручениями Главы государства и Правительства Республики Беларусь будет продолжена работа по **оптимизации сети бюджетных организаций здравоохранения**, их штатной численности и выполняемых ими функций. Подготовлен для согласования и утверждения План оптимизации отрасли.

Расходы на здравоохранение системы Минздрава на 2014 г. определены в сумме 27,8 триллионов рублей.

Данный объем расходов является минимальным для обеспечения бесперебойной работы орга-

низаций здравоохранения и выполнения мероприятий государственных программ. Поэтому особую важность приобретает рациональное использование имеющихся ресурсов.

Как бы мы себя не оценивали, главное – это оценка потребителя наших услуг, то есть пациентов. В 2013 году отмечено увеличение на 4,1% числа **обращений граждан и юридических лиц** по сравнению с 2012 годом. При этом увеличилось количество обращений о недостатках в организации работы и лечении пациентов и в поликлиниках, и в стационарах.

Эту проблему необходимо рассматривать с двух сторон.

Во-первых, врачебная специальность предполагает коллективный труд, и от взаимоотношений в коллективе, включая отношения руководитель – подчиненный, врач – медицинская сестра, коллектив в целом, зависит психологический климат, желание каждого сотрудника качественно выполнить свои функции, функции взаимозаменяемости и, в конечном итоге, удовлетворить потребности населения в медицинской помощи. Медицинская деонтология – это не только наука о высоком профессиональном долге медицинского работника по отношению к пациенту, но и личность медицинского работника, основные черты которой могут и должны быть важным лечебным фактором в стенах медицинского учреждения. Причем личные черты медработника – это не наследственные, а приобретенные путем длительной терпеливой воспитательной работы.

Во-вторых, недопустимы грубость, равнодушие, невнимательность со стороны отдельных работников по отношению к пациентам, их родственникам. Ведь часто жалоба обусловлена лишь нежеланием уделить время на элементарное объяснение состояния пациента и действий медработников.

Медицинскому работнику при любых обстоятельствах необходимо стремиться быть доброжелательным к пациентам, их родственникам, своим коллегам. Мы обладаем теми знаниями, которые позволяют найти подход к каждому пациенту. Давайте применять свои знания на практике.

Этот вопрос настолько важен, что нашел отражение в проекте закона «О здравоохранении», где внесены статьи не только о правах, но и об обязанностях пациента, а также прописано понятие «страхование профессиональной ошибки».

Повседневная работа врача на принципах профессионализма, ответственности, честности позволит достойно ответить на вызовы современно-

сти и укрепить главное достояние – здоровье наших граждан.

В текущем году каждый из нас должен проявить деловую активность и инициативу. На нас лежит большая ответственность за устойчивое функционирование здравоохранения, и мы обладаем достаточными знаниями и энергией для решения поставленных перед отраслью задач.

Работать надо так, чтобы никто не смог нас упрекнуть в некомпетентности, инертности и нечуткости по отношению к пациентам.

В 2014 году необходимо:

стабилизировать положительную динамику основных медико-демографических показателей;

повысить эффективность функционирования системы здравоохранения;

совершенствовать медицинское образование, науку и информационные технологии в области охраны здоровья;

усилить межведомственное взаимодействие и международное сотрудничество по вопросам охраны здоровья населения и популяризации идей и навыков ЗОЖ;

обеспечить безусловное выполнение поручений Президента Республики Беларусь и Правительства;

обеспечить население качественными, безопасными и эффективными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями;

обеспечить действенный контроль за использованием всех видов ресурсов;

завершить подготовку основополагающих законов («О здравоохранении»; «О донорстве крови и ее компонентов»; «О санитарно-эпидемиологическом благополучии»; «О лекарственных средствах»).

ON OVERALL RESULTS IN THE WORK OF HEALTH CARE INSTITUTIONS IN 2013 AND MAIN DIRECTIONS OF ACTIVITIES FOR 2014 (a report during the concluding collegium of the Ministry of Health, held on January 29, 2014)

V.I.Zharko

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

Achievements of health professionals in 2013, positive dynamics of major health and demographic indicators (reducing total mortality rate to 13.3 per 1000 population, decreasing the number of deaths from neoplasms by 2.6%, from external causes - by 10.6%, from the diseases of digestive system - by 4.1%, from the diseases of the respiratory system - by 6.5%, increase in life expectancy at birth to 72.2 years and in birth rate to 12.5 per 1000 population; lowering natural population decrease to 0.8 per 1000 population, infant mortality rate to 3.4‰, perinatal mortality rate - to 3.3 per 1000 live births, child mortality rate - to 45.4 per 100000 child population) were highlighted. It was emphasized that tasks related to decreasing the burden of the main socially significant non-infectious diseases, and promoting healthy lifestyle are the basic areas in the strategic development of the national health care. There is a need to elaborate issues on structural optimization (re-profiling and reducing the number of hospital beds used inefficiently; network reorganization; revision of health care institutions staffing). Measures to improve the organization of medical care to the population, implemented in 2013, were characterized and new objectives for the work of the health care system in 2014 were formulated.