
В Министерстве здравоохранения Республики Беларусь

ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ ОРГАНОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В 2011 ГОДУ И ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА 2012 ГОД

В.И. Жарко

Министр здравоохранения Республики Беларусь
(доклад на итоговой коллегии Министерства здравоохранения 29 февраля 2012 г. *)

2011 год явился стартом новой пятилетки и придал новый импульс развитию здравоохранения. Если на предыдущих этапах развития современного здравоохранения главными были модернизация отрасли и наращивание потенциала, то, начиная с 2011 года, приступили к выполнению гораздо более масштабной задачи – сделать решительный рывок в одной из ведущих отраслей, определяющих социально-экономическое развитие страны, чтобы в ближайшие годы выйти на уровень передовых стран.

Основные движущие силы этого рывка – предприимчивость, активность и инициатива. В Год предприимчивости в Республике Беларусь при непосредственном участии Главы государства и Правительства были созданы благоприятные условия для развития в коллективах деловой активности и инициативы.

Несмотря на сложность экономической ситуации, предпринятые Правительством меры по стабилизации экономики в 2011 году обеспечили устойчивое финансирование отрасли. В целом расходы на здравоохранение составили более 9,8 трлн руб., в том числе за счет местных бюджетов около 8,5 трлн руб. Мероприятия всех государственных программ профинансированы в полном объеме.

Работа органов и учреждений здравоохранения была направлена на дальнейшее повышение эффективности функционирования отрасли, а в ко-

нечном итоге – на улучшение качества, доступности медицинской помощи населению и улучшение показателей состояния здоровья населения. Благодаря слаженной работе всех звеньев системы здравоохранения осталась управляемой, целостной и стабильной, что позволило добиться положительных результатов практически по всем аспектам деятельности: снижены показатели младенческой, общей смертности, выполнены прогнозные социально-экономические показатели, все социальные минимальные стандарты, улучшены 25 из 30 показателей Модели конечных результатов.

Продолжилась масштабная модернизация материально-технической базы организаций здравоохранения. Введено в эксплуатацию 26 объектов, в том числе завершено в установленные сроки строительство студенческого жилого комплекса в г. Минске, библиотеки Витебского государственного медицинского университета, корпуса для содержания лиц, находящихся под усиленным наблюдением, в РНПЦ психического здоровья.

В рамках выполняемых государственных программ было продолжено переоснащение организаций здравоохранения на всех уровнях медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения на сумму 967 млрд руб., в том числе изделий отечественного производства закуплено на сумму 134 млрд руб.

* Печатается в сокращении

Совершенствование материально-технической базы и адекватность принимаемых организационных мер позволили регионам выполнить утвержденные Территориальные программы.

В 2011 году начался реальный процесс по изменению **принципов государственного управления и развития фармацевтической отрасли**. С данной целью Указом Главы государства сформирован Департамент фармацевтической промышленности Министерства здравоохранения, в ведении которого находятся 25 фармацевтических предприятий, из них 6 – с государственной долей собственности.

В целом, несмотря на изменения валютного курса, удельный вес отечественных лекарственных средств в общем объеме закупок увеличился и составил 23,8% против 22,8% в 2010 г. При этом осуществлялся постоянный мониторинг цен на лекарства с контролем их ассортимента в розничной аптечной сети всех видов собственности, и каких-либо значимых перебоев в поставках лекарственных средств в течение года не было.

Компенсацией снижения доходов медицинских работников было увеличение в 2011 году по сравнению с 2010 годом **средней заработной платы** врачей в 1,56 и средних медицинских работников в 1,61 раз (рис. 1).

С 1 января 2012 г. Указом Президента Республики Беларусь установлены дифференцированные повышения тарифных окладов в размере 130–160 процентов медицинским сестрам, участвующим в осуществлении высокотехнологичных и сложных медицинских вмешательств, выполнении анестезиологического пособия при их осуществлении и проведении интенсивной терапии.

В соответствии с решением итоговой коллегии 2010 года, продолжилось **развитие высокотехнологичной медицинской помощи** не только в республиканских центрах, но и в регионах (рис. 2–5)

В 2011 году проведено около 9 тыс. кардиохирургических вмешательств (из них 65% вы-

полнено в кардиохирургических отделениях областей и г. Минска); более 5 тыс. операций по эндопротезированию крупных суставов, которые также выполняются во всех областных центрах и на межрайонном уровне; около 200 высокотехнологичных эндоваскулярных и стереотаксических вмешательств пациентам с нейрохирургической патологией. Значительно возросло количество трансплантаций, в том числе в г. Бресте. По органным трансплантациям в расчете на одного жителя белорусские медики существенно опередили коллег из всех стран СНГ, приблизившись к среднеевропейским показателям.

Развитие высокотехнологичной медицинской помощи в различных областях медицины способствовало созданию положительного имиджа Республики Беларусь в мировом медицинском сообществе.

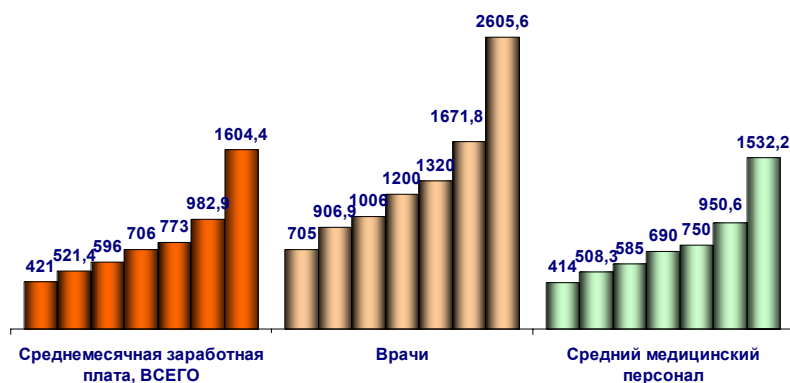


Рис. 1. Среднемесячная заработная плата медицинских работников (2005–2011 гг.; тыс. руб.)



Рис. 2. Структура кардиохирургических вмешательств в 2011 г. и общее число кардиохирургических вмешательств, осуществленных в Республике Беларусь в 2006–2011 гг.



Рис.3. Число эндопротезирований крупных суставов в Республике Беларусь

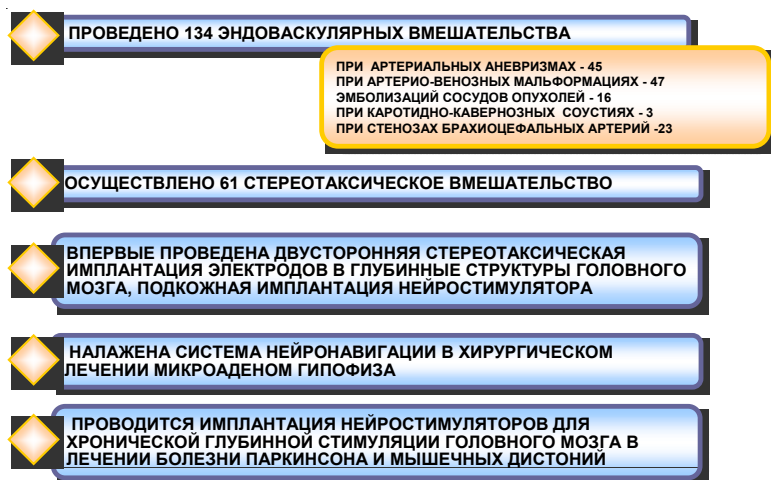


Рис. 4. Высокотехнологичная медицинская помощь пациентам с нейрохирургической патологией в Республике Беларусь в 2011 г.



Рис. 5. Трансплантологическая помощь в Республике Беларусь (2006–2011 гг.)

Значительные успехи были достигнуты в области **охраны материнства и детства**. Постоянное совершенствование данного направления позволило снизить младенческую смертность до 3,9 промилле и занять лидирующие мировые позиции (рис. 6), детскую смертность до 49,7 на 100 тыс. детского населения по сравнению с 54,9 в 2010 году, стабилизировать материнскую смертность на уровне 0,9 на 100 тыс. живорожденных, внедрить новые методы диагностики и лечения женского и мужского бесплодия, увеличить число вспомогательных репродуктивных технологий, организовать на высоком уровне профилактическую работу. В республике начато создание системы льготного кредитования для проведения ЭКО.

Принятые меры по увеличению внебюджетного финансирования здравоохранения позволили увеличить в 2011 году его долю к общему объему финансирования расходов на здравоохранение до 9,7% против 9,2% в 2010 году, в том числе доля внебюджетных средств к финансированию на здравоохранение за счет средств республиканского бюджета составила 14,7% (в 2010 году – 11,3%).

Платные медицинские услуги составили почти 780 млрд руб., их необходимо развивать, но, в то же время, здравоохранение не должно превращаться в платное, необходимо оказывать гарантированную медицинскую помощь пациентам на бюджетной основе.

В 2011 году в государственных организациях здравоохранения была оказана медицинская помощь 115,5 тыс. иностранных граждан из ближнего и дальнего зарубежья на сумму более 9 млн долл. США, что в 1,5 раза превышает показатели 2010 года. Поло-

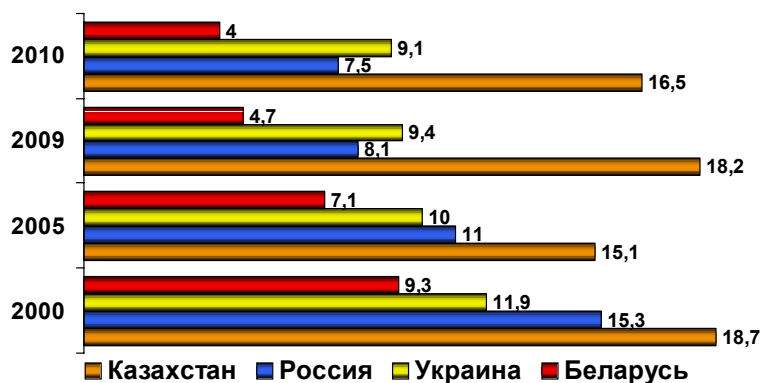


Рис. 6. Младенческая смертность в Республике Беларусь, Украине, России и Казахстане (2000, 2005, 2009, 2010 гг.; на 1000 детей, рожденных живыми)

жительное сальдо внешней торговли услугами составило 21,4 млн долл. США при плане 17,0 млн долларов США (рис. 7).

Более того, белорусские специалисты широко оказывают помощь с выездом в зарубежные страны – Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан и др.

Во время проведения II Евразийского конгресса кардиологов труд отечественных медиков был высоко оценен Президентом Республики Беларусь. Отзывы многочисленных зарубежных специалистов, посетивших наши организации здравоохранения в ходе Конгресса, VI съезда онкологов и IX съезда детских врачей свидетельствуют о правиль-

ности выбранной стратегии и динамичности развития отрасли.

Министерством здравоохранения проводилась целенаправленная работа по совершенствованию управления **медицинской наукой**, улучшению качества и результативности инноваций, достижению конкретных задач практического здравоохранения (рис. 8). В 2011 году было получено 750 национальных патентов на изобретение и свидетельств на рацпредложение, что значительно выше уровня 2010 года.

Труд врачей и ученых получил высокую оценку: коллективу авторов РНПЦ травматологии и ортопедии присуждена Государственная премия Республики Беларусь в области науки и техники; 35 работников здравоохранения награждены государственными наградами, 20 талантливым молодым ученым назначены стипендии Президента Республики Беларусь. Лауреатами премии Национальной академии наук Беларуси стали 14 человек, из них 2 студента. Двум работникам присвоено почетное звание «Заслуженный врач Республики Беларусь».

Стремительное развитие медицинской науки и новых технологий требует изменения **подготов-**

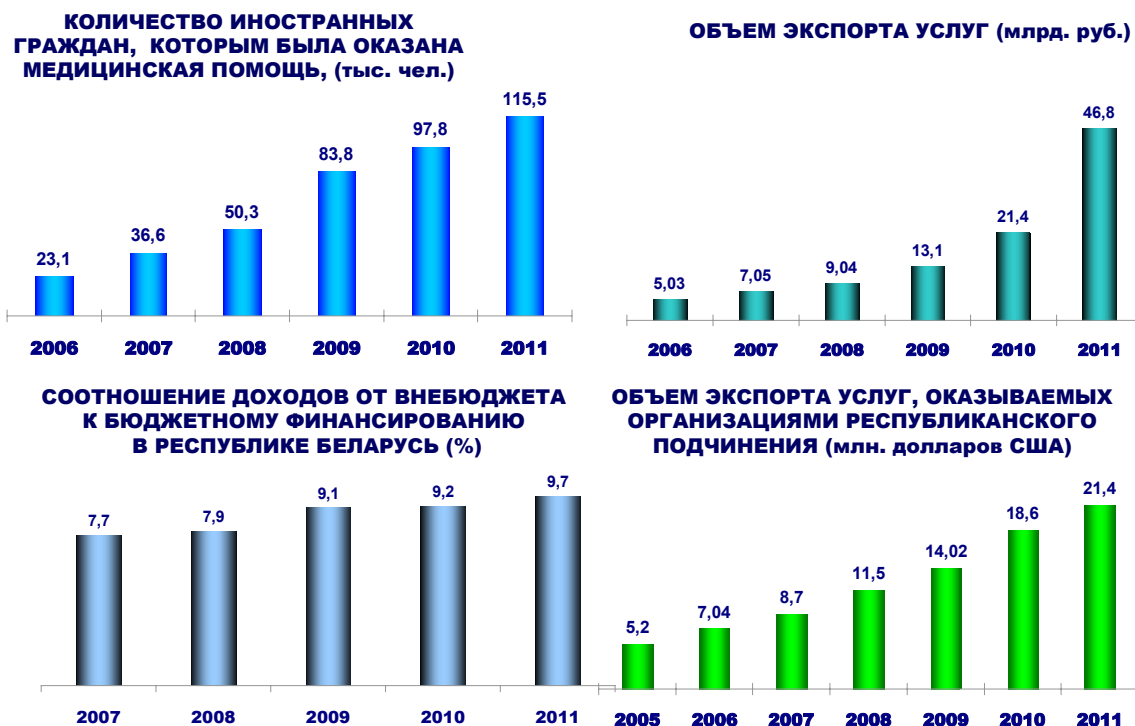


Рис. 7. Некоторые показатели внешнебюджетной деятельности (2005–2011 гг.)

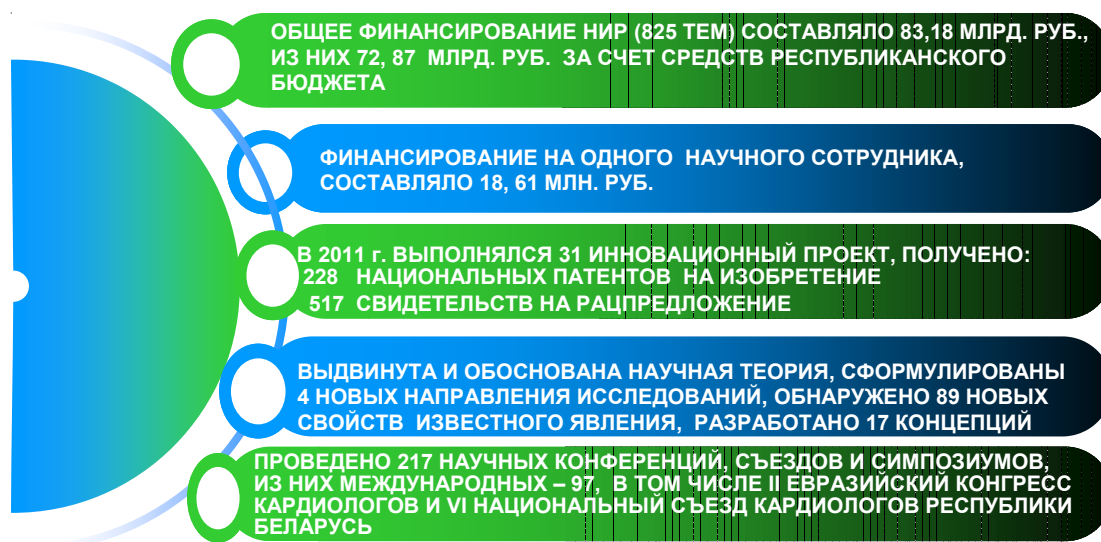


Рис. 8. Финансирование и некоторые результаты медицинской науки в 2011 г.

ки кадров, способных работать в современных условиях. Приоритетом в работе учреждений образования осталась подготовка высококвалифицированных, владеющих новыми технологиями, специалистов (рис. 9). В медицинских учреждениях образования в настоящее время обучаются более 20 тыс. студентов, из них 2 тыс. иностранных граждан, что свидетельствует о высоком качестве получаемого в Беларуси высшего медицинского и фармацевтического образования. В структуре экспорта объем услуг в области медицинского образования в 2011 году составил 9 млн долл. с темпом роста 130%, 40% экспорта образовательных услуг в стране оказывают медицинские вузы. В 2012 году необходимо проработать вопрос об открытии филиала БГМУ в Индии или Шри-Ланке.

В целом, в организациях системы Министерства работает более 45 тыс. врачей и 108 тыс. спе-

циалистов со средним специальным медицинским образованием. В 2011 году в организации здравоохранения для работы врачами распределено более 2 тыс. выпускников. Обеспеченность населения республики практикующими специалистами составила 30,5 на 10 тыс. населения, что сопоставимо со странами Европейского региона и странами СНГ (31,5 и 37,7 соответственно). Увеличилось число средних медицинских работников, составив 114,5 на 10 тыс. населения, что в 1,4 раза выше, чем в странах СНГ и ЕС (79,8 и 82,4 соответственно).

Проведенные в 2011 году мероприятия по передаче ведомственных систем здравоохранения в ведение Министерства здравоохранения позволят перераспределить имеющиеся ресурсы в соответствии с реальными потребностями населения и возможностями отрасли. Кроме этого, в 2012 г. в систему Министерства здравоохранения будут



Рис. 9. Обеспеченность медицинскими кадрами

переданы медицинские работники Министерства образования.

Начата масштабная работа по формированию у населения мотивации на здоровый образ жизни, воспитание личной ответственности за собственное здоровье. Кроме просветительской деятельности, в 2011 году 860 школ здоровья в организациях здравоохранения республики провели около 100 тыс. занятий по профилактике социально значимых заболеваний.

Вместе с тем, негативные тенденции в состоянии здоровья населения, в том числе связанные с отсутствием здоровьесохраняющего поведения у подавляющего числа граждан, обуславливают рост нагрузки на систему здравоохранения.

К сожалению, следует констатировать отсутствие должного профессионализма и требовательности управленческих кадров системы здравоохранения в части организации, контроля и исполнения принимаемых решений. Зачастую и органы местной власти не воспринимают задачи здравоохранения как задачи первостепенной важности. Медико-экономическая модель системы здравоохранения требует своего совершенствования, в том числе путем развития межотраслевого взаимодействия.

Во главу работы всей системы здравоохранения, каждого специалиста, каждой организации здравоохранения в 2012 году должен быть положен единый принцип – забота о человеке, укреплении его здоровья и увеличении продолжительности жизни.

Будет сохранен приоритет развития службы охраны материнства и детства. Достигнутыми показателями в службе нужно гордиться. Вместе с тем, необходимо оперативно реагировать на рост ранней инвалидности как неизбежную плату за высокий уровень развития неонатологии. Несмотря на принимаемые в течение последних лет меры, не удалось добиться положительной динамики по младенческой смертности в Гомельской области.

Также тревожит медленная динамика снижения младенческой смертности на дому от всех причин, которая составила 1,4%. В 2011 г. на дому умерло 97 детей.

И хотя показатель смертности детей от несча-

стных случаев, травм и отравлений за 2011 год снизился, в результате несчастных случаев за год умерло 243 ребенка (в 2010 г.– 354 ребенка).

Чтобы изменить ситуацию, необходимо активизировать работу с молодыми родителями, сделать особый акцент на профилактике детского бытового травматизма, навыках ухода за новорожденным ребенком на уровне амбулаторно-поликлинического звена, начиная с женской консультации.

В республике снизился в сравнении с 2010 годом, но остается высоким уровень заболеваемости беременных женщин.

Кроме этого, увеличилась первичная и общая заболеваемость детей, прежде всего, традиционно «школьными» болезнями, что требует солидарной ответственности и Министерства образования.

Проведенные совместно с заинтересованными мероприятия по профилактике детского травматизма позволили на 33,9% снизить показатель детской смертности от данного класса причин, однако несоизмеримо высока цифра потерь детей от внешних причин.

Таким образом, **в 2012 г. служба охраны материнства и детства должна обеспечить:**

- стабилизацию показателя младенческой смертности на уровне 3,9 промилле и последовательное снижение детской смертности и инвалидности;
- улучшение показателей здоровья детей и подростков школьного возраста;
- доступность ЭКО для белорусских семей и в целом преодоление проблемы заболеваемости беременных женщин.

Проведенный анализ состояния здоровья населения свидетельствует, что показатели заболеваемости и смертности, несмотря на положительные тенденции, остаются неблагоприятными как по уровню, так и по структуре (рис. 10).

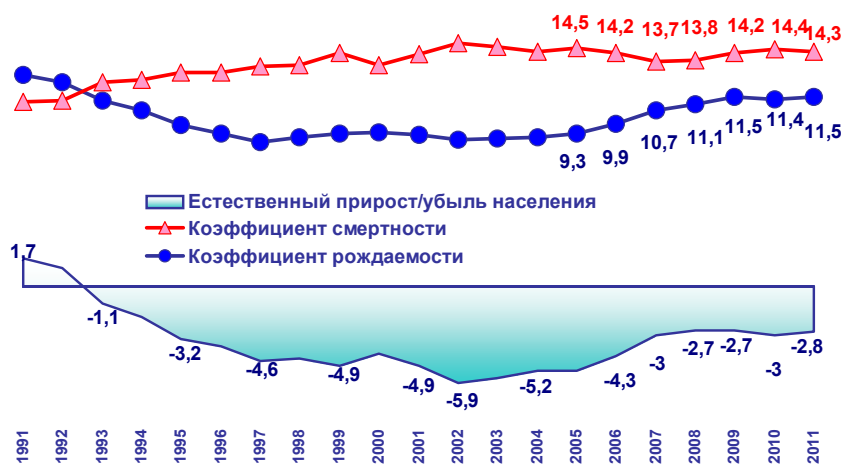


Рис. 10. Рождаемость, смертность и естественный прирост населения в Республике Беларусь (1991–2011 гг.)

Показатель смертности за отчетный год составил 14,3 умерших на 1000 населения (2010 г. – 14,4). В сравнении с 2010 г. наблюдается снижение числа случаев смерти от всех причин на 1,6% и рост на 16% числа случаев смерти, причиной которых указана старость.

Естественная убыль населения по сравнению с 2010 годом уменьшилась на 3,3 тыс. человек и составила -2,8‰ (в 2010 году – -3,0‰).

Структура смертности практически не претерпела существенных изменений: на первом месте БСК (51,9%), на втором – новообразования (13,4%), на третьем – внешние причины (9,9%) (рис. 11).

В 2011 году на 5,3% уменьшилось количество смертей от БСК, на 12,5% – от болезней органов дыхания, на 6,5% – от внешних причин (в том числе от случайных отравлений алкоголем – на 3,5%), на 1,8% – от новообразований; на 9,6% – от болезней мочеполовой системы.

При этом зафиксирован самый минимальный уровень суицидов с 1990 года.

Однако принятые меры не позволили снизить смертность в трудоспособном возрасте, показатель увеличился до 5,57‰ вместо целевого 5,4‰.

Следует отметить, что и в данной возрастной группе непосредственной причиной увеличения смертности были заболевания, связанные с чрезмерным потреблением алкоголя. Среди болезней органов пищеварения цирроз печени и панкреатиты составили более 85%.

Чрезмерное потребление алкоголя, особенно трудоспособными людьми, а в 2011 г. на человека пришлось 13,4 л абсолютного алкоголя в сравнении с 12,4 л в 2010 г., является актуальнейшей проблемой общества. Рост потребления зарегистрирован во всех областях и г. Минске. Министерство здравоохранения неоднократно обращало внимание на высокий уровень смертности от причин, связанных с пьянством, однако не все инициативы до настоящего времени реализованы.

Причиной роста смертности лиц трудоспособного возраста от инфекционных заболеваний явились туберкулез (60,0%) и ВИЧ-инфекция (30%). Несмотря на тенденцию к уменьшению заболеваемости и смертности от туберкулеза в 2011 году,

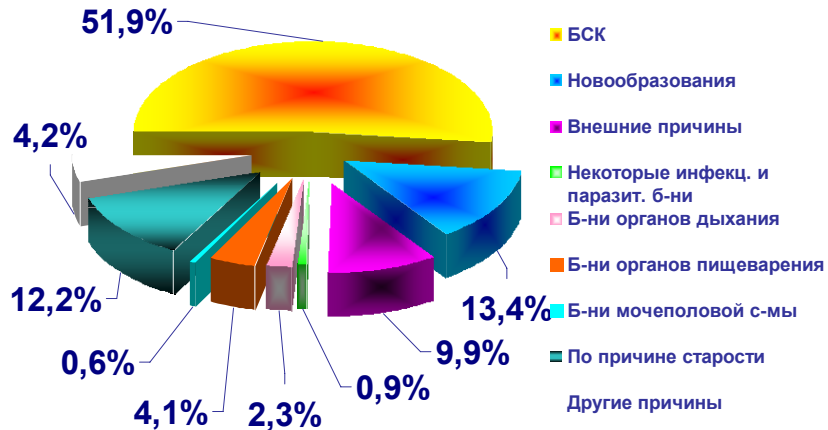


Рис. 11. Структура причин смертности (2011 г., в процентах)

лекарственно-устойчивые формы туберкулеза и ВИЧ-ассоциированный туберкулез у молодых лиц групп социального риска представляют большую сложность в лечении и часто приводят к смертельному исходу из-за низкой приверженности к лечению (рис. 12–14).

При снижении смертности от внешних причин, число погибших в ДТП выросло на 1,2% в срав-

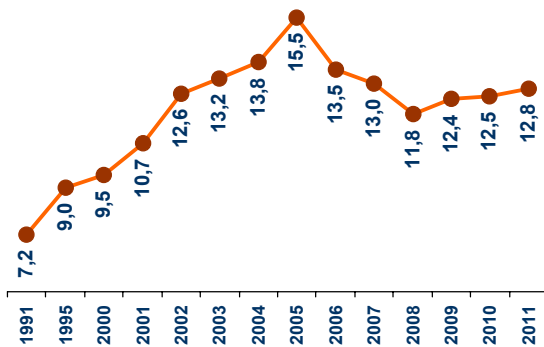


Рис. 12. Смертность от инфекционных и паразитарных болезней (на 100 тыс. населения)

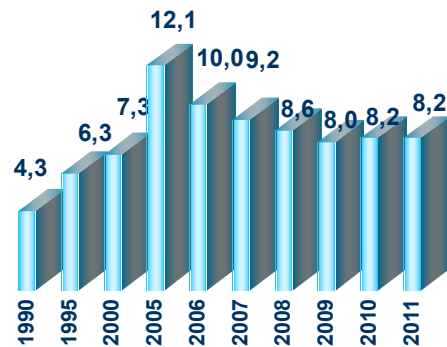


Рис. 13. Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)

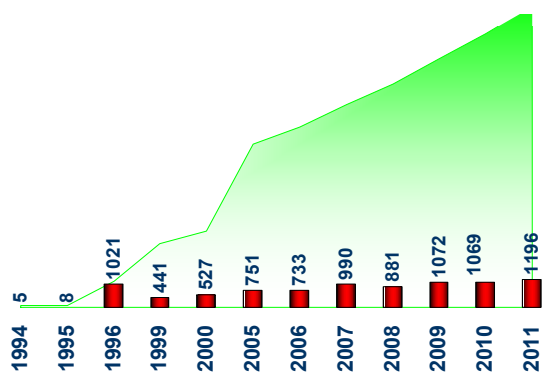


Рис. 14. Число случаев ВИЧ-инфекции

нении с 2010 годом и составило 1490 чел. Необходимо в оптимальные сроки внедрить во всех регионах автоматизированную информационно-аналитическую систему «Травма» и разобраться в ситуации с участием МВД и других заинтересованных.

Рост смертности от болезней системы кровообращения на 2,3%, в том числе от цереброваскулярных болезней, в большой степени обусловлен низким уровнем приверженности лиц трудоспособного населения к сохранению своего здоровья, выполнению рекомендаций медицинских работников, а также к устранению имеющихся факторов риска (рис. 15). Не во всех регионах республики выполняется утвержденный алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с ост-

рым коронарным синдромом и нарушением мозгового кровообращения.

Изменение медико-демографической ситуации возможно только при условии эффективной работы всех звеньев здравоохранения, основным из которых является **первичная медицинская помощь**.

В условиях перехода к модели здравоохранения с приоритетным развитием первичной медицинской помощи, в отчетном периоде на данное направление было направлено около 38% финансовых средств. Укомплектование врачами сельских организаций здравоохранения, введение помощника врача способствовало дальнейшему развитию общей врачебной практики и значительно расширило функции средних медицинских работников, уменьшило нагрузку на участкового врача.

С целью улучшения доступности медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, была разрешена выписка льготных рецептов хроническим больным сроком до 6 месяцев, выдача больничных листов по временной нетрудоспособности одновременно до 6 дней, регламентировано оказание паллиативной помощи, оптимизирована работа заведующих отделениями, доврачебных кабинетов поликлиник и др.

Принятые меры позволили активизировать работу по дальнейшему совершенствованию стационарзамещающих технологий – в дневных стационарах республики пролечено 515 тыс. пациентов.

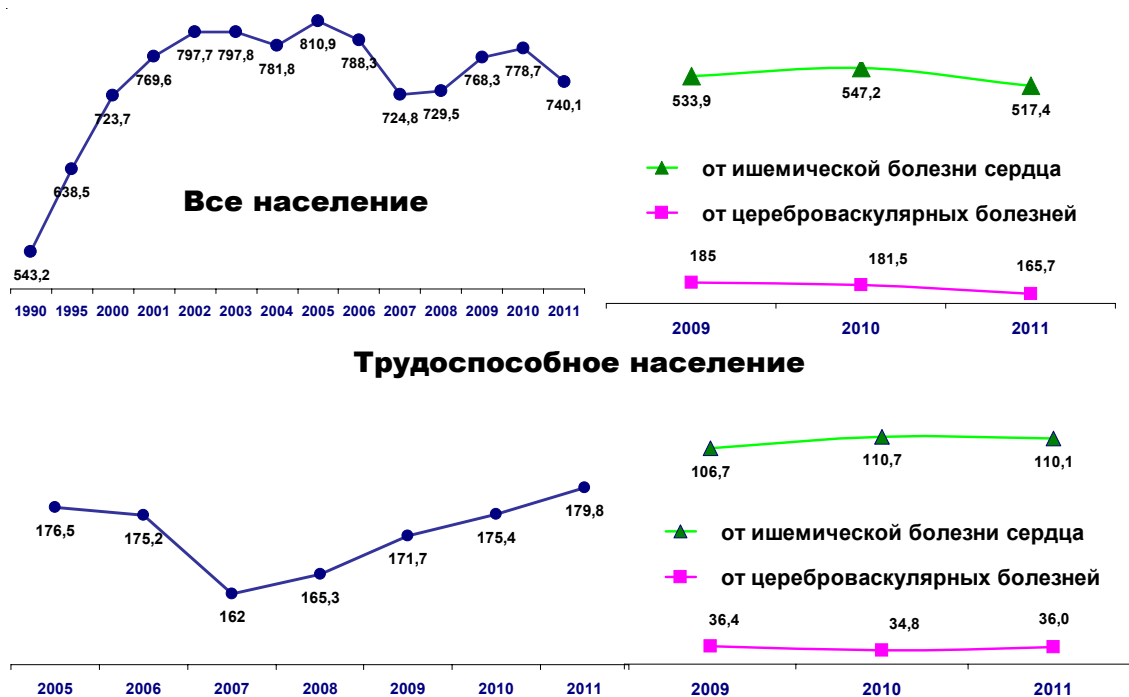


Рис. 15. Смертность от болезней системы кровообращения

По результатам работы, в 2011 году число посещений амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения составило 13,2 на одного жителя в год, что в 2,2 раза превышает аналогичный показатель в странах ЕС и в 1,6 раз – показатель в странах СНГ (6,2 и 8,6 соответственно) и свидетельствует как о высоком уровне доступности, так и недостатках планирования (рис. 16).

Участковой службой в 2011 году охвачено диспансерными осмотрами почти 99% трудоспособного населения. Вместе с тем, диспансеризация проводится формально, ради цифр, что подтверждается ростом смертности трудоспособного населения, и причины формализма кроются в недостаточной организации работы участкового врача и медицинской сестры, низком качестве дальнейшего диспансерного наблюдения.

Кроме этого, до настоящего времени не во всех районах республики внедрен опыт организации первичной медицинской помощи Минской области, представленный на республиканском семинаре в г. Солигорске.

Разбор смертности населения в трудоспособном возрасте, в нарушение приказа Минздрава, в основном проводится без выявления причин и принятия адекватных мер, что подтверждается при выездах в регионы.

Следует отметить отсутствие системного подхода к решению вопросов предотвратимости смертности населения трудоспособного возраста, недостаточную работу с населением и общественными организациями по вопросам профилактики и пропаганды ЗОЖ.

Работники отрасли сами не стали в должной мере проводниками приверженности к здоровью. Сколько медицинских работников курит!

Таким образом, анализ медико-демографических показателей здоровья населения республики свидетельствует о недостаточно эффективном использовании на местах имеющегося потенциала системы здравоохранения – кадров, новых тех-

нологий, материально-технической базы и созданных условий для продуктивной работы специалистов.

Необходимо пересмотреть функции заведующих отделениями в поликлиниках, уменьшить документооборот, на что неоднократно указывалось в 2011 году. Министерством здравоохранения приняты исчерпывающие меры по его уменьшению и упрощению. Участковым врачам и врачам-специалистам поликлиник необходимо делегировать больше прав и обязанностей.

Пора прекратить ненужный контроль за их работой, вместо этого потребовать результат их деятельности и усилить профилактическую направленность в работе.

С целью приоритетного развития первичной медицинской помощи, необходимо в 2012 году довести до 40% объем финансовых ресурсов на эту сферу, заполнить под личную ответственность начальников управлений здравоохранения все вакансии в сельской местности, совместно с местными органами власти провести работу по выделению жилья, продолжить развитие общей врачебной практики и подготовку помощника врача, усовершенствовать материальное стимулирование медицинских работников и решить проблему с очередями в поликлиниках (рис. 17).

Наряду со стационарозамещающими технологиями, особое внимание будет уделяться вопросам преемственности с госпитальным звеном.

Развитие **специализированных видов медицинской помощи** будет осуществляться по приоритетным направлениям, в рамках утвержденных планов мероприятий Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы, государственных программ по кардиологии, онкологии и др.

В республиканских научно-практических центрах и на местах будет продолжено внедрение высокотехнологичных и сложных вмешательств, эффективных (в соответствии с принципами до-

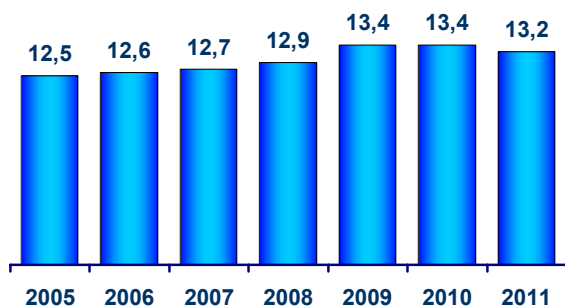


Рис. 16. Число посещений амбулаторно-поликлинических организаций (в год на одного жителя)

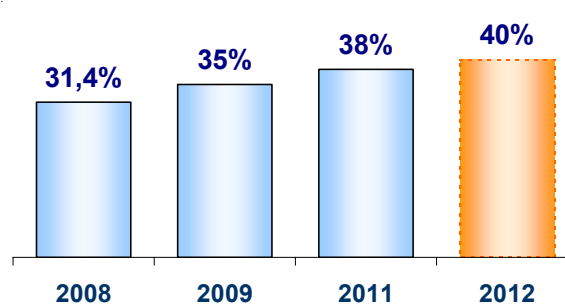


Рис. 17. Финансирование амбулаторно-поликлинических организаций (в процентах к общему объему финансирования)

казательной медицины) методов диагностики, лечения и реабилитации и при оптимальных показателях работы койки в год (которая работает по республике только 326 дней при оптимальном показателе в 340).

Министерство здравоохранения считает необходимым:

в кардиологии и кардиохирургии – разработать новые алгоритмы и клинические протоколы лечения пациентов со сложной и сочетанной сердечно-сосудистой патологией, продолжить развитие интервенционной кардиологии, аритмологии и сосудистой хирургии (при этом в Минске в настоящее время пациентам с острым коронарным синдромом коронароангиография выполняется только в 30% случаев, и из них лишь в 27% проводится стентирование. А что тогда говорить о других регионах, если количество кардиохирургических операций в некоторых областных центрах без учета коронарографий мизерное и проводится, в основном, специалистами РНПЦ? Следует отметить слабую работу кардиохирургической службы в целом);

в онкологии – организовать проведение в регионах скрининга рака шейки матки, молочной и предстательной железы, толстого кишечника, внедрение новых технологий раннего выявления онкологических заболеваний и современных органосохраняющих оперативных вмешательств;

в травматологии и ортопедии – разработать и внедрить современные малоинвазивные методы хирургического лечения повреждений и переломов костей и позвоночника с (и без) повреждениями спинного мозга, заболеваний суставов;

в неврологии и нейрохирургии – внедрить новые методы лечения заболеваний центральной и периферической нервной системы с использованием клеточных биотехнологий в лечении демиелинизирующих заболеваний; эндоваскулярных оперативных вмешательств и стереотаксиса (несмотря на наличие возможности, недостаточно активно внедряется тромболитическая терапия при нарушении мозгового кровообращения в Гомельской, Могилевской и Минской областях. В связи с этим, после введения в строй нового корпуса РНПЦ неврологии и нейрохирургии от отечественных нейрохирургов требуется более эффективная работа и координирующая роль в рамках страны);

в офтальмологии – продолжить и шире развивать использование микрохирургических и лазерных методов лечения глаукомы и катаракты как самых распространенных заболеваний глаза, ретинопатий новорожденных и диабетических ретинопатий у взрослых (при этом следует отме-

тить пассивность республиканского офтальмологического центра и областных больниц (после кардинального переоснащения!) по развитию экспорта).

Особое внимание будет уделено оснащению поликлиник, диагностических центров, стационаров, службы скорой медицинской помощи медицинским оборудованием для ранней диагностики и лечения, качеству подготовки специалистов, а также внедрению современных методов лечения пациентов с сахарным диабетом, ревматоидным артритом, остеопорозом и другими социально значимыми заболеваниями.

При этом в регионах, за исключением Минска и Витебской области, не уделяют должного внимания оснащению экстренной медицинской службы, в особенности, современными реанимобилями.

Реализация указанных направлений позволит достигнуть в 2012 г.:

снижения коэффициента общей смертности до 13,9‰, и смертности трудоспособного населения до 5,3‰;

снижения смертности от острого инфаркта миокарда до 17,0‰;

увеличения показателя 5-летней выживаемости онкологических пациентов до 55%;

ликвидации очередности на высокотехнологичные вмешательства и увеличения их выполнения на областном уровне.

Качество жизни пациентов с хроническими заболеваниями определяется также уровнем реабилитационных мероприятий и своевременностью их проведения. Благодаря мерам, принятым **службой медицинской экспертизы и реабилитации** в регионах, тяжесть первичной инвалидности населения трудоспособного возраста снизилась с 61,3% в 2010 году до 57,3% в 2011 году. Достижению этого результата способствовали открытые в течение года в регионах центры медицинской реабилитации. При этом в Брестской, Гродненской и Минской областях нет должной оперативности по данному вопросу, и в 2012 г. требуется завершить создание в данных регионах больниц медицинской реабилитации.

Кроме этого, необходимо:

усовершенствовать работу территориальных МРЭК по формированию ими мероприятий индивидуальных программ реабилитации с учетом реальных возможностей инвалидов и ситуации на рынке труда;

приступить к разработке научно обоснованных подходов к переходу на Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья;

внести системные предложения как по порядку выдачи больничного листа, так и по изменению порядка оплаты случая временной нетрудоспособности;

создать регистр инвалидов.

В 2012 г. будет продолжена **информатизация системы здравоохранения** по следующим основным направлениям:

создание единой корпоративной сети органов и организаций здравоохранения;

развитие единой республиканской телемедицинской системы медицинского консультирования, в том числе во всех республиканских организациях здравоохранения, не менее 50% областных и 15% районных;

совершенствование Интернет-сайтов организаций здравоохранения.

Данная работа позволит упростить документооборот, ускорить получение необходимой информации и внедрение научных достижений в практику.

Отечественная **медицинская наука** должна иметь практическую направленность инноваций и достойный уровень развития среди других стран.

В течение 2012 года предстоит выполнить в полном объеме научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по более чем 300 заданиям 4 государственных программ, 7 государственных и отраслевых научно-технических и других программ, финансирование которых осуществляется Министерством здравоохранения, что позволит:

разработать не менее 110 новых методов оказания медицинской помощи и внедрить абсолютно все разработанные в 2011 году методы диагностики, лечения, профилактики;

продвигать научно-технические разработки белорусских медицинских (фармацевтических) научных организаций на внутренний и зарубежный рынок.

Руководители государственных научных организаций должны предусмотреть возможность планирования выполнения научно-исследовательских проектов не только и не столько за счет средств республиканского бюджета, но и за счет иных источников (средства инновационного фонда, научно-технических программ Союзного государства, зарубежных грантов и др.).

Основными направлениями деятельности **санитарно-эпидемиологической службы** в 2012 году будут:

обеспечение реализации плана мероприятий по выполнению Закона Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;

реализация законодательства, направленного на совершенствование государственного санитарного надзора – снижение административных барьеров в развитии предпринимательства;

совершенствование эпидемиологического надзора – организация мероприятий по проведению верификации процесса элиминации кори и краснухи в Республике Беларусь;

внесение дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний с целью повышения ответственности за здоровье на государственном и индивидуальном уровнях.

Работа с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» в 2012 году уже начата и, в целях максимально полного обсуждения, проект размещен на сайте Министерства здравоохранения. Вместе с тем, идет подготовка к первому чтению в Палате представителей Национального собрания Республики Беларусь проектов законов Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» и «О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах».

Основной задачей фармацевтической инспекции и организации лекарственного обеспечения в **сфере обращения лекарственных средств** является реализация единой государственной лекарственной политики по обеспечению доступности для всех слоев населения эффективных, качественных и безопасных лекарственных средств. Необходимо увеличить долю белорусских лекарств в общем объеме реализации предприятий «Фармация» в 2012 г. до 28 процентов.

Продвижение отечественных лекарственных средств должно стать ежедневной задачей, начиная от врача и провизора, заканчивая руководителями организаций здравоохранения.

Будет осуществляться контроль за планированием закупок, проведением конкурсов, определением потребности в лекарственных средствах на 2013 год. Со стороны Министерства будет проводиться жесткая политика по контролю за субъектами хозяйствования – лицензиатами Минздрава, осуществляющими производство и реализацию лекарственных средств, в том числе:

организация и проведение проверок, а также мониторингов розничных цен по наиболее востребованным населением наименованиям лекарственных средств и мониторингов наличия в необходимом объеме и ассортименте отечественных лекарственных средств, обязательных для наличия в аптеках всех форм собственности (не менее 200 аптек);

контроль за соблюдением порядка реализации лекарственных средств, отпускаемых по рецептам и без рецепта врача;

контроль качества и эффективности отечественных лекарственных средств.

В 2012 г. планируется организация и проведение инспектирования не менее 10 производственных участков лекарственных средств для целей сертификации на соответствие требованиям Нидерландской производственной практики (GMP).

Будет продолжена системная работа по подготовке и подаче заявки Министерства здравоохранения Республики Беларусь на вступление фармацевтической инспекции в международную организацию «Схема сотрудничества фармацевтических инспекций» в целях признания национальных сертификатов соответствия требованиям GMP в сопредельных странах и странах Европейского союза и развития экспортного потенциала отечественных производителей лекарственных средств.

Необходимо также ввести декларируемые или предельные цены на важнейшие лекарственные средства и в установленном порядке внести изменения в Указ Главы государства по ценообразованию.

Особое внимание будет уделено укреплению сотрудничества в рамках Таможенного союза по гармонизации законодательства в сфере обращения лекарственных средств.

Основной задачей **Департамента фармацевтической промышленности** в 2012 г. является наращивание объемов производства и реализации лекарственных средств на внутреннем и внешнем рынке, расширение ассортимента выпускаемой продукции, обеспечение населения республики доступными и качественными лекарственными средствами. Планируется освоение производства 92 новых лекарственных средств. Внешнеэкономическая деятельность в 2012 году будет направлена на дальнейшую оптимизацию баланса внешней торговли и обеспечения роста ее положительного сальдо.

В области **кадровой политики** основными задачами являются: укомплектование специалистами вакантных должностей, качество их подготовки и выработка эффективных механизмов закрепления кадров на местах.

К работе в отрасли в 2011 году приступили более 2 тыс. врачей и 3,3 тыс. средних медработников. В то же время, потребность в специалистах значительно выше: во врачах – 4,4 тыс., в средних медработниках – 5,3 тыс.

При этом основной целью должен стать принцип рационального использования кадров. С уче-

том фактического снижения численности населения, нет необходимости в создании новых рабочих мест, тем более отделений в поликлиниках. Как минимум, на районном уровне должна быть обеспечена ротация специалистов из стационара в поликлинику и обратно.

Также в 2012 году планируется осуществить: распределение в организации здравоохранения 2520 выпускников с высшим медицинским образованием и 3380 выпускников со средним специальным медицинским образованием;

планирование и определение оптимального объема и структуры подготовки медицинских кадров в соответствии с реальной потребностью практического здравоохранения;

обеспечение рационального использования медицинских кадров путем перехода от нормативного к производственно-технологическому принципу нормирования штатов с использованием методик планирования потребности в кадровых ресурсах на основании показателей рабочей нагрузки на медицинский персонал.

Такой подход в кадровой политике позволит достигнуть полного укомплектования специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений, организаций здравоохранения сельской местности и «узкими» специалистами – центральных районных больниц.

Переоснащение организаций здравоохранения современным **медицинским оборудованием** в 2012 г. будет осуществляться в основном в рамках реализации разработанных программ в области здравоохранения.

В 2011 году были отмечены случаи длительного срока ремонта в постгарантийном периоде дорогостоящего радиологического оборудования, что значительно снижает эффективность его использования. Так, более года продолжался ремонт рентгеновского компьютерного томографа в Гомельской областной клинической больнице. Поиск финансирования закупки запасных частей для магнитно-резонансного томографа в Витебской областной больнице продолжается уже свыше 7 месяцев.

В 2012 году планируется закупка медицинского оборудования на сумму 561 млрд руб. и изделий медицинского назначения на сумму 316,4 млрд руб.

Для контроля за реализацией этих мероприятий будет продолжен мониторинг хода проведения процедур государственных закупок медицинской техники и изделий медицинского назначения, сроков заключения контрактов, сроков поставки медицинских товаров.

В 2012 году будет продолжена работа по **строительству объектов, включенных в Государственную инвестиционную программу на 2012 г.**

Главой государства поставлена задача завершения в 2012 году модернизации материально-технической базы организаций здравоохранения республики. И регионами эта задача должна быть выполнена.

В соответствии с Государственной инвестиционной программой в 2012 году предусмотрено завершение реконструкции клинического корпуса РНПЦ неврологии и нейрохирургии, должны быть продолжены реконструкция РНПЦ «Мать и дитя», РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии, РНПЦ «Кардиология», строительство республиканской молекулярно-генетической лаборатории канцерогенеза.

Необходимо наращивать **экспорт медицинских, образовательных и прочих услуг** в организациях здравоохранения, для чего в 2012 году необходимы:

совершенствование нормативной правовой базы и пересмотр тарифов на платные услуги для иностранных граждан;

постоянный контроль за оказанием медицинских услуг гражданам сопредельных государств на платной основе в организациях здравоохранения, в первую очередь, приграничных территорий;

расширение перечня оказываемых высокотехнологичных медицинских услуг гражданам Республики Беларусь. При этом, рост объема выполняемых платных медицинских услуг не должен сопровождаться ростом цен на них и не подменять обязательные медицинские услуги, выполняемые на бюджетной основе;

совершенствование Интернет-сайтов Министерства здравоохранения, управлений здравоохранения, облисполкомов, комитета по здравоохранению Мингорисполкома, республиканских организаций здравоохранения;

организация маркетинговой и рекламной кампании со СМИ с целью наращивания экспорта медицинских услуг, расширение сотрудничества с ГУ «ЦентрКурорт», ОАО «Белпрофсоюзкурорт», УП «Белагроздравница», Министерством спорта и туризма с целью организации и развития на территории Республики Беларусь въездного медицинского туризма.

Реализация указанных мероприятий позволит обеспечить в 2012 г.:

рост экспорта медицинских услуг в целом по республике до 16,6 млн долл. США с темпом не менее 130 процентов;

образовательных услуг – 9,0 млн долл. США с темпом 107 процентов;

прочих деловых услуг – 8,6 млн долл. США с темпом 107 процентов.

На 2012 год утверждены **расходы на здравоохранение системы Министерства здравоохранения** в сумме 17124,7 млрд руб., или с коэффициентом роста к ожидаемой оценке 2011 года 1,77, в том числе:

местные бюджеты – 14369,6 млрд руб., или с коэффициентом роста к ожидаемой оценке 2011 года 1,73;

республиканский бюджет – 2755,1 млрд руб., или с коэффициентом роста к ожидаемой оценке 2011 года 1,98.

Для более эффективного планирования и использования финансовых ресурсов на здравоохранение, будет продолжено проведение подготовительной работы по внесению изменений в **механизм финансирования организаций здравоохранения** путем перехода от финансирования по затратам к финансированию по результату.

Вместе с тем, уместно подчеркнуть, что Министерство здравоохранения, прежде всего, само заинтересовано в широком внедрении новых медико-экономических принципов функционирования системы. При этом, по мнению Министерства, данные методы должны внедряться поэтапно, комплексно, во взаимодействии с другими отраслями, под руководством Правительства и сопровождаться внесением изменений в целый ряд нормативных правовых актов различного уровня.

Такие предложения уже вносились. Так, Министерством предлагался комплекс мероприятий по данному направлению, и мероприятия, требующие управленческих решений на уровне Минздрава, уже фактически широко внедряются. Это и упорядочение периодичности и объема профилактических медицинских осмотров, регламентация диспансеризации и клинических протоколов, предэкспертного обследования пациентов, пересмотр определения сроков установления инвалидности в зависимости от тяжести инвалидизирующих последствий у пациента, и мероприятия по регламентации выписки льготных рецептов, и введение рецептурного отпуска, в том числе с использованием информационных технологий.

В 2012 году пациенту предоставлено право на внеочередное предоставление медицинской помощи за счет собственных средств, а также первоочередное право – при приобретении им расходных материалов, продолжена унификация учетных и отчетных документов с целью сокращения вре-

мени их заполнения, увеличения времени для работы непосредственно с пациентом.

Вместе с тем, мероприятия, носящие межотраслевой характер, предложенные Министерством здравоохранения, в частности, по порядку выдачи листка нетрудоспособности в срок до 10 дней, по определению порядка назначения пособий по временной нетрудоспособности за счет Фонда социальной защиты и нанимателя, мягко говоря, не находят понимания у заинтересованных, в том числе, в Министерстве труда и соцзащиты.

Министерство здравоохранения предлагало и в дальнейшем будет вносить предложения по уменьшению размеров выплат до 30% при временной нетрудоспособности, возникшей в состоянии алкогольного опьянения, возмещению организации здравоохранения расходов на оказание медицинской помощи лицу, причинившему вред здоровью по причине нахождения в состоянии алкогольного опьянения либо в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или одурманивающих веществ, однако и эти предложения не находят поддержки наших коллег из других отраслей, а предложения из вышестоящих органов управления по введению страховой медицины, в том числе с жесткой регламентацией объемов гарантированной за счет бюджета помощи, требуют широкого обсуждения, так как затрагивают устоявшееся поле социальных гарантий.

Данные вопросы нельзя также рассматривать в отрыве от проблемы закрепления на рабочем месте медицинских работников. И если уж говорить о 5-летней отработке для молодых специалистов и других административных мерах, предлагаемых Правительством, то данные шаги должны сопровождаться реализацией мероприятий, предлагаемых Министерством, начиная от служебного жилья, различных экономических бонусов, в том числе системы пожизненного найма и введения принципа прогрессивного возрастания доплат за наличие квалификационной категории.

Вместе с тем, следует обратить самое пристальное внимание всех работников системы здравоохранения на необходимость соблюдения основ профессиональной этики и деонтологии между коллегами и, прежде всего, в отношении пациентов.

Как известно, одним из индикаторов качества работы отрасли являются обращения граждан. Всего за 2011 год в министерство их поступило более 5 тыс., что на 14% меньше, чем в 2010 году, и среди них – 850 писем с благодарностями (16% всех обращений). Однако мониторинг на местах свидетельствует о проблемах в этом направлении, и здесь есть недоработки во всех без исключения регионах. В случае безответственного предвзятого, нетактичного поведения, грубости к людям со стороны работников системы, необходимо незамедлительно привлекать данных лиц к дисциплинарной ответственности.

Следует подчеркнуть, что целостная система мер социально-экономического, правового и организационного характера, направленных на качественное преобразование системы здравоохранения, позволит в 2012 году сохранить и улучшить здоровье населения на основе повышения доступности и качества медицинской помощи, внедрить новые, современные высокотехнологичные методы лечения и диагностики, обеспечить положительную динамику основных показателей деятельности, регулируемых здравоохранением, и в первую очередь:

увеличить ожидаемую продолжительность жизни при рождении до 71,2 года,

снизить коэффициент общей смертности населения до 13,9‰, показатель младенческой смертности – до 3,8‰.

Достигнутые системой здравоохранения в 2011 году результаты стали возможными только благодаря активной поддержке Главы государства и Правительства. Нет сомнения, что и в 2012 году общие усилия всех работников отрасли будут направлены на укрепление здоровья белорусского народа!