

В Министерстве здравоохранения Республики Беларусь

ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2007 ГОДУ И ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА 2008 ГОД

В.И.Жарко

Министр здравоохранения Республики Беларусь

(Доклад на итоговой коллегии Министерства здравоохранения 22 февраля 2008 г. *)

2007 год в развитии отечественного здравоохранения был благополучным, напряженным и переломным по динамике медико-демографических процессов.

Усилилась положительная динамика основных показателей деятельности организаций здравоохранения (рис. 1).

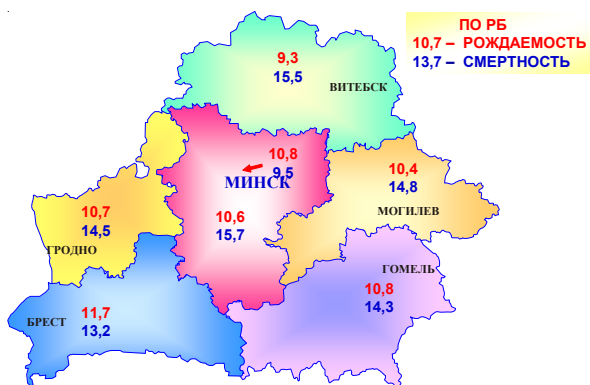


Рис. 1. Рождаемость и смертность в регионах Республики Беларусь в 2007 г.

Указом Главы государства утверждена Национальная программа демографической безопасности, организована работа по ее исполнению. Приняты меры по усилению профилактической направленности в работе отрасли и расширению диспансеризации населения.

В соответствии с комплексом государственных программ продолжалась работа по реконструкции, ремонту, переоснащению операционных залов и реанимационных мест, перинатальных центров, республиканских научно-практических центров, учреждений здравоохранения, расположенных в сельской местности.

* – Печатается в сокращении

Произошли значительные структурные изменения, связанные с присоединением к системе Минздрава учреждений здравоохранения Белорусской железной дороги. Создание единой государственной системы здравоохранения с объединением финансовых, кадровых, материально-технических ресурсов и единым руководством этими ресурсами обеспечит более рациональное их использование.

В 2007 г. отмечены:

- рост рождаемости,
- снижение общей, младенческой, детской, материнской смертности, инвалидности, послеоперационной летальности при заболеваниях, требующих оказания экстренной хирургической помощи, и другие положительные тенденции в показателях состояния здоровья и деятельности организаций здравоохранения.

Число родившихся возросло на 7,3%, рождаемость составила 10,7 на 1000 населения.

Число умерших снизилось на 4%, смертность составила 13,7 на 1000 населения (рис. 2).

Отмечен высокий уровень снижения смертности в трудоспособном возрасте (на 6,3%), а также в

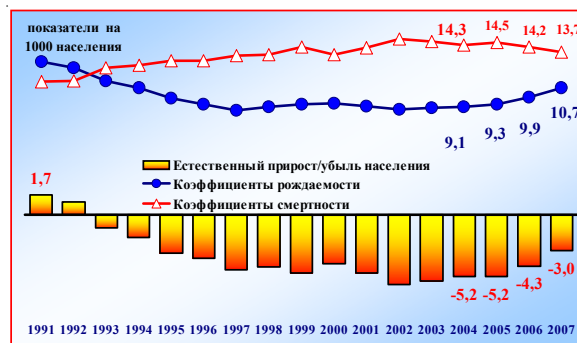


Рис. 2. Рождаемость, смертность и естественный прирост населения в Республике Беларусь (1991-2007 гг.)

сельской местности (на 6,6%). Это указывает на высокую социальную эффективность мер, принимаемых органами исполнительной власти, в частности, в рамках Государственной программы возрождения и развития села.

Естественная убыль населения снизилась на 12,5 тыс. чел.

Смертность снизилась по всем основным классам заболеваний, кроме болезней органов пищеварения. На уровне 2006 г. осталась смертность от болезней мочеполовой системы. Наибольшее снижение смертности наблюдалось:

- от внешних причин (на 9,9%);
- болезней сердечно-сосудистой системы (8,5%);
- болезней органов дыхания – 8,1% (рис. 3).

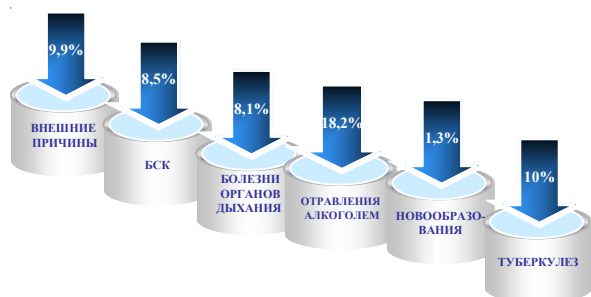


Рис. 3. Уменьшение числа случаев смерти в 2007 г.

Смертность от новообразований снизилась на 1,3%, а за последние пять лет снижение смертности от злокачественных новообразований составляет около 12% (рис. 4).



Рис. 4. Первичная заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований (1994; 1999–2007 гг.; на 100 тыс. населения)

Показатели работы онкологической службы в целом положительные:

- улучшилось соотношение числа умерших от злокачественных новообразований и числа вновь выявленных больных;
- уменьшилась тяжесть инвалидизации;
- снизился (с 17,4 до 14,4%) удельный вес больных, у которых злокачественные новообразования выявлены в запущенном состоянии.

Общая долгосрочная выживаемость в детской онкогематологии составила 71%, что соответствует лучшим мировым показателям.

Практически полностью исключено направление онкологических больных на лечение в другие страны.

Одна из важных задач онкологической службы – внедрение во всех онкологических диспансерах республики высокотехнологичных методов лечения злокачественных новообразований.

Смертность от случайных отравлений алкоголем снизилась на 18,2%, и, тем не менее, уровень ее остается очень высоким: по этой причине в 2007 г. погибли 2416 чел.

Похожая ситуация с самоубийствами – количество их снижается, но остается на высоком уровне. Кардинальное изменение ситуации возможно только при комплексном решении социально-психологических и медицинских проблем.

Определенные изменения произошли в структуре смертности (рис. 5).

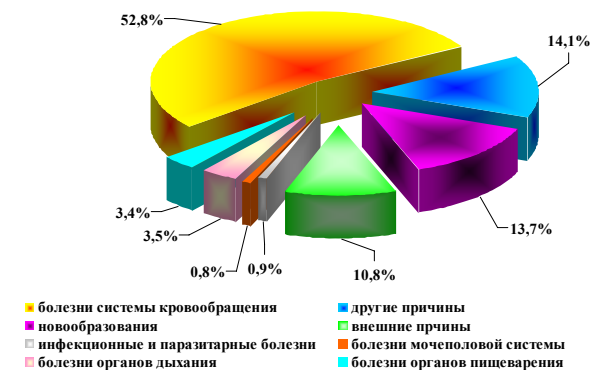


Рис. 5. Структура причин смерти (2007 г.)

- снизились доля болезней системы кровообращения (с 55,4 до 52,8%) и количество смертей от внешних причин (с 11,4 до 10,8%);
- немного увеличилась доля новообразований (с 13,3 до 13,7%).

Если принять во внимание структуру смертности во многих европейских странах, где намного ниже доля БСК и внешних причин и значительно выше доля новообразований, то можно предположить, что намечившиеся изменения в структуре смертности могут быть долговременными.

Кроме того, очевидно, что очень высокая доля болезней системы кровообращения в структуре смертности в некоторой степени имеет "искусственный" характер. В 2008 г. необходимо пересмотреть инструкцию по порядку установления причин смерти при основных заболеваниях сердечно-сосудистой системы и перейти на критерии и формулировки причин смерти Всемирной организации здравоохранения во врачебных свидетельствах.

В структуре смертности населения трудоспособного возраста 32,5% приходится на внешние причины, 30,8% – на болезни системы кровообращения. Очевидно, что снижение смертности от внешних

причин и болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте (особенно мужской части населения) остается крупнейшей социальной и медицинской проблемой.

При этом реализация трех специальных программ – по травматизму, предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма, профилактике самоубийств – основа для консолидации и координации усилий всех государственных органов управления, общественных организаций в снижении смертности от внешних причин.

Младенческая смертность в сравнении с серединой 1990-х гг. снизилась в 2,5 раза (в сравнении с 2006 г. – на 16%) и составила 5,2‰. При этом с 2006 г. регистрация случаев младенческой и детской смертности ведется с учетом младенцев, родившихся с массой тела 500–1000 г (рис. 6).

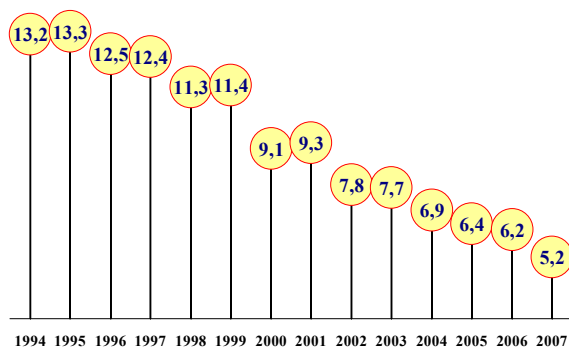


Рис. 6. Младенческая смертность (1994–2007 гг.; на 1000 детей, рожденных живыми)

Снизилась также перинатальная смертность и смертность детей в возрасте до 5 лет.

Наиболее высокий уровень младенческой, перинатальной смертности и мертворождаемости зарегистрирован в Гомельской области. Среди районов республики наиболее высокие показатели младенческой смертности – от 15 до 20‰ – в Лоевском, Ельском, Октябрьском, Круглянском, Хотимском и Малоритском.

В структуре младенческой смертности 44% составляют состояния, возникающие в перинатальном периоде, 23% – врожденные аномалии развития, 7,5% – несчастные случаи, отравления, травмы.

Материнская смертность снизилась вдвое – с 11,4 до 5,8 случаев на 100 тысяч рожденных живыми (рис. 7). В 2006 г. во время беременности, родов и в послеродовом периоде умерли 12 женщин, в 2007 г. – 6. По два случая материнской смертности зарегистрированы в Минске и Гродненской области, по одному случаю – в Минской и Гомельской областях.

Поступательному снижению младенческой, детской и материнской смертности способствовал широкий комплекс мер, включая организацию разноразрядных перинатальных центров и их реконструкцию. Без сомнения, это наиболее значительный ус-

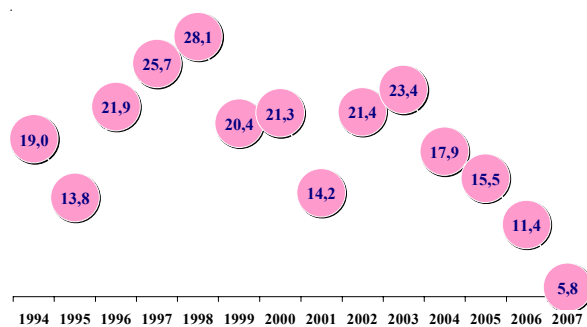


Рис. 7. Материнская смертность (1994–2007 гг.; на 100 тыс. детей, рожденных живыми)

пех в развитии белорусского здравоохранения. Тем не менее, проблем в этой сфере много. 73% женщин имеют осложнения беременности, экстрагенитальную патологию, около трети беременных – признаки угрозы досрочного прекращения беременности.

С учетом этого утверждена республиканская комплексная программа по планированию беременности и профилактике ее невынашивания. Совместно с местными органами власти и нанимателями необходимо решать вопросы первичной профилактики заболеваний, создания надлежащих условий труда (и не только в период беременности); нужны активные и согласованные действия врачей-акушеров-гинекологов, цеховых врачей и гигиенистов.

Для лечения супружеских пар, страдающих бесплодием, в отделении вспомогательных репродуктивных технологий центра "Мать и дитя" проведены 27 циклов экстракорпорального оплодотворения, наступило 10 клинических беременностей.

Реализация государственной программы "Туберкулез" позволила снизить смертность и заболеваемость соответственно на 7 и 5% (рис. 8).

Вместе с тем, вызывает тревогу рост смертности и рецидивов туберкулеза в Гомельской области. Во многом это связано с недостаточным количеством коек для принудительного лечения туберкулеза, невозможностью длительной изоляции больных с хроническими формами туберкулеза и постоянным бактериовыделением.

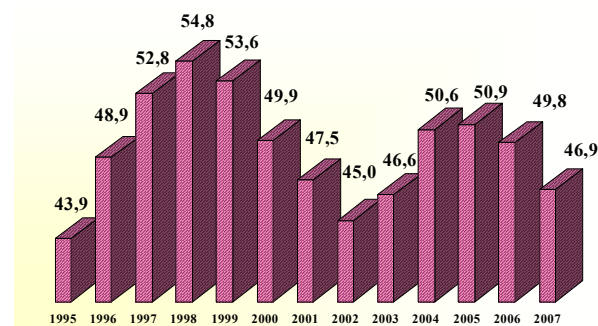


Рис. 8. Динамика заболеваемости туберкулезом (1995–2007 гг.; на 100 тыс. населения; без учета ведомств)

В Минской области вообще отсутствуют специализированные режимные койки для принудительного лечения, и только сейчас, с большим запозданием, принято решение об открытии стационара для больных с мультирезистентными формами туберкулеза.

Все это свидетельствует о том, что управления здравоохранения Гомельского и Минского облисполкомов по-прежнему не принимают меры, адекватные складывающейся ситуации.

Продолжается рост смертности от болезней органов пищеварения – на 3,4% в целом по республике. Наиболее высок он в Могилевской области (на 11%) и в г. Минске (на 8%). Основные причины смерти – заболевания печени и отдельная острая хирургическая патология как следствие несвоевременного лечения. С учетом этого нужно интенсифицировать работу по созданию полноценной организационной структуры службы гастроэнтерологии и ее сети. Служба гастроэнтерологии должна включать республиканский центр, областные и межрайонные отделения гастроэнтерологии и сеть консультативно-диагностических кабинетов. Работа этой службы должна строиться с учетом реализации мероприятий программы по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма.

В 2007 году сохранилась тенденция к снижению инвалидности населения:

- первичная инвалидность снизилась на 11%,
- в трудоспособном возрасте – на 7,6%,
- в детском возрасте – на 1%.

Одно из основных направлений не только снижения инвалидности, но и в целом реструктуризации здравоохранения – развитие службы медицинской реабилитации.

В отчетном году открыты Республиканская больница медицинской реабилитации "Городище", новые отделения в клинической больнице медицинской реабилитации в Аксаковщине. Результат деятельности службы – рост показателей полной и частичной реабилитации (рис. 9).

Вместе с тем:

• медленно решаются проблемы обеспечения учреждений здравоохранения врачами–реабилито-

логами, специалистами по физической и психологической реабилитации, рефлексотерапии, массажу, логопедами, а также переоснащения физиотерапевтических кабинетов;

- не везде разрабатываются программы и не в полной мере используются протоколы медицинской реабилитации;
- формально работают школы для пациентов и их родственников.

Заболеваемость с временной нетрудоспособностью возросла за счет острых респираторных инфекций и гриппа. Уровень трудопотерь возрос на 20 календарных дней и составил 801 календарный день в расчете на 100 работающих.

НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации следует выстроить более четкую концепцию как экспертизы временной нетрудоспособности, так и медицинской реабилитации (в том числе, ранней) по важнейшим нозологическим формам заболеваний.

Эпидемическая ситуация в республике в целом стабильная. За 2007 год не регистрировались случаи заболеваний по 16 нозологическим формам, по 40 – отмечено снижение или стабилизация показателей. Смертность по классу инфекционных и паразитарных болезней снизилась на 4,1% (при этом в Гомельской области отмечается рост на 16%).

Для организации мониторинга, анализа состояния здоровья населения и контроля выполнения Национальной программы демографической безопасности создана проблемная комиссия, которая включает 14 групп. Общий объем работы комиссии большой (осуществлены 340 выездов в районы республики), но эффективность работы недостаточна. Прежде всего, нет четких предложений по снижению смертности от предотвратимых причин в трудоспособном возрасте (как крупнейшей социальной проблемы) с учетом региональных особенностей. Предложения комиссии часто не конкретны, не нацелены на решение проблем в рамках реального ресурсного обеспечения и не предлагают пути более эффективного его использования. Комиссии должны более активно проводить консультативные приемы населения на местах, осуществлять контроль качества диспансеризации населения; обязательным является их взаимодействие с исполнительными комитетами.

Анализируя произошедшие изменения в организации медицинской помощи, нельзя не отметить рост объемов ее оказания (рис. 10, 11):

- число госпитализированных в расчете на 100 жителей возросло на 3% (с 26,6 до 27,4);
- число выездов бригад скорой медицинской помощи – на 2,5% (с 293,4 до 302,6 на 1000 населения);
- число посещений к врачу в расчете на одного жителя – с 12,6 до 12,7.

Зафиксирован также значительный рост занятости коечного фонда – с 306,6 до 315,9 дней в году

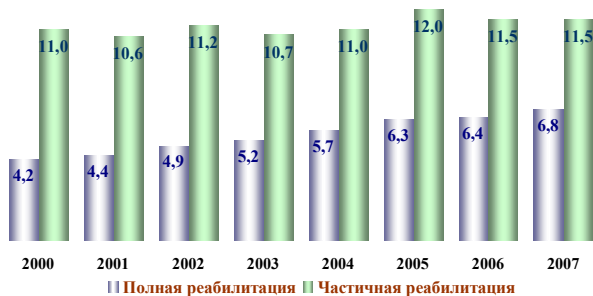


Рис. 9. Динамика показателей реабилитации инвалидов трудоспособного возраста (2000–2007 гг.; в процентах)

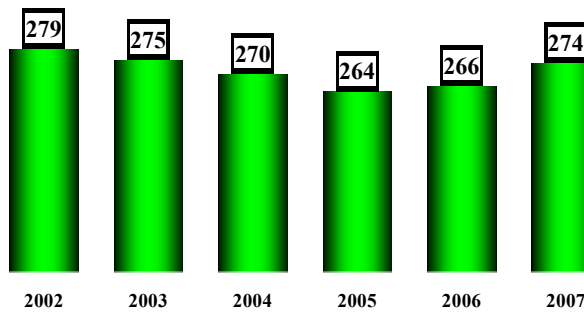


Рис. 10. Уровень госпитализации (2002–2007 гг.; на 1000 жителей)

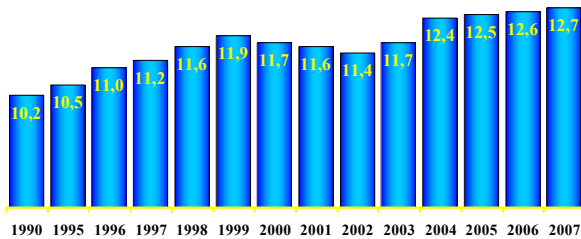


Рис. 11. Число посещений к врачам в год в расчете на одного жителя (1990; 1995–2007 гг.)

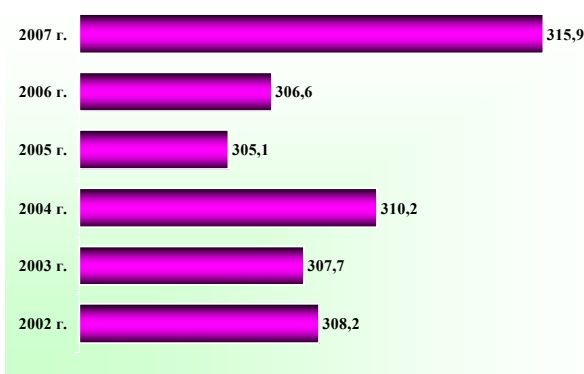


Рис. 12. Занятость койки (2002–2007 гг.; дней в году) (рис. 12). Ориентиром на ближайшую перспективу является занятость коек в 330 дней в году при недопущении роста сроков госпитализации. Среди областей республики лучшие показатели по обороту и занятости коек имеет Могилевская область, худшие – Витебская.

В связи с передачей в систему Минздрава учреждений здравоохранения Белорусской железной дороги число больничных коек возросло на 1871. В 2008 г. должно быть сокращено не менее этого количества коек.

В дальнейшем целесообразно придерживаться политики умеренного планомерного сокращения коек (не менее 1–2% в год) и одновременно с этим внедрять стационарозамещающие технологии, причем как в амбулаторно-поликлинических, так и в больничных учреждениях.

Необходимо отметить, что в России объемы помощи в дневных стационарах при больницах и поли-

клиниках практически одинаковы. У нас дневные стационары в больницах закрыты. Понятие "койко-место" к дневным стационарам в больницах вообще плохо подходит: они могут работать в две, а возможно и в 3 смены, и в "койках" не нуждаются. Это форма оказания амбулаторной помощи больным с использованием тех ресурсов, которые им в существующих условиях не могут быть предоставлены в поликлиниках. Это не абстрактный, а абсолютно реальный способ перераспределения ресурсов на экономичный амбулаторный уровень, причем реализация его должна в обязательном плане сопровождаться сокращением больничного коечного фонда.

Если нет выхода на сокращение высокочатратного больничного коечного фонда (обеспеченность которым у нас наиболее высокая в мире) и реальное перераспределение ресурсов, то все подобные технологии имеют стационародополняющий, а не стационарозамещающий характер.

По стационарам на дому вообще нет должного понимания их функций, широко используемых в мировой практике и связанных с долечиванием больных после этапа интенсивного лечения.

Актуальной остается проблема совершенствования методики формирования территориальных программ государственных гарантий, которые являются основой планирования объемов медицинской помощи и в обязательном порядке должны включать объемы стационарозамещающей помощи в амбулаторно-поликлинических и в больничных учреждениях.

Следует подчеркнуть, что планируемые объемы стационарной медицинской помощи должны полностью соответствовать планируемому среднегодовому числу коек, а также оптимальным параметрам их оборота и средней длительности госпитализации.

Как показывает практика, доведение явно заниженных (по отношению к сложившейся сети больничных учреждений) объемов стационарной медицинской помощи приносит не пользу, а вред, стимулирует неудовлетворительное использование больничного коечного фонда, но никак не является механизмом реструктуризации и перераспределения ресурсов.

Очень важный результат в работе отрасли – значительный рост объемов высокотехнологичной медицинской помощи:

- количество трансплантаций почки возросло вдвое (до 40),
- эндопротезирований тазобедренных суставов – на 37%,
- эндопротезирований коленных суставов – на 20%,
- коррекций врожденных пороков сердца – на 5%,
- аортокоронарных шунтирований – на 29%,
- имплантаций электрокардиостимуляторов – на 30%,
- коронароангиографий – на 27%.

При этом на 9% сократилось количество операций на открытом сердце, что связано с реконструк-

цией центра "Кардиология"; сократилось также с 69 до 44 количество трансплантаций костного мозга взрослым.

Благодаря работе Центра детской кардиохирургии, увеличиваются объемы оказания кардиохирургической помощи детям республики. В течение 2007 г. выполнено 974 оперативных вмешательств у детей с периода новорожденности до 18 лет (в 2006 г. – 892).

В Центре впервые имплантированы клапаносодержащие кондуиты, начато хирургическое лечение нарушений ритма у детей, внедрен метод управляемой гипотермии в послеоперационном ведении детей.

В январе 2008 г. утверждена отраслевая программа развития высокотехнологичной медицинской помощи.

В регионах республики во исполнение Национальной программы демографической безопасности расширены объемы высокотехнологичных методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых болезней: выполняются диагностические коронарографии, операции по имплантации электрокардиостимуляторов и стентированию артерий. Для подготовки врачей-кардиохирургов в БелМАПО создана кафедра кардиохирургии.

В 2008 г. следует обеспечить проведение комплекса мер, направленных на развитие кардиологической и кардиохирургической служб:

- навести порядок в работе областных кардиологических диспансеров (как в части подготовки больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями к проведению высокотехнологичных видов диагностики и лечения, так и в сфере руководства кардиологической службой на региональном уровне);
- решить вопросы подготовки кадров для освоения высокотехнологичных методов диагностики и лечения больных кардиологического профиля;
- пересмотреть устаревшие нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность кардиологической службы и кардиологических диспансеров;
- увеличить объемы помощи в сфере интервенционной кардиологии в регионах республики;
- разработать клинические протоколы диагностики и лечения больных болезнями системы кровообращения и после кардиохирургических операций;
- создать реестр больных кардиохирургического профиля с учетом показаний к коронарографии и протезированию клапанов.

Формируя в целом политику в области медицины высоких технологий, необходимо:

- во-первых, направлять инвестиции на самые эффективные, социально значимые виды этих технологий, которые могут оказывать реальное влияние на состояние здоровья на популяционном уровне;
- во-вторых, учитывать степень их востребованности с целью налаживания экспорта медицинских услуг.

В обязательном плане надлежит:

- подготовить нормативные материалы по порядку оказания, перечню видов, мониторингу объемов, стандартизации высокотехнологичной медицинской помощи и организации деятельности республиканских научно-практических центров;
- закончить работу по формированию сети республиканских научно-практических центров и их реконструкции, включая центры
 - трансплантологии и клеточных биотехнологий,
 - стоматологии,
 - психиатрии и наркологии,
 - патологии голоса, слуха и речи.

В хирургической службе значимый итог работы – снижение летальности при заболеваниях, требующих оказания экстренной хирургической помощи, с 0,44 до 0,37%. Наибольшая послеоперационная летальность отмечена в Гомельской и Могилевской областях. Наиболее тяжелой экстренной хирургической патологией по-прежнему остается острый деструктивный панкреатит, и он, как правило, связан со злоупотреблением алкоголем.

Принят ряд мер с целью улучшения доступности и качества оказания первичной медицинской помощи и усиления профилактической направленности в работе отрасли. В частности, пересмотрены нормативы оснащения поликлиник и амбулаторий общей практики; разработаны клинические протоколы по неотложным состояниям у детей, по стоматологии и скорой медицинской помощи.

Во исполнение Национальной программы демографической безопасности подготовлены нормативные правовые акты по порядку диспансеризации детского и взрослого населения, беременных женщин и гинекологических больных, организации работы отделений и кабинетов профилактики.

Для максимального охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами следует:

- должным образом организовать работу отделений и кабинетов профилактики;
- в комплексной форме подключить к решению вопросов, связанных с проведением медосмотров, всю систему здравоохранения (включая ведомственную медицину), а также органы исполнительной власти.

В связи с постарением населения острая проблема – оказание медико-социальной помощи престарелым и одиноким гражданам. Особенно сложная ситуация в сельской местности, где на возрастную группу старше 60 лет приходится около 30% населения.

В настоящее время функционируют 105 больниц сестринского ухода и 3 хосписа. До 2010 г. предполагается открытие 8 хосписов.

В этой сфере необходимо обеспечить достаточно четкое разграничение функций с организациями, входящими в систему Министерства труда и социальной защиты.

В 2007 г. продолжена работа по формированию системы управления качеством медицинской помощи, включающей стандартизацию медицинских технологий. Утверждено 8 клинических протоколов. Однако в целом формирование системы управления качеством продвигается медленно. Требуется регламентация многих вопросов, в том числе:

- совершенствования клинико-экспертной работы с внедрением автоматизированных технологий и оптимальным порядком распределения премиальных средств с учетом результатов этой работы;
- утверждения по каждой специализированной медицинской службе основных показателей, выполняющих функции индикаторов качества медицинской помощи;
- формирования службы стандартизации и расширения работ в этой сфере;
- создания базы данных по доказательной медицине и обеспечения экспертизы соответствия ей клинических протоколов.

Накопленный опыт по преодолению медицинских последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС позволяет повысить эффективность работы в этой области. Необходимы:

- дифференцированный подход к различным группам пострадавшего населения;
- целевой скрининг по диагностике конкретной патологии, ассоциированной с воздействием неблагоприятных факторов катастрофы;
- усиление работы по охране психосоматического здоровья пострадавшего населения.

В 2008 г. предстоит:

- обеспечить переработку нормативных правовых актов по работе межведомственных экспертных советов;
- усовершенствовать Государственный Чернобыльский регистр, завершить создание базы данных лиц, у которых установлена причинная связь заболеваний с последствиями катастрофы на ЧАЭС;
- в рамках выполнения поручения Правительства организовать 100-процентное обследование установленных контингентов населения на СИЧ-установках.

Объединять и координировать деятельность органов управления позволяет разработка и реализация государственных программ. Фактически, программно-целевое управление в здравоохранении республики начало складываться в 2000-е годы в процессе разработки и реализации ряда государственных программ, касающихся сферы охраны здоровья населения.

В 2007 г. Министерством здравоохранения выполнялось 12 государственных программ. Разработана государственная программа по профилактике самоубийств, утверждены программы по развитию службы скорой медицинской помощи, по борьбе против табака.

В высокой степени программы направлены на техническое переоснащение отрасли, внедрение со-

временных технологий и решение кадровых вопросов. В частности, в рамках их реализации укреплена материально-техническая база учреждений здравоохранения в сельской местности, станций скорой медицинской помощи, операционных блоков и реанимационных отделений, перинатальных центров. На выполнение программ в 2007 г. израсходовано 733 млрд руб.

В 2008 г. расходы на реализацию Национальной программы демографической безопасности определены в сумме 110,5 млрд руб и выделены отдельным параграфом бюджетной классификации расходов республиканского бюджета, что позволит значительно более четко и оперативно отслеживать ее исполнение в разрезе статей, подстатей и элементов бюджетной классификации.

Требуется значительно повысить ответственность как руководителей здравоохранения, так и в целом исполнительной власти за реализацию программ. Необходимо четко налаженный мониторинг их исполнения. Недопустимо дальнейшее представление материалов, не содержащих анализа складывающейся ситуации и мер, которые должны быть приняты для исполнения намеченных мероприятий в установленные сроки.

"Белмедтехнике", отделу медицинской техники Минздрава, управлению организации медицинской помощи, региональным органам управления здравоохранением нужно принять исчерпывающие меры по совершенствованию системы закупок медицинской техники на всех этапах этого процесса. Начальники УЗО обязаны постоянно держать на личном контроле вопросы подготовки учреждений к установке и эксплуатации нового оборудования.

При формировании программ надлежит обеспечивать включение в них только тех мероприятий, выполнение которых имеет максимальную медико-социальную и экономическую эффективность.

Ряд проблемных, требующих решения вопросов связан в целом с порядком финансирования организаций здравоохранения в условиях реализации программно-целевых принципов управления.

Другое направление деятельности, которое опередило относительно недавно – формирование и контроль исполнения системы социальных стандартов в области здравоохранения. Сформированная в Беларуси система социальных стандартов практически не имеет аналогов в других странах мира.

Норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя выполнен по всем регионам республики. Он был утвержден для областей и г. Минска в размере 338 тыс. руб., исполнение в среднем по республике составило 353 тыс. руб. (104,5%).

Выполняется норматив обеспеченности участковыми терапевтами и педиатрами; не выполняется – по обеспеченности врачами общей практики: 1 врач

общей практики приходится на 1260 жителей, а в Гомельской области – на 1436 жителей.

На республиканском и региональном уровнях выполнены нормативы обеспеченности больничными койками, аптеками и бригадами скорой медицинской помощи (рис. 13).

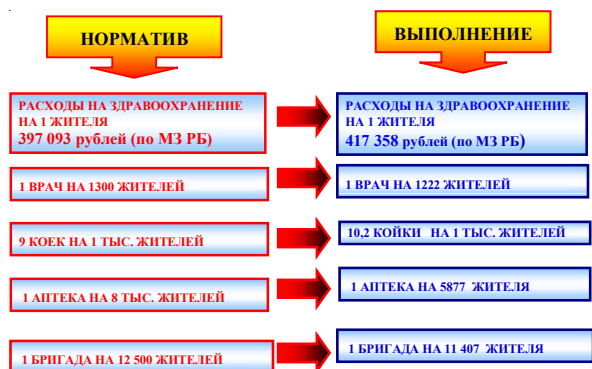


Рис. 13. Минимальные социальные стандарты в здравоохранении в 2007 г.

В 2007 г. перечень социальных стандартов в области здравоохранения уточнен и расширен, однако недостаточно отработан мониторинг новых нормативов.

Система стандартов в области здравоохранения должна постоянно совершенствоваться. Любой норматив должен работать и приносить пользу. Можно исключить норматив по койкам, учитывая сохранение обеспеченности ими на наиболее высоком уровне в мире и политику перераспределения ресурсов. По-видимому, не стоило включать в стандарт по обеспечению санитарно-техническими устройствами сельских учреждений здравоохранения требования по обеспеченности их приточно-вытяжной вентиляцией – в общем балансе вопросов оказания медицинской помощи сельскому населению это далеко не первая проблема.

В 2007 г. улучшилось финансовое обеспечение отрасли. Расходы на здравоохранение по республиканскому и местным бюджетам были уточнены в сторону увеличения. Без расходов на капитальные строительство консолидированный бюджет здравоохранения составил 4,05 трлн руб., что на 23,8% больше, чем в предыдущем году, и составляет 4,2% ВВП (рис. 14). Средства местных бюджетов – 85% этой суммы.

По проекту бюджета на 2008 год консолидированный объем финансирования расходов на здравоохранение (без расходов на капитальные строительство) по системе Министерства здравоохранения определен в сумме 4,5 трлн руб. (4% ВВП).

По системе Минздрава расходы на здравоохранение в расчете на одного жителя (без капитального строительства) планировались в размере 396,5 тыс. руб., исполнение составило 417 тыс. руб. (105%).

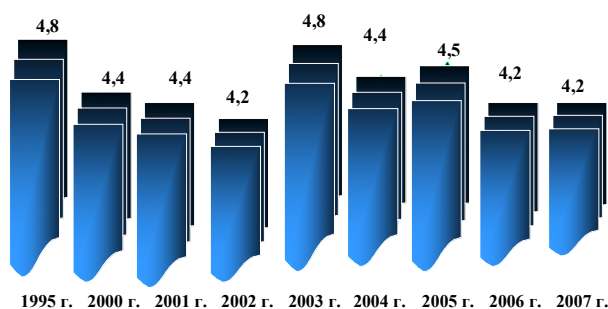


Рис. 14. Удельный вес расходов на здравоохранение в ВВП (1995, 2000–2007 гг.; в процентах)

В 2008 г. минимальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в целом по Республике Беларусь установлен в размере 502,7 тыс. рублей, а по областям и г. Минску – 397 тыс. рублей.

Следует подчеркнуть недопустимость утверждения местными бюджетами расходов на здравоохранение ниже уровня, предусмотренного нормативами, которые установлены Законом Республики Беларусь "О бюджете", а также нецелевого использования финансовых средств, перераспределяемых из республиканского бюджета для закупок медицинского оборудования.

Задачи реструктуризации здравоохранения требуют более полного анализа структуры расходов на здравоохранение и тех изменений, которые в ней происходят на протяжении ряда лет. В первую очередь, имеется в виду доля расходов на оказание амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой медицинской, стационарозамещающей помощи, капитальное строительство и реконструкцию, закупку медицинской техники, ликвидацию медицинских последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Доля внебюджетных средств к общему объему финансирования возросла с 5,3 до 5,8%.

Выполнен целевой показатель по темпу роста платных медицинских услуг организациями всех форм собственности. Задание составляло 104–105%, выполнение – 120%.

Экспорт услуг организациями здравоохранения республиканского подчинения возрос на 23% и составил 8,6 млн долл. США.

На 2008 год Минздраву доведены прогнозные показатели:

- по темпу роста платных медицинских услуг – в размере 108%,
- по экспорту услуг – 115%,
- по импорту услуг – 105%.

При формировании политики в области оказания платных медицинских услуг необходимо учитывать, что бесплатное лечение в государственных организациях здравоохранения гарантировано Конституцией и является основой национальной системы здравоохранения.

В то же время нельзя не учесть, что весь объем медицинской и лекарственной помощи не покрывается за счет общественных источников финансирования ни в одном государстве мира. Доля финансирования за счет общественных источников в здравоохранении развитых стран в основном в пределах 60–85%.

Предоставление дополнительного объема медицинских услуг, который в реальной ситуации не может быть оказан в пределах бюджетного финансирования, в конечном итоге в интересах как пациента, так и системы здравоохранения.

В отчетном году организациями здравоохранения системы Минздрава в расчете на одного жителя оказано платных медицинских услуг на сумму 14,7 тыс. руб., что относительно немного (организациями всех форм собственности – 25,6 тыс. руб.).

Для стимулирования их развития надлежит:

- пересмотреть перечень платных медицинских услуг и разработать их реестр;
- создать экономический механизм, стимулирующий развитие платных услуг, включая внедрение сдельных форм оплаты труда;
- продолжить работы по созданию унитарных предприятий, специализированных на оказании платных медицинских услуг.

Для обеспечения роста экспорта услуг необходимо не только продолжение политики модернизации здравоохранения с обеспечением закупок современного оборудования, нужен хорошо налаженный маркетинг – углубленное изучение рынка, оптимальное ценообразование и реклама. Нужны план или программа по обеспечению их экспорта, а также активная работа отделов внешних связей, хозяйственных отношений и руководителей организаций здравоохранения.

Среднемесячная заработная плата работников здравоохранения в целом по Республике Беларусь составила 596 тыс. руб. или 277 долларов, в том числе:

врача – 1006 тыс. руб.,

работника со средним медицинским образованием – 585 тыс. руб.,

младшего медицинского работника – 369 тыс. руб.

Повышена оплата труда молодым специалистам-врачам, установлены доплаты научным работникам за выполнение лечебно-диагностической работы, за ученые степени и звания. 15.01.2008 г. постановлением Министерства труда и социальной защиты установлены надбавки врачам-фтизиатрам, средним и младшим медицинским работникам туберкулезных отделений, кабинетов в размере 100% тарифной ставки первого разряда.

К сожалению, принимаемые меры в этой сфере недостаточны. В 2007 г. отмечалось снижение среднемесячной заработной платы: по отношению к средней по промышленности – с 80,6 до 76,3%, по народному хозяйству – с 88,3 до 85%. Стоимость часа работы медицинского работника составляет 3,5 тыс.

руб., в то время как в народном хозяйстве – 4,4 тыс. руб., в промышленности – 5,1 тыс.руб. (рис. 15).

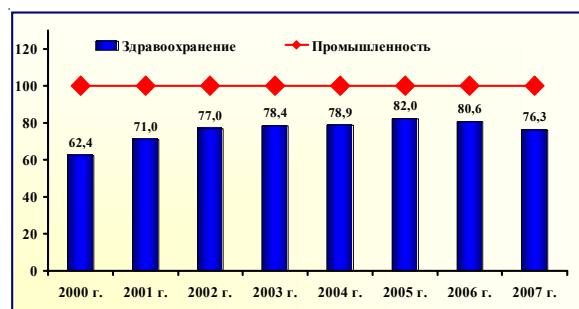


Рис. 15. Соотношение среднемесячной заработной платы в здравоохранении и промышленности (2000–2007 гг.)

Явно недостаточны принимаемые меры по недопущению необоснованных расходов денежных средств и сохранности материальных ценностей. В 2007 г. привлечено к дисциплинарной и материальной ответственности 1666 человек, 15 должностных лиц освобождены от занимаемых должностей, 37 материалов переданы в правоохранительные органы.

Одна из важных социальных задач – обеспечение доступности для населения лекарственных средств, которая в значительной мере обеспечивается ростом объема их закупок и "насыщением" ими внутреннего рынка.

Объем закупок лекарственных средств и изделий медицинского назначения предприятиями "Фармация" в 2007 г. возрос на 17,0% и составил 715 млрд руб. При этом отечественных лекарственных средств закуплено больше на 26%, их удельный вес в общем объеме закупок возрос с 27 до 29%. Темпы роста объемов закупок отечественных лекарственных средств опережают темпы роста закупок зарубежных лекарственных средств. Поставки в рамках государственного заказа возросли на 37% и составили 38 млрд руб.

Расширен ассортиментный минимум лекарственных средств отечественного производства, обязательный для наличия в аптеках всех форм собственности.

Объем реализации лекарственных средств в сопоставимых ценах возрос на 16%. В структуре реализации доля отпуска по бесплатным и льготным рецептам снизилась с 18 до 16%.

В 2008 г. надлежит:

- завершить подготовку законопроекта по внесению изменений в Закон "О лекарственных средствах";
- продолжить работу по организации службы контроля качества лекарственных средств;
- усилить контроль за формированием государственного заказа на лекарственные средства;
- завершить работу по созданию на сайте Центра экспертиз и испытаний в здравоохранении Центра фармацевтического информирования врачей.

Объем закупок медицинской техники предприятиями "Белмедтехники" возрос на 17,4% – с 386 до 453 млрд руб., в том числе отечественного производства – с 35 до 61 млрд руб. Темпы роста закупок отечественной медицинской техники значительно выше, но доля ее по-прежнему не велика.

На 21 млрд руб. закуплено оборудования для операционных залов и реанимационных мест 33 центральных районных больниц и на такую же сумму – для 11 родильных домов.

Одно из важных направлений модернизации здравоохранения – укрепление службы лучевой диагностики. Замена диагностического оборудования в первоочередном плане проводится там, где могут быть созданы наиболее благоприятные условия для его эффективного использования. В 2007 г. для службы лучевой диагностики закуплено 278 аппаратов, среди них 9 рентгеновских компьютерных томографов.

На 5,7 млрд руб. закуплено оборудование для научных учреждений.

В первоочередном плане должны решаться вопросы технического переоснащения структур операционного и реанимационного профиля, перинатальных центров, скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинических учреждений, детских больниц, республиканских научно-практических центров.

Унитарное предприятие "Белмедтехника" должно иметь четко налаженную систему информации по состоянию находящейся в эксплуатации медицинской техники для принятия решений о ее модернизации, замене, перераспределении и для планирования закупок. Должен быть расширен перечень медицинской техники и изделий медицинского назначения, подлежащих закупкам за счет централизованных средств. Во всех организациях здравоохранения необходимо ужесточить требования к рациональной эксплуатации медицинской техники.

Возрастают объемы капитального строительства, реконструкции и ремонта организаций здравоохранения. В 2007 г. за счет всех источников финансирования освоено 489 млрд руб.; введены 463 больничные койки и амбулаторно-поликлинические учреждения на 422 посещения в смену.

В рамках Государственной инвестиционной программы велось строительство семи объектов и проектирование по четырем объектам, произведена реконструкция корпусов 4-й городской клинической больницы под Республиканский научно-практический центр "Кардиология".

Финансирование ремонтных работ в республике снижалось на протяжении ряда лет, что привело к значительному износу материально-технической базы. Эта тенденция в последние годы преодолена; в 2007 г. финансирование капитального ремонта возросло в 1,5 раза.

Выполнены все строительные-ремонтные работы в сельских организациях здравоохранения, в том чис-

ле в 253 агрогородках. В 31 центральной районной больнице выполнен ремонт операционно-реанимационных блоков. Из 19 роддомов и родильных отделений ремонтные работы выполнены в 16. Сроки ввода трех роддомов (в Брестской и Витебской области) перенесены на 2008 год в связи с принятием решения об их полной реконструкции.

Значительные трудности возникли в плане оснащения центральных районных больниц и родильных домов системами обеспечения медицинскими газами. В Брестской, Гомельской и Минской областях имели место случаи несвоевременной разработки проектно-сметной документации, не на должном уровне налажен контроль за ходом строительных работ и монтажом. В первую очередь, это касается Брестского, Ивацевичского, Чечерского, Калинковичского и Червенского районов. Начальники УЗО облисполкомов совместно с райисполкомами должны рассмотреть вопрос о соответствии главных врачей этих больниц занимаемым должностям.

Кадровое обеспечение системы здравоохранения постепенно улучшается. Рост численности врачей в 2007 г. – 646 человек, что составляет 1,5% к их общему количеству.

Из 52 тысяч должностей укомплектованы 94,6%; физическими лицами укомплектованы 80% должностей. Вакантных должностей около 3 тысяч.

Потребность во врачебных и провизорских кадрах на 1 января 2008 г. составляет около 5 тыс. чел., из них 1737 чел. – потребность в профильных специалистах.

В 2007 г. закончен пересмотр устаревших штатных нормативов и принят комплекс нормативных правовых актов в области штатного нормирования, включая штатные нормативы работников поликлиник, стационаров, нормы времени обслуживания при оказании амбулаторно-поликлинической помощи.

К сожалению, не улучшается ситуация с укомплектованностью врачами учреждений здравоохранения, расположенных в сельской местности. 10 больниц сестринского ухода на конец 2007 г. не были укомплектованы врачами – по пять больниц в Витебской и Гомельской областях. Также не укомплектованы врачами 36 врачебных амбулаторий, из них по 11 в Витебской и Могилевской областях, 8 – в Минской, 5 – в Брестской, 1 – в Гомельской области.

Как видно из этих данных, наиболее серьезные проблемы в Витебской области (в которой есть свой медицинский университет и которая отличается уникально высоким уровнем обеспеченности врачами областного центра). Это свидетельствует о низкой эффективности работы Управления здравоохранения Витебского облисполкома с местными исполнительными и распорядительными органами управления по закреплению медицинских кадров.

В начале 2000-х гг. в республике был минимальный и крайне недостаточный выпуск врачей, что связано с резким и необоснованным сокращением при-

ема в высшие медицинские учебные заведения в середине 1990-х гг. В сравнении с этим периодом и выпуск, и прием возросли в полтора раза.

Выпуск врачей составил 1890 специалистов, из них 80% молодых специалистов направлены в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Прием в вузы в 2007 г. составил 2725 человек, из них 42% – за счет внебюджетных средств. На условиях целевой подготовки осуществляется прием на 12% бюджетных мест.

Прием в медицинские колледжи и училища составил 3367 человек, из них 33% – за счет внебюджетных средств.

В 2008 г. планируется увеличение приема в медицинские вузы за счет средств республиканского бюджета до 2100 человек, из них до 20% – на условиях целевой подготовки.

Установлены новые специальности при подготовке в субординатуре и расширен перечень специальностей при стажировке, что должно улучшить ситуацию по подготовке профильных специалистов.

Увеличение приема в ВУЗы должно сопровождаться адекватным укреплением их материальной базы, включая обеспечение студентов общежитиями. Это в значительной мере определяет качество подготовки врачебных кадров и объем экспорта образовательных услуг. В 2007 г. Министерством здравоохранения согласовано с Министерством образования и Мингорисполкомом строительство общежития для Белорусского медицинского университета.

Экспорт образовательных услуг возрос на 16% и составил около 3 млн долл.

Проведена структурная реорганизация в сфере организационно-методического руководства системой медицинского образования. Создан Республиканский методический центр по высшему и среднему медицинскому и фармацевтическому образованию. Центр среднего медицинского и фармацевтического образования присоединен к Белорусскому государственному медицинскому колледжу.

Предпринятые в 2000-е годы меры по оптимизации приема в высшие медицинские учебные заведения значительно улучшили перспективы кадрового обеспечения организаций здравоохранения, но требуется решение комплекса проблем, связанных

- с распределением и структурой кадровых ресурсов в системе здравоохранения;
- качеством подготовки специалистов и внедрением современных образовательных технологий;
- мотивацией медицинских работников в качественном и интенсивном труде;
- сочетанием специализации врачебной деятельности с ее интеграцией на уровне общей врачебной практики;
- повышением профессионального и социального статуса работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

В 2008 г. в сфере медицинского образования необходимо:

во-первых, разработать и утвердить образовательные стандарты, учебные планы и программы по специальностям с учетом инновационных технологий, а также с конкретизацией критериев, являющихся условием допуска специалистов к самостоятельной профессиональной деятельности, включая виды и количество освоенных операций, исследований, манипуляций, процедур;

во-вторых, принять меры к подготовке и изданию национальных учебников для студентов медицинских вузов;

в-третьих, разработать систему повышения квалификации профессорско-преподавательского состава медицинских вузов.

Республика Беларусь располагает мощным научным медицинским потенциалом, который вносит значительный вклад в укрепление здоровья народа. В системе здравоохранения работают 3 тысячи научных и научно-педагогических работников, среди которых 350 докторов и 1350 кандидатов наук. В течение года защищено 16 докторских и 128 кандидатских диссертаций.

Труд наших ученых получил признание на самом высоком уровне. Президентом Республики Беларусь на Первом съезде ученых Республики Беларусь награждены 10 ученых-медиков.

В 2007 г. продолжалась работа по созданию республиканских научно-практических центров как оптимальной формы взаимодействия науки и практики. На базе действующих учреждений организованы научно-практические центры травматологии и ортопедии, онкологии и медицинской радиологии, медицинских технологий.

Главой государства утверждена Государственная программа инновационного развития Республики Беларусь на 2007–2010 годы, разделом которой является Программа инновационного развития здравоохранения. План ее финансирования на 2007 г. составил 49,6 млрд руб.; освоение средств – около 100%. В рамках реализации программы выполнялись 38 проектов, из них 6 проектов строительства и реконструкции республиканских научно-практических центров и научно-исследовательских институтов.

Ведущей задачей остается повышение эффективности научной деятельности и ориентация ее на достижение наиболее значимых социальных целей, решение конкретных задач практического здравоохранения.

Среди такого типа задач – импортозамещение, стандартизация медицинских технологий, создание оптимальной модели здравоохранения и усиление профилактической направленности в работе отрасли.

В числе важных условий повышения эффективности научной деятельности можно выделить следующие: должна быть четко налажена система контро-

ля внедрения инновационных технологий, а также работа патентной службы.

Таким образом, успехи в социально-экономическом развитии Республики Беларусь, повышении уровня жизни народа и развитии здравоохранения привели к улучшению состояния здоровья населения, росту рождаемости, средней продолжительности жизни, снижению смертности.

Одна из основных целей в социально-экономическом развитии государства – закрепление положительной динамики медико-демографических процессов и реализация Национальной программы демографической безопасности.

Очевидно, что выполнить эту задачу невозможно без комплексного решения проблем охраны здоровья. Сплочению, координации работы всех общественных структур должно способствовать проведение Года здоровья, которым объявлен 2008-й.

План проведения Года здоровья предусматривает мероприятия практически по всем возможным направлениям охраны здоровья. При этом особое внимание должно быть уделено проблемам формирования здорового образа жизни, культуре человека и его поведению. Это совместная сфера влияния и ответственности многих государственных и общественных структур, включая министерства образования, здравоохранения, спорта и туризма, культуры и информации.

Объем проводимой работы по пропаганде здорового образа жизни очень большой, но следует признать, что эффективность ее недостаточна. Результаты пропаганды, санитарно-просветительной работы – это не количество лекций, акций, выставок, праздников и видеороликов, а такие показатели, как объем продажи табачных изделий и потребления алкоголя в расчете на душу населения, параметры физического развития детей, подростков, молодежи и остального населения.

Необходимо создание национальной воспитательной и образовательной системы, направленной на воспитание устойчивых навыков здорового образа жизни, начиная с детского возраста. Национальная программа демографической безопасности предусматривает преподавание специального курса в учебных заведениях по здоровому образу жизни. Для этого нужны подготовка хороших программ, хороших учебников, хорошо подготовленных преподавателей и отношение к этому курсу, как к одной из основных и наиболее важных дисциплин.

Очевидно, что в решении этой проблемы требуется совместная, интенсивная и плодотворная работа систем образования и здравоохранения. Это реальная возможность воспитать здоровое поколение. Кроме того, всегда нужно помнить, что проблема здорового образа жизни – это проблема всей системы здравоохранения, а не только центров гигиены и эпидемиологии. Каждый врач должен добиваться

коррекции образа жизни своего пациента, должен сам быть примером для пациента. Все нужно начинать с себя, включая массовую физкультурно-оздоровительную работу, которая в Год здоровья должна быть организована в каждом учреждении здравоохранения.

Формируя стратегию развития отрасли нельзя не учитывать, что здравоохранение – это исключительно сложная, тонкая, социально-чувствительная сфера деятельности. Любые коренные преобразования в ней должны быть тщательно подготовлены, продуманы, просчитаны, отработаны экспериментально, и, в конечном итоге, они не могут быть "революционными". По мировому опыту, для кардинальных изменений модели здравоохранения требуются не менее 10–15 лет.

Стратегические проблемы повышения интенсивности и качества медицинской помощи, реструктуризации здравоохранения, рационального и эффективного использования ресурсов должны иметь экономический механизм реализации.

Для создания такого механизма нужен кадровый потенциал специалистов в области организации и экономики здравоохранения, имеющих широкий кругозор, профессионально разбирающихся в моделях здравоохранения, тенденциях в развитии мирового здравоохранения, системах оплаты медицинских услуг и труда медицинского персонала, образовательных системах, системах управления качеством медицинской помощи.

В конечном итоге, требуется качественно новый уровень подготовки таких специалистов, и никак не может устроить ситуация, которая сложилась на всех кафедрах общественного здоровья и здравоохранения, включая кафедру Белорусского государственного медицинского университета. Не располагает необходимым научным потенциалом и Центр медицинских технологий.

Общественное здравоохранение и экономика здравоохранения, как разделы медицинской и экономической науки, должны создавать фундамент для будущих преобразований в системе здравоохранения и идти впереди практики, а не "плестись" вслед за ней.

При этом специалисты по организации и экономике здравоохранения не могут пассивно ожидать, когда кто-то их чему-то научит – следует постоянно заниматься самообразованием, вносить предложения по стратегии развития отрасли, выделять базовые организации здравоохранения, выполняющие модельные функции по передовым формам организации медицинской помощи, и распространять их опыт.

Во всех периодических медицинских изданиях необходимо ввести постоянные рубрики, обзоры по вопросам состояния, тенденциям в развитии мирового здравоохранения.

В конечном итоге в Республике Беларусь должна быть сформирована собственная, оптимальная, образцовая модель здравоохранения.

Необходимо сохранить при этом самые ценные черты советской модели, включая низкозатратное по уровню административных расходов прямое бюджетное финансирование и всеобщую доступность медицинской помощи, но исключить свойственные этой модели элементы экстенсивного развития.

В числе основных направлений деятельности системы здравоохранения в 2008 г. особо следует выделить следующие:

1. Безусловное выполнение государственных и отраслевых программ в области охраны здоровья, направленных на снижение заболеваемости и смертности населения. Полное освоение финансовых средств, предусмотренных на их реализацию.

2. Организация диспансеризации взрослого и детского населения и повышение эффективности работы по формированию у населения здорового образа жизни.

3. Реконструкция детских больниц, укрепление материально-технической базы лечебных учреждений, в том числе на селе.

4. Увеличение видов и объемов высокотехнологичной медицинской помощи, а также подготовка специалистов, необходимых для развития медицины высоких технологий.

5. Увеличение экспорта медицинских услуг, расширение перечня платных медицинских услуг, а также регламентация порядка их оказания.

6. Продолжение работы по формированию сети республиканских научно-практических центров; усиление их организационно-методических функций.

6. Интенсификация использования больничного коечного фонда, внедрение стационарозамещающих технологий.

7. Рациональное использование бюджетных средств и отработка оптимальной методики планирования объемов медицинской помощи.

8. Внедрение компьютерных информационных технологий.

В целом, 2007 год был благополучным для социально-экономического развития белорусского государства и системы здравоохранения. Достигнуты наибольший за последние четверть века рост рождаемости, наибольшее за семь лет нового века снижение смертности. Усилилась положительная динамика основных показателей деятельности.

В Год здоровья работники здравоохранения обязаны сделать все возможное, чтобы тенденции к укреплению здоровья нации приняли долговременный характер, а здоровый образ жизни стал национальной идеей и основой поведения каждого гражданина Республики Беларусь.