

В Министерстве здравоохранения Республики Беларусь

ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2006 ГОДУ И ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА 2007 ГОД

В.И.Жарко

Министр здравоохранения Республики Беларусь

(Доклад на итоговой коллегии Министерства здравоохранения 21 февраля 2007 г. *)

На 3-м Всебелорусском народном собрании Глава государства определил основную задачу отрасли: сохранив бесплатную и доступную медицинскую помощь, существенно повысить ее качество за счет использования передовых технологий, создания новых современных медицинских центров, преодоления различий в обеспеченности медицинской помощью городского и сельского населения.

В 2006 г. достигнуты значительные успехи в реализации этих задач и в динамике основных медико-демографических процессов.

На внедрение передовых технологий и модернизацию здравоохранения направлена Концепция развития отрасли. Многое сделано по ее реализации, включая внедрение нормативов расходов на здравоохранение на одного жителя и формирование республиканского технологического уровня оказания медицинской помощи.

Срок действия Концепции развития здравоохранения истекает в 2007 г. Руководителям органов и организаций здравоохранения, всей медицинской общественности следует определить основы новой Концепции.

Без использования экономических форм управления сложно решать проблемы повышения эффективности работы здравоохранения. Поэтому стратегическая цель – переход к финансированию согласованных объемов стационарной, стационарозамещающей и скорой медицинской помощи по установленным тарифам (для внедрения метода глобального бюджета – оплаты заказанных и согласованных объемов стационарной помощи – нужны тарифы, определяющие стоимость лечения одного больного

* — Печатается в сокращении

по разным нозологиям, либо использование диагностически связанных групп). Амбулаторно-поликлиническую помощь можно финансировать по нормативам на одного прикрепленного жителя. Организации здравоохранения должны иметь экономическую самостоятельность в использовании заработанных финансовых средств.

Один из важных элементов, которому в современных условиях нужно уделять значительно больше внимания, – внедрение компьютерных информационных технологий. Без этого модернизация здравоохранения вообще невозможна. Поэтому необходимо:

- наладить подготовку квалифицированных специалистов по медицинской информатике;
- последовательно внедрять в организациях здравоохранения электронный документооборот, включая введение электронных медицинских карт пациента;
- широко использовать в образовательных и информационных целях Интернет-ресурсы.

Очевидно, что все концептуальные вопросы требуют формирования современной научно-педагогической школы в области организации и экономики здравоохранения, подготовки специалистов, профессионально знающих действующие в мире модели здравоохранения и тенденции в развитии отрасли.

В 2007 г. обязательно нужно организовать постоянно действующий семинар по вопросам стратегии развития отрасли, организации и экономики здравоохранения.

Успехи в социально-экономическом развитии, повышении уровня жизни народа и развитии здравоохранения благотворно отразились на состоянии здоровья населения республики в 2006 г. Число умер-

ших снизилось на 2,4%, число родившихся возросло на 6,4%.

Системой здравоохранения обеспечено дальнейшее снижение:

- младенческой, перинатальной, детской и материнской смертности;
- послеоперационной летальности при острой хирургической патологии;
- заболеваемости с временной нетрудоспособностью;
- первичной инвалидности, в том числе инвалидности трудоспособного и детского населения;
- общей инфекционной заболеваемости и заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями.

Значительно улучшилось финансовое обеспечение отрасли. Благоприятная экономическая ситуация, внимание Президента и Правительства способствовали решению проблем технического переоснащения организаций здравоохранения, росту объемов закупки медицинской техники и лекарственных средств. Инвестиции в строительство объектов здравоохранения возросли на 30%.

Программно-целевое планирование является одной из основ нашей системы здравоохранения. Принят ряд правовых и программных документов, определяющих политику в области здравоохранения в новой пятилетке.

♦ Выполнены запланированные мероприятия Государственной программы возрождения и развития села. На ее реализацию израсходовано 254 млрд руб. бюджетных средств (175% к плану). Количество амбулаторий в селах возросло на 15. Число больниц сестринского ухода увеличилось с 90 до 104. Медицинским оборудованием оснащены 162 врачебные амбулатории, в том числе 99 в агрогородках. Закуплено 179 единиц санитарного автотранспорта, из них для организаций в агрогородках – 104. Полностью закончены капитальные ремонты с элементами реконструкции на 113 объектах здравоохранения, расположенных в агрогородках.

♦ Во исполнение Государственной программы реализации основных направлений деятельности, определенных Концепцией развития здравоохранения, проводились реконструкция и переоснащение операционных залов и реанимационных мест в центральных районных больницах. За счет средств республиканского бюджета закуплено медицинское оборудование на сумму 31 млрд руб. В соответствии с этой Программой в 2006–2007 гг. должна быть обеспечена реконструкция 19 родильных домов и отделений. За счет средств республиканского бюджета для них закуплено медицинское оборудование на сумму 13,5 млрд руб. Строительно-монтажные работы ведутся по реконструкции десяти родильных домов; высока степень готовности акушерского корпуса Лидской центральной районной больницы. По остальным объектам работы на стадии проектирования.

♦ Выполнена Программа реконструкции и переоснащения операционных блоков и реанимационных отделений в больницах скорой медицинской помощи и областных больницах, за исключением работ, осуществляемых в больнице скорой медицинской помощи г. Минска.

♦ В августе 2006 г. утверждена Программа развития здравоохранения на 2006–2010 гг. Финансирование основных мероприятий Программы предусмотрено на 2007-й и последующие годы.

В системе **"Фармация"** объем закупок лекарственных средств в 2006 г. возрос на 24%, объем реализации – на 22%. В рамках государственного заказа поставлено лекарственных средств на 75% больше, чем в 2005 г.

В связи с принятием Закона "О лекарственных средствах" подготовлен ряд нормативных правовых актов, включая законопроект о внесении изменений и дополнений в законодательные акты Республики Беларусь по вопросам лекарственного обеспечения.

Наряду с рядом положительных тенденций, следует отметить рост задолженности бюджетов за отпущенные медикаменты (с 12 до 17,6 млрд руб.). Остается открытым вопрос о введении в штаты клинических фармакологов и их подготовке.

В числе основных задач 2007 г.:

- Создание службы контроля качества лекарственных средств на базе Республиканской контрольно-аналитической лаборатории;
- Организация лаборатории по проблемам практической фармации и фармакоэкономического анализа;
- Внедрение автоматизированных систем по планированию централизованных закупок лекарственных средств, учету движения лекарственных препаратов в организациях здравоохранения, учету отпуска лекарственных препаратов бесплатно и на льготных условиях.

Объем закупок медицинской техники и изделий медицинского назначения предприятиями **"Белмедтехника"** в 2006 г. возрос на 30%. При этом закупка отечественной продукции возросла на 43,6%, что позволило сократить затраты валютных средств.

Вместе с тем, ситуация с техническим оснащением организаций здравоохранения остается сложной. 80% медицинской техники имеет сроки эксплуатации свыше 10 лет, в том числе 36% – свыше 20 лет. Правительством утверждена Государственная программа разработки и производства медицинской техники и изделий медицинского назначения на текущую пятилетку. В соответствии с ней будет продолжаться работа по развитию отечественной медицинской промышленности, направленная на импортозамещение.

Одна из основных задач 2007 г. – завершение реконструкции и переоснащения родильных домов и отделений, операционных блоков и реанимационных в центральных районных больницах. Руководители

организаций здравоохранения обязаны принять все необходимые меры по своевременной подготовке проектно-сметной документации и выполнению строительных работ.

Нельзя забывать: мало закупить оборудование – нужны своевременная подготовка помещений, персонала для работы с новой техникой, качественное техническое обслуживание; интенсивное (не односменное) использование дорогостоящего оборудования.

В последние годы существенно изменились подходы в политике **укрепления материально-технической базы**. Основной объем государственных капитальных вложений направляется на реконструкцию действующих объектов здравоохранения.

Работы по строительству и реконструкции объектов здравоохранения в 2006 г. профинансированы в объеме 259 млрд руб. В эксплуатацию введены три объекта: роддом научно-практического центра "Мать и дитя", корпуса НИИ травматологии и ортопедии, НИИ онкологии и медицинской радиологии. Всего введены 161 больничная койка и амбулаторно-поликлинические организации на 191 посещение в смену.

В 2007 г. необходимо:

- Выполнить инвестиционную программу. В первом полугодии ввести в строй после реконструкции корпуса научно-практического центра "Кардиология".

Обеспечить реконструкцию и строительство НИИ эпидемиологии и микробиологии, Республиканского центра трансплантологии и клеточных биотехнологий, научно-практических центров неврологии и нейрохирургии, "Мать и дитя" и других объектов.

- В соответствии с Государственной программой возрождения села выполнить работы по капитальному ремонту сельских организаций здравоохранения, оснащению их холодным и горячим водоснабжением, выводу из зданий с печным отоплением.

- В первом полугодии завершить по всей системе здравоохранения работы по оснащению организаций автономными источниками электроэнергии.

- Продолжить и активизировать работы по благоустройству организаций здравоохранения.

В 2006 г. значительно улучшилось **финансовое обеспечение отрасли**. Расходы на здравоохранение профинансированы в сумме 3,23 триллиона рублей, что на 19% выше предыдущего года.

Продолжалась реализация мероприятий по эффективному и рациональному использованию ресурсов здравоохранения. Сокращены 267 больничных коек. Выполнены задания по энергосбережению и сэкономлено в результате этого 3,9 млрд руб. В целом, расчетная экономия бюджетных средств составила 17,3 млрд руб.

На 2007 г. расходы на здравоохранение по системе Минздрава определены в сумме 3,87 трлн руб.,

что на 19% выше уточненного бюджета 2006 г. Расходы должны составить 4,2% прогнозируемого объема валового внутреннего продукта; в расчете на одного жителя – 397 тыс. руб. (185 долл.).

Минимальные нормативы бюджетной обеспеченности в расчете на одного жителя по регионам республики утверждены на 2007 г. в размере от 311 тыс. руб. в Минской до 356 тыс. руб. в Могилевской области. Средний норматив по регионам республики – 338 тыс. руб. (158 долл.).

Среднемесячная заработная плата работников здравоохранения в 2006 г. составила 521 тыс. руб. (243 долл.), что по отношению к среднемесячной заработной плате в промышленности составляет 81%, в народном хозяйстве – 88%. Зарплата врача составила 907 тыс. руб., медицинского работника со средним медицинским образованием – 508 тыс. руб., младшего медперсонала – 316 тыс. руб.

Значительно повышена оплата труда персонала, выполняющего высокотехнологичные, сложные медицинские вмешательства и интенсивную терапию. Увеличилась также оплата труда врачей и медицинских сестер участковой службы и общей практики, что способствовало повышению укомплектованности этими специалистами. Но в целом она остается низкой, особенно в Минске, где поликлиники укомплектованы лишь на 55–65%.

Сложившаяся система оплаты труда не обеспечивает должную ее дифференциацию в зависимости от квалификации, нагрузки, результатов деятельности и степени ответственности.

Минздрав считает необходимым:

- повысить оплату труда врачам-молодым специалистам;
- установить дополнительные меры стимулирования труда при заключении контрактов с работниками здравоохранения;
- увеличить в два раза надбавки отдельным категориям работников (включая работников участковой службы, общей практики и скорой медицинской помощи) за продолжительность непрерывной работы.

Формируя политику в области оказания населению платных медицинских услуг, следует учитывать, что ни одна система здравоохранения в мире не обходится без дополнительных средств, привлекаемых сверх общественных источников финансирования. Платные медицинские услуги нужны. Необходимы наиболее рациональные формы их предоставления. В 2006 г. выполнено задание по росту объема платных медицинских услуг. По системе Минздрава их объем по отношению к 2005 г. составил 110,5%. Доходы от внебюджетной деятельности возросли на 44,5 млрд руб. Создано 12 унитарных предприятий, оказывающих населению платные медицинские услуги.

Кадровое обеспечение. В 2006 г. состоялся наибольший (1825 человек) за многие годы выпуск специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим об-

разованием. Общая численность врачей возросла на 565 человек.

В 2005 г. были не укомплектованы врачами четыре участковые больницы. По итогам 2006 г. впервые все участковые больницы укомплектованы врачами. Число амбулаторий, не укомплектованных врачами, сократилось в полтора раза (их осталось 30, половина приходится на Могилевскую область).

Выпуск специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием, наоборот, наименьший за ряд лет – 2299 чел.

Прием в высшие медицинские учреждения образования был увеличен на 379 чел. и составил 2585 чел.

Все выпускники высших медицинских учреждений образования направлены на стажировку по 23 специальностям (в 2005 г. стажировка проводилась только по 15 специальностям). Общее количество медицинских специальностей для подготовки врачей-стажеров увеличено до 26.

Восстановлена подготовка студентов 6-го курса в субординатуре:

- лечебного факультета – по хирургии, терапии, акушерству и гинекологии;
- педиатрического факультета – по педиатрии, детской хирургии, детской анестезиологии и реаниматологии.

Одна из проблем кадровой политики – несбалансированность распределения врачебных кадров. Следует разработать отраслевой баланс медицинских кадров, т.е. определиться по оптимальному процентному соотношению их численности. Прежде всего, это касается четырех основных форм предоставления медицинской помощи (доля врачей работающих в амбулаторно-поликлинических ЛПО, в системе скорой медицинской помощи, в стационарах и стационарозамещающих подразделениях).

В современных условиях научно-педагогический персонал, специалисты по организации здравоохранения, кадровики должны владеть хотя бы минимальным уровнем знаний по действующим в мире образовательным системам. "Резидентура" (система последипломного образования), система подготовки сестринского персонала и его функции в мировой практике сильно отличаются от модели Семашко: для получения сертификата специалиста нужна более длительная и сложная подготовка; сестринское образование во многих развитых странах рассматривается как высшее.

Сложившееся соотношение приема в медицинские ВУУ и средние специальные учреждения образования (2585 к 2171, т.е. 1 к 0,84) уникально и в мировой практике нигде не отмечено. Врачи у нас нередко выполняют сестринские функции, а сестры – функции младшего медицинского персонала. Это один из важных моментов, определяющих нехватку врачей, несмотря на высокий уровень обеспеченности ими в международном сопоставлении.

Ситуация, характеризующаяся преобладанием приема в высшие, а не средние специальные учреждения образования, не может быть долговременной. Нужно пересматривать систему сестринского образования, приближать функции сестер к врачебным и повышать их социальный статус. Тогда они будут больше востребованы и значительно снизится потребность во врачебных кадрах.

В целом, нужна серьезная перестройка системы подготовки медицинских кадров. В частности, должна быть активизирована работа по стандартизации образовательных технологий с уточнением количественных и качественных критериев – освоенных операций, манипуляций, процедур, которыми в обязательном плане должны владеть различные специалисты.

Необходимо пересмотреть планы стажировки и в основу их положить конкретную практическую работу. Внедрить дневник-табель регистрации навыков врача-стажера, предусмотреть сдачу зачетов по нормативной базе соответствующей специальности, и только после этого допускать стажера к экзамену.

Значительно больше внимания следует уделять подготовке врачей по вопросам этики, деонтологии, медицинской психологии.

В числе стратегических вопросов кадровой политики требуется разработка и введение республиканского регистра работников здравоохранения.

В 2007 г. необходимо:

- значительно усилить контроль за трудоустройством выпускников в организациях первичного звена, включая агрогородки;
- разработать единые программы подготовки субординаторов по ряду специальностей ("Терапия", "Педиатрия", "Хирургия", "Акушерство и гинекология", "Детская хирургия", "Анестезиология и реаниматология детская");
- решить вопросы, связанные с организацией подготовки высококвалифицированных медицинских кадров на базе республиканских научно-практических центров.

Тесно связана с проблемами кадровой политики **работа с обращениями граждан**. В 2006 г. в Министерство здравоохранения поступило 6349 письменных обращений. 36% из них – из г. Минска. Примерно в 2/3 случаев люди обращаются напрямую в Минздрав, минуя непосредственно руководство организаций здравоохранения.

В структуре обращений более половины приходится на вопросы оказания медицинской помощи, несогласие с решениями медико-реабилитационных экспертных комиссий, просьбы об определении группы инвалидности.

Одна из отличительных особенностей белорусской модели здравоохранения – сформированная **система социальных стандартов**.

Выполнен важнейший из социальных стандартов в области здравоохранения – норматив бюджетной

обеспеченности расходов на здравоохранение. В расчете на душу населения расходы составили 331 тыс. руб. (планировалось 318 тыс. руб.). По всем регионам, кроме Гродненской области, расходы на одного жителя больше установленных законом "О бюджете" минимальных нормативов, причем по городу Минску превышение составило 17,5%.

Конечной целью работы отрасли является укрепление здоровья белорусского народа. Рассматривая сложившуюся медико-демографическую ситуацию и те изменения, которые произошли в ней и работе лечебно-профилактических организаций в 2006 г., следует отметить, что динамика основных медико-демографических процессов позитивная.

Наиболее значительное снижение смертности в прошлом году достигнуто в Гродненской области (4,3%).

Смертность населения республики снизилась почти по всем основным классам заболеваний (кроме болезней органов пищеварения и мочеполовой системы). В частности:

- от болезней системы кровообращения смертность снизилась на 3,2%;
- от новообразований – на 1%;
- от внешних причин – на 6,2%.

Но основные проблемы остаются, и, очевидно, что для их решения, для обеспечения демографической безопасности необходимы скоординированные усилия всех государственных структур. Среди этих проблем:

- Высокая смертность мужчин от внешних причин и болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте (в основном связанная с нездоровым образом жизни).
- Высокая разница в состоянии здоровья, продолжительности жизни городского и сельского населения.
- Высокая смертность от болезней системы кровообращения.
- Рост общей заболеваемости, распространенности хронической патологии, во многом обусловленный старением населения.
- Неудовлетворительное состояние репродуктивного здоровья, включая низкий удельный вес нормальных родов.

Болезни системы кровообращения являются основной причиной смертности и инвалидности населения Беларуси. В 2006 г. на эти болезни в структуре смертности пришлось 55,4%. Постепенное старение населения оказывает существенное влияние на динамику заболеваемости и смертности по этому классу болезней.

Одно из важнейших направлений в развитии кардиологической службы – проведение мер, направленных на снижение распространенности артериальной гипертензии.

В 2006 г. измерением артериального давления было охвачено более 4,4 млн чел. Уровень выявляемости больных артериальной гипертензией вырос на

18,5%. Выявляемая распространенность артериальной гипертензии составляет около 15% численности взрослого населения. Примерно на том же уровне оценивается и распространенность ишемической болезни сердца.

Результаты деятельности кардиологической службы в 2006 г. в целом положительные, но следует отметить, что явно недостаточны контрольные, аналитические и организационно-методические функции научно-практического центра "Кардиология".

Не разработан алгоритм движения, направления больных кардиологического профиля по территориальным технологическим уровням от районного до республиканского звена. В частности, нужна четкая информация по каждому району, области: сколько больных нуждается в аорто-коронарном шунтировании, сколько – в стентировании, протезировании клапанов, электрокардиостимуляции.

Наши ученые опираются на данные исследований и статистику Запада, но собственной статистики до сих пор нет. Областные кардиологические диспансеры превратились в территориальные поликлинические организации со стационарными отделениями, утратились от организационно-методических функций и контроля работы кардиологических кабинетов.

В целом, подходы к организации работы службы необходимо кардинально менять. Создана современная материально-техническая база, которая и в текущем году пополнится новым оборудованием, но упущены организационно-методические функции, вопросы подготовки кадров, не отработана должным образом стратегия развития; отдельных больных государство по-прежнему вынуждено направлять на лечение за рубеж.

В числе текущих задач кардиологической службы:

- Пересмотр клинических протоколов с позиций доказательной медицины (с включением статинов).
- Обеспечение интенсивной терапии в кардиологических и инфарктных отделениях и введение с этой целью новых штатных нормативов.
- Реабилитация и диспансерное наблюдение за больными, перенесшими реконструктивные операции на сердце и сосудах.
- Восстановление курсов повышения квалификации на базе научно-практического центра "Кардиология".
- Создание кардиологического диспансера в Минской области.

Доля новообразований в структуре смертности населения – 13,3%. В деятельности онкологической службы сохраняются положительные тенденции. Разработаны республиканские стандарты диагностики и лечения онкологических больных; внедрены стационарозамещающие технологии, в том числе амбулаторная хирургия и амбулаторное лечение на лучевых установках; введен радиотерапевтический комплекс в НИИ онкологии.

Снизилась, но остается высокой, доля больных, выявленных в IV стадии процесса – 15,7% (2005 г. – 16,8%).

Бесспорно, головная организация – Институт онкологии обеспечил значительное улучшение качества оказания онкологической помощи на республиканском уровне, но не выполняет в должной мере контрольные, аналитические и организационно-методические функции по улучшению ситуации на местах. Так, первичный скрининг онкопатологии организован явно неудовлетворительно (в частности, выявление онкологических заболеваний женской репродуктивной системы). Не на должном уровне работают онкопульмонологические комиссии. В 2007 г. необходимо устранить эти недостатки, усилить профилактическую направленность в работе онкологической службы, включая внедрение скрининговых программ и массовую санитарно-просветительную работу, должна быть продолжена работа по внедрению клинических протоколов.

Доля *смертности от внешних причин* в общей структуре смертности – 11,4%. Ежегодно от этих причин умирают 15–17 тыс. граждан, причем около 3/4 из них – люди трудоспособного возраста. От отравлений алкоголем в 2006 г. погибло 2923 чел., от самоубийств – 2825 чел.

Отмечен дальнейший рост объемов высокотехнологической помощи, оказываемой *ортопедо-травматологической службой*. Количество эндопротезирований крупных суставов в сравнении с 2005 г. возросло в полтора раза и составило около двух тысяч.

Программой демографической безопасности поставлены цели внедрения современных технологий лечения сочетанной и черепно-мозговой травмы. В ближайшие годы планируется внедрить клеточные технологии в лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Одна из задач текущего года в области снижения смертности от внешних причин – разработка и реализация государственной программы национальных действий по профилактике самоубийств.

На *болезни органов пищеварения* в структуре смертности приходится относительно немного – 3,2%, но заслуживает внимания многолетний рост смертности от этих болезней, причем он происходит в основном за счет людей трудоспособного возраста. В 2006 г. смертность от этой патологии возросла на 2,3%. Основная причина смертельных исходов – цирроз печени, а главный этиологический фактор – алкоголь.

Необходимо создать полноценные отделения гастроэнтерологии в областных центрах, оснастить их эндоскопическим оборудованием, открыть районные и межрайонные консультативно-диспансерные кабинеты.

Следует отметить, что на складывающуюся в гастроэнтерологии ситуацию не отреагировали ученые, в частности, нет предложений по включению

проблемы в планируемые научно-исследовательские работы.

Нужен пересмотр клинических протоколов лечения болезней печени и поджелудочной железы, должен быть разработан алгоритм ведения гастроэнтерологических больных при гепатитах, циррозах и их осложнениях, желудочных кровотечениях, основанный на современных медицинских технологиях, действенной должна стать диспансеризация с ранней противорецидивной терапией.

В республике сохранилась тенденция к снижению *общей инфекционной заболеваемости*, включая вакциноуправляемые инфекции. Снизилась заболеваемость по группе острых кишечных инфекций, вирусными гепатитами, эпидемическим паротитом, коклюшем. Не было летальности от острых кишечных инфекций; более чем вдвое снизилась летальность от менингококковой инфекции (с 26 до 12 случаев).

Завершены дополнительная иммунизация взрослого населения против дифтерии и компания иммунизации подростков против краснухи. Против дифтерии привито более 2,5 млн чел., против краснухи – более 1 млн чел. Благодаря этому заболеваемость данными инфекциями снизилась соответственно на 45 и 39%.

В то же время резко возросла заболеваемость корью (146 случаев против 1 случая в 2005 г.). Осуществлен комплекс противоэпидемических мероприятий, и, в результате, с октября 2006 г. новые случаи заболевания корью не регистрировались.

Осложнилась ситуация по бешенству, в связи с чем Правительством утвержден Комплексный план мероприятий по профилактике бешенства на пятилетку.

В связи с неблагополучием в сопредельных странах по "птичьему гриппу" особое внимание уделялось вопросам иммунизации населения против гриппа. В 2006 г. привито около 800 тыс. чел.

В утвержденной Государственной программе обеспечения санитарно-эпидемического благополучия населения поставлена цель ликвидации заболеваемости населения бешенством, дифтерией, корью, врожденной краснухой, столбняком. В ближайшее время следует подготовить республиканскую программу иммунопрофилактики на 2007–2010 гг.

В последние годы наметилась тенденция к стабилизации ситуации по ВИЧ-инфекции. На 1 января 2007 г. зарегистрировано 7747 случаев, в том числе 733 – в 2006 г.

При этом СПИД – это единственная инфекционная болезнь, давшая увеличение числа умерших (с 78 до 159). В данных условиях при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией интенсифицирована работа по выявлению пациентов с ВИЧ-инфекцией для взятия их на антиретровирусную этиотропную терапию. Если в 2005 г. лечение получали 89 чел., то в 2006 г. – более 600.

Впервые за последние 6 лет достигнуто снижение смертности от туберкулеза (причем более чем на 10%).

Заболеваемость в сравнении с 2005 г. снизилась на 2,5%. Несмотря на наметившиеся положительные тенденции, ситуация по туберкулезу остается напряженной. В структуре впервые выявленных больных увеличивается удельный вес социально дезадаптированных лиц: 15% страдают хроническим алкоголизмом, более четверти – безработные. Заболеваемость сельского населения выше заболеваемости городского в 1,7 раза. По Могилевской области отмечается высокий рост заболеваемости туберкулезом детей в возрасте до 15 лет. Регистрируется высокая заболеваемость туберкулезом медицинских работников.

С учетом мировой практики, фтизиатрической службе необходимо значительно шире использовать стационарозамещающие технологии для лечения и реабилитации тех лиц, которые достаточно социально адаптированы и не представляют эпидемиологической опасности. В то же время, для хронических больных с постоянным бактериовыделением нужно создавать специальные отделения или больницы (возможно – типа больниц сестринского ухода).

Должен быть решен ряд юридических вопросов, связанных с принудительным обследованием и лечением отдельных контингентов больных туберкулезом. Количество коек для принудительного лечения нужно привести в соответствие с потребностью.

Ежегодно в республике увеличивается число людей, попадающих в физическую и психическую зависимость от *алкоголя и наркотиков*. В 2006 г. продолжалась работа по их раннему выявлению, активному наблюдению и комплексному лечению.

Общее число наблюдаемых больных к настоящему времени составляет 269 тыс. чел. Заслуживает внимания рост числа наблюдаемых женщин (на 9%), несовершеннолетних (на 4%) и больных наркоманией (на 4,6%).

Число больных алкоголизмом увеличилось на 2,6% и достигло 176 тыс. чел.

В текущем году необходимо обеспечить жесткий контроль выполнения Государственной программы по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма, включая работу по профилактике алкоголизма среди несовершеннолетних.

Важнейшей государственной задачей является *охрана здоровья женщин и детей*. Уровни материнской и младенческой смертности традиционно входят в число основных индикаторов состояния любой системы общественного здравоохранения.

Материнская смертность снизилась с 15,6 до 11,4 на 100 тысяч живорожденных. Наиболее высокий уровень материнской смертности зарегистрирован в г. Минске и Минской области – по 3 случая. В структуре материнской смертности на прямые акушерские причины приходится 36%, на экстрагенитальную патологию – 64%.

Младенческая смертность снизилась с 6,4 до 5,2‰. Это – лучший показатель среди стран бывшего СССР. Среди регионов республики лучший пока-

затель в Минске – 4,2‰, худший – в Витебской области (6,4‰).

Перинатальная смертность снизилась с 4,9 до 4,6‰, смертность детей в возрасте до 5 лет – с 8,4 до 7,2‰. Лучший показатель в Минске – 5,6‰, худший – в Витебской области (8,4‰).

Выживаемость детей, страдающих онкогематологическими заболеваниями, в Республиканском научно-практическом центре детской онкологии и гематологии повысилась до 72%. По этому показателю Беларусь занимает второе место в Европе.

Число родов в 2006 г. вдвое превысило число аборт, в то время как в 2005 г. это соотношение было 1:0,7.

В 2006 г. утверждена Президентская программа "Дети Беларуси" на 2006–2010 гг. Продолжается выполнение мероприятий Национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2004–2010 гг.

2007 год объявлен Годом ребенка, и медицинские работники должны сделать все для снижения смертности и заболеваемости детей, укрепления их здоровья.

Медицинская помощь подросткам с 2006 г. оказывается в детских организациях здравоохранения, установлена кратность диспансеризации детей школьного возраста – два раза в год.

Увеличились объемы высокотехнологичной помощи, в частности:

- Количество эндоскопических операций возросло на 38% (24,5 тыс.). Это позволяет отказаться от травмирующих вмешательств и сохранять детородную функцию у женщин репродуктивного возраста.

- Почти в полтора раза увеличилось количество гемодиализов в Республиканском центре детской нефрологии и гемодиализа.

- В центре детской кардиохирургии на 18% возросло число оперативных вмешательств у детей с врожденными пороками сердечно-сосудистой системы.

Тем не менее, нет должной четкости в работе Центра детской кардиохирургии. Прежде всего, отсутствуют банк данных о детях, которые нуждаются в кардиохирургической помощи, планы или программы ее обеспечения, должный анализ ситуации на уровне районов, областей и в целом по республике.

В частности, необходимо дать четкие разъяснения, какие пороки сердца и внутриутробного развития подлежат коррекции, какие – некурабельны, а поэтому являются показаниями для прерывания беременности. Знать это должны и генетики, и акушеры-гинекологи. Также нужно четко отработать план диспансерного наблюдения прооперированных детей и направления их на реабилитацию.

Удельный вес бесплодных супружеских пар в Беларуси составляет около 15%. С учетом этого в научно-практическом центре "Мать и дитя" открыто отделение вспомогательных репродуктивных техноло-

гий. В текущем году запланировано проведение 120–150 циклов экстракорпорального оплодотворения.

В 2007 г. стоят очень важные задачи, связанные с укреплением материально-технической базы службы охраны материнства и детства. Это – завершение реконструкции родильных домов и отделений, а также техническое переоснащение детских областных и городских больниц.

Хирургическая служба в республике переоснащается и постепенно выходит на новый технологический уровень.

В сравнении с 2000 г. послеоперационная летальность снизилась с 0,7 до 0,3%.

Наблюдается снижение послеоперационной летальности при острой хирургической патологии (в 2006 г. – с 0,49 до 0,44%). Лучший показатель – в Минске (0,22%).

За последние пять лет втрое снизилась послеоперационная летальность при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии, острой кишечной непроходимости и ущемленной грыже.

Утверждены клинические протоколы по острой хирургической патологии.

В детской хирургии послеоперационная летальность снизилась с 0,37 до 0,22%. Достижением детской хирургии можно считать отсутствие послеоперационной летальности при остром аппендиците, кишечной непроходимости и ущемленной грыже.

В целом, положительная динамика показателей работы хирургической службы во многом связана с развитием эндоскопических технологий. В 2006 г. выполнены 31 тыс. видеоэндохирургических вмешательств, что составляет около 10% общего количества операций.

За 5 лет число операций на сердце возросло более чем в 2 раза (с использованием искусственного кровообращения – более чем в 3 раза), число операций на сосудах – на треть.

Одна из важных задач текущего года – организация работы кардиохирургических коек, которые открыты на базе торакальных отделений областных больниц.

Актуальной остается проблема лечения острого панкреатита. Хотя послеоперационная летальность снижена в сравнении с концом 1990-х гг. почти вдвое, она остается самой высокой в группе больных с экстренной хирургической патологией.

Проблемным остается вопрос лечения больных при глубоких ожогах 25–30% поверхности тела. Сегодня большинство из них погибает. Лечение таких больных требует внедрения активной хирургической тактики, современных клеточных технологий, что предусмотрено при реконструкции ожогового центра на базе больницы скорой медицинской помощи.

На протяжении ряда лет рассматривается как важный элемент реструктуризации системы оказания медицинской помощи развитие амбулаторной хирургии, но должного прогресса в решении этой проблемы нет.

Основным резервом снижения смертности нефрологических больных с терминальной почечной недостаточностью является трансплантация почки. В 2006 г. выполнено 20 трансплантаций, в текущем – намечается около 35. Однако, лист ожидания включает 224 пациента с терминальной хронической почечной недостаточностью. Очевидно, что нужно ускорить процесс введения нового закона "О трансплантации органов и тканей человека", завершить работы по созданию Республиканского центра трансплантологии и клеточных биотехнологий.

Скорая медицинская помощь – одна из наиболее доступных, массовых и социально значимых форм оказания населению медицинской помощи. Количество выездов на тысячу жителей в 2006 г. возросло с 288 до 293 (от 261 выезда в Витебской области до 319 – в Гомельской).

К сожалению, нет позитивных сдвигов в решении проблемы укомплектованности службы врачами кадрами. В Минске и Гомельской области не укомплектована четверть должностей.

За год получено 200 санитарных автомобилей, из них 81 закуплен для Минской области и 42 – для Минска. В других регионах темпы обновления автомобильного парка низкие, более трети автомобилей эксплуатируются свыше допустимого срока.

Высок износ электрокардиографов, дефибрилляторов, недостаточно глюкометров; лишь половина бригад укомплектована аппаратами для ингаляции кислорода.

С целью улучшения доступности и качества скорой медицинской помощи необходимо обеспечить:

- разукрупнение подстанций с учетом нагрузки и времени доезда,
- создание новых подстанций в строящихся микрорайонах и дополнительных постов в отдаленных населенных пунктах в сельских районах.

Обеспечение службы новым портативным медицинским оборудованием, производство его на предприятиях республики, оснащение реанимобилями – это важнейшая задача во всем комплексе проблем технического переоснащения системы здравоохранения.

Внедрение *медицинской реабилитации* следует рассматривать как один из основных элементов реструктуризации системы здравоохранения. В мировой практике используют разнообразные формы активной реабилитации в больницах, дневных стационарах и в домашних условиях.

На конец 2006 г. в республике функционируют 288 отделений и центров медицинской реабилитации, включая 17 центров медицинской реабилитации и 26 отделений ранней медицинской реабилитации для больных кардиологического, неврологического и ортопедо-травматологического профилей.

Работа службы способствует положительной динамике показателей первичного выхода на инвалид-

ность и росту показателей реабилитации инвалидов. В 2006 г. первичная инвалидность снизилась среди взрослого населения – на 5,6%, трудоспособного населения – на 4,0%, среди детей и подростков – на 0,9%.

Для повышения эффективности работы службы медицинской реабилитации необходимо решить вопросы укомплектования ее врачами-реабилитологами, инструкторами по лечебной физкультуре и оснащения специальным оборудованием. Научно-исследовательскому институту медико-социальной экспертизы и реабилитации нужно обеспечить должное научно-методическое сопровождение работы службы.

Рассмотрим некоторые **общие проблемы организации и стратегии развития медицинской помощи** населению республики.

В 2006 г. несколько возрос уровень госпитализации населения по системе Минздрава – с 26,4 до 26,6 в расчете на 100 жителей. Он остается наиболее высоким в мире. Число койко-дней в расчете на одного жителя в год в Беларуси более трех – даже без учета ведомственных служб. В экономически развитых странах число койко-дней на одного жителя колеблется от 0,5 до 2. Расходы на стационарную помощь в республике вдвое превосходят расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь.

Оценка данной ситуации тесно связана с одним из основных положений действующей Концепции развития здравоохранения – реструктуризацией системы оказания медицинской помощи, которая должна обеспечить перераспределение ресурсов на самые эффективные направления деятельности и интенсификацию лечебно-диагностического процесса.

Формируя политику в этой области, мы не вправе игнорировать мировой опыт.

В настоящее время за рубежом больничная сеть преимущественно ориентирована на активное краткосрочное лечение острых случаев заболеваний. Вслед за этим используются разные варианты долечивания, реабилитации, оказания медико-социальной помощи, включая медицинский патронаж на дому. Никакое "недолечивание" больному не грозит в том случае, если определяется и выполняется поэтапный план лечения.

Режим круглосуточной госпитализации не должен практически полностью определять структуру и функции больниц. На их базе нужны амбулаторно-консультативные отделения, подразделения амбулаторной хирургии, стационары на дому и дневные стационары. В конечном итоге это означает:

- определенную конвергенцию, совмещение функций больницы и поликлиники;
- переадресацию в больницы амбулаторного лечения сложных случаев заболеваний (разумеется, тогда, когда лечение их выходит за пределы реально сложившихся возможностей поликлинической сети).

В перспективе не обойтись без внедрения экономического механизма реструктуризации, поскольку

сметная постатейная система финансирования – далеко не лучший вариант для создания прямой заинтересованности в реструктуризации, экономии и перераспределении ресурсов.

Ни в коей мере нельзя оправдать сложившуюся тенденцию к ухудшению использования больничного коечного фонда. В 2006 г. занятость коечного фонда осталась на уровне 2005 г. (306,6 дней в году), в то время как еще в 2000 г. занятость составляла 330 дней в году. Самая низкая занятость в Гомельской области – 288 дней в году. Нет жесткого контроля функции больничной койки, хотя решение коллегии по итогам работы за 2005 год нацеливало региональные органы управления на такой контроль.

В существенной мере способствует этому принятая методика формирования территориальных программ государственных гарантий оказания медицинской помощи. Если мы доводим для исполнения относительно низкий уровень госпитализации, то должны детально продумать, сколько коек и где необходимо сократить и какая нагрузка должна быть на функционирующую больничную койку. При доведении нормативов для формирования этих программ нужно обеспечить полную согласованность всех взаимосвязанных показателей: планируемое число коек, занятость, длительность госпитализации, оборот, число пролеченных больных, уровень госпитализации, число койко-дней в расчете на численность населения.

Поручения Центру медицинских технологий заниматься технологией формирования территориальных программ, а не только механическим сбором информации, давались неоднократно, но никаких сдвигов нет, как и продвижения в разработке нормативных и методических материалов по вопросам реструктуризации.

Пассивна позиция региональных органов управления здравоохранением в проработке и решении концептуальных проблем развития отрасли.

Следует отметить, что Беларусь продолжает лидировать в мире не только по уровню госпитализации населения, но и по числу посещений к врачам в год в расчете на одного жителя. В 2006 г. только по системе Минздрава – 12,7 посещений, т.е. по официальным статистическим данным получается в среднем более одного посещения в месяц.

Тем не менее, сохраняется много проблем, включая неуккомплектованность первичного звена специалистами, очереди в поликлиниках. Участковые терапевты и педиатры в Беларуси составляют лишь восьмую часть врачей и, при этом, не выполняют в должной мере координирующие, интегрирующие функции, что сказывается на общем числе посещений. Не способствует оптимизации числа посещений "самонаправление" пациентов к отдельным узким специалистам.

В целом, нужен максимум помощи при минимуме посещений, но ни в коем случае не наоборот.

Необходимо периодически анализировать структуру посещений, включая оценку доли, приходящейся на лиц трудоспособного возраста и на пенсионеров.

Число посещений к врачам в год на одного жителя в Республике Беларусь в среднем вдвое выше, чем в экономически развитых странах, за исключением Германии и Японии (в России – 9 посещений). В существенной мере разница связана с функциями медсестер, которые за рубежом приближены к врачам. Они сами ведут прием отдельных больных, сами выписывают рецепты на постоянно принимаемые лекарства и пр.

Разными авторами отмечается: в 80% случаев лечение заболеваний начинается и заканчивается **на уровне первичного звена**. Именно этому звену нужно уделять максимальное внимание и добиться ощутимых сдвигов в улучшении его работы.

Следует:

– обеспечить техническое переоснащение организаций первичной медицинской помощи с использованием аппаратуры, выпускаемой отечественной промышленностью;

– добиваться решения социальных вопросов, от которых зависит закрепление медицинских кадров в первичном звене;

– повысить квалификационный уровень работников первичного звена, наладить обеспечение их методической литературой;

– конкретизировать стратегию развития в отношении внедрения общей врачебной практики, в том числе в городах;

– наладить организационно-методическое сопровождение работы амбулаторно-поликлинической сети;

– внедрять новые формы работы.

Многие вопросы не могут быть решены вне концепции развития общей врачебной практики (не только на селе), причем внедрение ее требует иной подготовки (после университета – двухгодичная клиническая ординатура; "из участкового врача" – стажировка на рабочем месте + 6-месячный цикл специализации на кафедре общей врачебной практики МАПО).

Именно в развитии первичной медицинской помощи залог максимального вклада здравоохранения республики в выполнение Национальной программы демографической безопасности.

В системе **управления качеством медицинской помощи** особое значение придается разработке и внедрению клинических протоколов.

В 2006 г. утверждены "Порядок разработки и внедрения клинических протоколов" и ряд новых редакций клинических протоколов, сформирован Реестр новых медицинских технологий.

В целом, многогранная проблема управления качеством в здравоохранении включает ряд задач.

Необходимо создать четкую организационную структуру службы стандартизации в составе голов-

ной и базовых организаций; обеспечить репрезентативность клинических протоколов по всем формам оказания медицинской помощи, включая амбулаторно-поликлиническую и высокотехнологичные медицинские услуги; создать банк данных по доказательной медицине и привести в соответствие с ним клинические протоколы; обеспечить подготовку клинических руководств.

Нужна также оптимальная технология клинико-экспертной работы. По каждой специализированной службе должны быть разработаны и утверждены индикаторы качества ее работы и модели конечных результатов деятельности.

Решение всех этих вопросов требует, в первую очередь, системной подготовки управленцев, специалистов БЕЛЦМТ по вопросам организации и экономики здравоохранения, их постоянного самообразования, создания дееспособной научно-педагогической школы.

В области развития **медицинской науки** следует отметить разработку перспективного Плана инновационного развития отрасли на 2006–2010 гг.

В 2006 г. завершены три отраслевые научно-технические программы. Начато выполнение программ:

– "Лечебные и диагностические технологии";

– "Инфекционные заболевания и микробиологические биотехнологии";

– "Современные клеточные и молекулярно-генетические технологии".

Одна из основных задач – оптимизация сети, структуры и функций республиканских научно-практических центров с целью формирования полноценного республиканского технологического уровня оказания медицинской помощи. В текущей пятилетке следует в основном завершить работу по формированию сети этих центров.

Нужно учесть, что НИИ с клиниками и республиканские научно-практические центры – это один тип организаций здравоохранения, а, значит, они должны иметь одинаковое наименование и статус.

В 2007 г. нужно подготовить типовое положение о республиканских научно-практических центрах.

Центром медицинских технологий и отделом науки должна быть внедрена четко налаженная система мониторинга и анализа объемов социально значимой высокотехнологичной помощи и внедрения новых технологий в практику. БЕЛЦМТ должен организовать работу по пересмотру системы сбора, обработки, анализа статистической информации, которая в настоящее время содержит много балластных данных и, одновременно, в ней отсутствуют многие показатели, необходимые для оперативного и стратегического управления системой здравоохранения в современных условиях.

Важнейшей социально-экономической задачей как 2007 г., так и пятилетки, является закрепление и

развитие наметившихся в последние годы позитивных медико-демографических тенденций.

В числе основных задач, которые должны быть решены в системе здравоохранения в 2007 г., следует особо выделить следующие:

- Реализация Государственных программ:
 - демографической безопасности;
 - развития здравоохранения;
 - возрождения и развития села;
 - основных направлений совершенствования деятельности организаций здравоохранения, определенных Концепцией развития здравоохранения;
 - по санитарно-эпидемическому благополучию населения, преодолению пьянства и алкоголизма, профилактике ВИЧ-инфекции.
- Продолжение работ по реконструкции и переоснащению структур операционного, реанимационного профиля, родильных домов и отделений, детских больниц.
- Интенсификация мероприятий по экономии ресурсов, включая дальнейшее сокращение нерационально используемого коечного фонда, усиление контроля за его использованием, внедрение стационарозамещающих и энергосберегающих технологий.
- Принятие исчерпывающих мер по реализации Декрета Президента Республики Беларусь №2 "О мерах по дальнейшей де бюрократизации государственного аппарата".
- Усиление организационно-методических функций в управлении амбулаторно-поликлинической, стационарной, стационарозамещающей медицинской помощью, медико-социальной помощью, специализированными медицинскими службами, а также в создании четкой системы управления качеством в здравоохранении.
- Отработка оптимальной методики целевой диспансеризации тех категорий населения, которые вносят наибольший вклад в структуру смертности.

- Реализация Концепции развития высокотехнологичной медицинской помощи и мониторинг объемов высокотехнологичной помощи по социально значимым позициям.

- Внедрение компьютерных информационных технологий и пересмотр системы статистической отчетности.

- Завершение работ по подготовке законопроекта о внесении изменений и дополнений в закон "О здравоохранении".

- Разработка концепции развития отрасли до 2015 г.

Нужно значительно активизировать работу по формированию у населения здорового образа жизни. Добиться, чтобы это была целостная, национальная образовательная и воспитательная система, начиная со школьной скамьи. Без этого выполнить программу демографической безопасности вообще невозможно.

Работники здравоохранения сами должны быть наглядным примером для всего населения. Если врач курит, не занимается физкультурой, как он может учить больного, что так поступать нельзя?

В целом, 2006 год был весьма благополучным для белорусского государства. Наблюдался подъем экономики, рост благосостояния, значительное улучшение медико-демографических процессов. В системе здравоохранения сохранена положительная динамика основных показателей деятельности; приняты активные меры по модернизации, техническому переоснащению; утвержден ряд важных программных и правовых документов.

Конечная задача у нас одна – повышение эффективности работы в сфере укрепления здоровья нации; экономное, бережное использование государственных инвестиций в здравоохранение. Каждый вложенный рубль должен дать максимальную отдачу, каждый работник должен внести свой вклад в укрепление здоровья белорусского народа.