



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

31.12.2021 № 1700

г. Мінск

г. Минск

Об утверждении Концепции развития хирургической помощи в Республике Беларусь на 2022-2025 годы

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, постановления коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 февраля 2021 г. № 4.1. «Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2020 году и основных направлениях деятельности на 2021 год», с целью улучшения качества и обеспечения безопасности хирургической помощи

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Концепцию развития хирургической помощи в Республике Беларусь на 2022-2025 годы (далее – Концепция) (прилагается).
2. Начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома разработать в срок до 1 апреля 2022 г. планы реализации концепции развития хирургической помощи областей и г. Минска и представить их в Министерство здравоохранения.
3. Руководителям профильных государственных учреждений здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения, разработать в срок до 1 апреля 2022 г. планы мероприятий по реализации Концепции и представить их в Министерство здравоохранения.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Кроткову Е.Н.

Министр

Д.Л.Пиневич

УТВЕРЖДЕНО
Приказ
Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
31.12.2021 г. № 1700

КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ НА 2022-2025 ГОДЫ

1. ВВЕДЕНИЕ

Концепция развития хирургической помощи в Республике Беларусь на 2022-2025 годы (далее – Концепция) разработана в соответствии с действующими законодательными и нормативными правовыми актами в области здравоохранения, Государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021 – 2025 годы и определяет приоритетные направления реализации государственной политики в целях повышения доступности и качества оказания медицинской помощи гражданам страны.

2. ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ КОНЦЕПЦИИ

В последнее десятилетие в Республике Беларусь широкое развитие получили высокотехнологичные виды оказания хирургической помощи в области кардиохирургии, трансплантологии, травматологии и ортопедии, нейрохирургии, урологии. Вместе с тем, имеется ряд проблем, связанных с организацией оказания специализированной хирургической помощи на районном уровне.

Районные больницы, не имея достаточного потока пациентов хирургического профиля, проводят стационарное лечение терапевтическим пациентам и пациентам, которым она может быть оказана в амбулаторных условиях, что также было установлено при проведении в 2021 году медицинской аккредитации государственных организаций здравоохранения. В более трети ЦРБ оперативная активность в общей хирургии составляет менее 40%, преимущественно за счет оперативных вмешательств, выполненных в амбулаторных условиях. Количество хирургических вмешательств на 1 хирургическую койку в год варьирует от 12 в организациях здравоохранения Витебской области до 17 – в Брестской области. Низкое количество операций на 1 хирургическую койку имеет место в Витебской, Минской, Могилевской областях.

Неритмичность закупок расходных материалов, высокий процент износа медицинского оборудования и инструментария, отсутствие во

многих регионах современного оборудования ограничивает доступность оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи на межрайонном уровне.

В настоящее время произошло перераспределение потока пациентов: уменьшение количества пациентов, которые ранее получали хирургическую помощь в центральных районных больницах (далее – ЦРБ), и увеличение количества пациентов, которым выполнены хирургические вмешательства в городских и областных организациях здравоохранения, профильных республиканских научно - практических центрах. Хирургические отделения крупных организаций здравоохранения вынужденно выполняют большой объем рутинных хирургических вмешательств вместо более активного развития высокотехнологичной медицинской помощи.

Таким образом, маломощные ЦРБ не могут обеспечить оказание населению хирургической помощи на современном уровне. Снизилась доступность хирургической помощи для жителей малых городов и удаленных населенных пунктов. В такой ситуации необходимо перераспределить потоки пациентов на межрайонные хирургические центры на базе крупных ЦРБ или центральной городской больницы.

В настоящее время в структуре хирургической помощи в республике сформирована четырехуровневая система оказания медицинской помощи. Однако в организации этой системы нет единых подходов, нет единых критериев определения уровня хирургической помощи, оптимального для каждого уровня оснащения и объема хирургических вмешательств, нет единых подходов в вопросах маршрутизации пациентов с хирургической патологией.

В этой связи целесообразно принятие единой концепции развития хирургической помощи, которая позволит рационально использовать имеющиеся материальные ресурсы и профессиональные кадры.

Вместе с тем, оптимизация хирургической помощи не должна восприниматься как закрытие маломощных хирургических отделений. В небольших городах нет необходимости сохранять круглосуточный хирургический стационар. Необходимо сформулировать задачи для хирургических отделений разных уровней, с учетом оснащения, кадрового потенциала, территориального местоположения.

Мультидисциплинарный подход оказания хирургической, кардиохирургической, нейрохирургической, ортопедотравматологической, урологической помощи возможен в организациях здравоохранения с соответствующим профилем коек, оснащением и квалифицированным кадровым потенциалом.

Для обеспечения доступности и качества оказания хирургической помощи населению в ряде областей изданы приказы главных управлений по здравоохранению облисполкомов об организации хирургической помощи в межрайонных отделениях. Ряд ЦРБ в настоящее время выполняют функции межрайонных центров на функциональной основе, которые оказывают плановую и экстренную хирургическую помощь населению, в том числе близлежащих районов, выполняют широкий спектр экстренных и плановых хирургических вмешательств, имеют высокие показатели хирургической деятельности.

При организации межрайонных хирургических центров на функциональной основе необходимо учитывать наличие санитарного транспорта, состояние дорог, радиус доставки пациентов (до 50-70 км). Все это влияет на время доставки пациента в организацию здравоохранения, где имеются необходимые условия для оказания хирургической, в том числе ортопедотравматологической, нейрохирургической, урологической помощи на современном уровне.

Концентрация современного лечебно-диагностического оборудования, специализированных отделений (нейрохирургических, ортопедотравматологических, урологических), квалифицированных специалистов, высокого уровня анестезиолого-реанимационного обеспечения в межрайонных центрах позволит обеспечить доступную квалифицированную и качественную как экстренную, так и плановую специализированную медицинскую помощь соответствующего профиля.

Учитывая высокую потребность в использовании современных, высокотехнологичных и наукоемких методов оказания медицинской помощи в повседневной хирургической практике, требуется усиление роли кафедр медицинских университетов, государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (далее-БелМАПО) и профессиональных медицинских ассоциаций с целью оказания научной, организационно-методической и лечебно-консультативной помощи организациям здравоохранения на всех уровнях оказания медицинской помощи посредством развития лабораторий по отработке практических навыков, а также повышения компетенций врачей-специалистов хирургического профиля, проведения семинаров, вебинаров, мастер-классов, использования телекоммуникационных технологий и т.д.

Предлагаемый проект Концепции развития хирургической помощи в Республике Беларусь до 2025 года разработан в целях повышения доступности и качества оказания медицинской помощи гражданам республики.

3. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Структура хирургической службы представлена разветвленной сетью амбулаторно-поликлинических подразделений, хирургическими отделениями и специализированными отделениями.

Экстренная и неотложная медицинская помощь обеспечивается службой скорой медицинской помощи, а также выездными бригадами центра организации медицинского реагирования областного или республиканского подчинения.

Амбулаторная хирургия и стационарзамещающие технологии

Амбулаторно-поликлиническая помощь пациентам хирургического (в том числе нейрохирургического) профиля оказывается в травматологических пунктах, на амбулаторных приемах хирурга (травматолога, уролога) в организациях здравоохранения, имеющих профильные отделения, а также в 51 поликлинике областных центров, г. Минске и городах областного подчинения. В 2020 году за амбулаторной помощью обратилось 1,5 млн. человека. Первичные обращения составили из них 40,6%. В амбулаторных условиях выполнено 760 тысяч хирургических операций.

Расширение объема амбулаторных хирургических вмешательств в настоящее время является одной из основных задач. В качестве альтернативы круглосуточному маломощному хирургическому стационару с низкой оперативной активностью целесообразно развивать амбулаторную хирургию с койками дневного пребывания. Амбулаторная хирургия на этом уровне представлена неотложной помощью и плановыми вмешательствами небольшого объема, не ограничивающими передвижение пациентов. Необходимо рассмотреть вопрос развития центров амбулаторной хирургии в организациях здравоохранения, имеющих возможности оказания анестезиологических пособий. Это позволит перенести часть стационарных хирургических технологий в флебологию, проктологию, травматологию и ортопедию на амбулаторный уровень.

Укомплектованность врачами-хирургами для оказания амбулаторной хирургической помощи составляет 94,4%, 12,3% из них – лица старше трудоспособного возраста и 27,7% - молодые специалисты. Несмотря на увеличение количества молодых специалистов в амбулаторно-поликлиническом звене, в настоящее время остается проблема текучести кадров.

Экстренная хирургическая помощь

Всего по экстренным показаниям в общехирургические отделения в 2020 году поступило 35 753 пациента (40,2% от общего числа

госпитализированных). В 2019 году всего по экстренным показаниям в общехирургические отделения поступило 40978 пациентов (33,1% от общего числа госпитализированных).

В 2020 году экстренная хирургическая помощь оказана 24 398 пациентам (оперативная активность – 27,5%). В 2019 – экстренная хирургическая помощь оказана 27 766 пациентам (оперативная активность составила 22,3%). Послеоперационная летальность составила 0,84%. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 7,7 дня.

В целом количество экстренных хирургических вмешательств при заболеваниях органов брюшной полости за последние 5 лет сократилась на 16%, что связано с развитием плановой хирургии ЖКБ и грыж брюшной стенки, эффективностью лечения язвенной болезни и улучшением инструментальной диагностики.

Для дальнейшего повышения качества экстренной хирургической помощи необходимо использовать единые подходы в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний.

Малоинвазивные методы лечения острых заболеваний органов брюшной полости внедрены по всем регионам. За 2020 год выполнено 88760 операций на органах брюшной полости, из них 23 855 – лапароскопические, что составляет 26,8% (в 2019 году – 26,4%).

Доля лапароскопических операций при остром холецистите в 2020 году составила 80 %. В 2020 году выполнено лапароскопических холецистэктомий 4375 (всего 5473 операций по поводу острого холецистита).

Применение лапароскопических аппендэктомий у 4525 пациентов, что составляет 35 % от всех выполненных аппендэктомий в 2020 году.

Применение эндоскопических вмешательств по поводу желудочно-кишечных кровотечений у 2100 пациентов, что составляет 81 % от всех выполненных операций по поводу кровотечений из желудочно-кишечного тракта.

Различная частота применения малоинвазивных технологий связана с организацией обучения врачей и существующих предпочтениях традиционной хирургии.

Стационарная хирургическая помощь

Стационарная хирургическая помощь оказывается в центральных районных больницах (далее – ЦРБ), городских и областных больницах, организациях здравоохранения г. Минска и профильных республиканских центрах. В 2020 году выполнено 645 440 оперативных вмешательств (2019-878 657), что на 26,5% меньше, чем в 2019 году.

По статистическим данным в 2020 году хирургическую помощь оказывали более 11 тыс. врачей хирургического профиля, из них 1484 врачей – общих хирургов (коэффициент совместительства -1,42), травматологов-ортопедов – 738 (коэффициент совместительства – 1,33), нейрохирургов – 163 (коэффициент совместительства -1,50), урологов – 309 (коэффициент совместительства -1,34).

За 2020 год коечный фонд насчитывает 5088 коек общехирургического профиля, нейрохирургических – 848, ортопедо-травматологических - 2433, урологических – 1276.

Приведенные данные свидетельствуют о значимом различии в обеспеченности в регионах специализированными койками, объемах медицинской помощи, хирургической активности, эффективности использования материально-технических и кадровых ресурсов.

Общая хирургия

Выполнено 88 760 оперативных вмешательств на органах брюшной полости (2019-123 692), что на 28,2% меньше, чем в 2019 году.

Анализ функционирования коечного фонда в общехирургических стационарах в 2020 свидетельствует о существующей проблеме эффективного использования коечного фонда. Занятость общехирургической койки составляет 247,6 в 2020 году (2019г. - 300), и варьирует от 219,4 в Гродненской области до 287,2 в Брестской области. Длительность пребывания на койке колеблется от 5,7 в г. Минске до 8,6 в Витебской области. Оборот койки составляет 32, 5 (2019 -39,8) по стране: от 27,6 в Могилевской области до 43,9 в Минске.

В 2020 году на лечение в общехирургические стационары поступило 184203 пациента, пролечено 180 465 пациентов (2019 - 247 442), что на 25,6% меньше, чем в 2019 году.

Снижение данных показателей связано с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в республике, в результате чего снизилось количество обращений пациентов в организации здравоохранения, а также часть коечного хирургического фонда была перепрофилирована для оказания помощи пациентам с коронавирусной инфекцией.

Травматология и ортопедия

Всего в 2020 году развернуто травматологических 2128 и 305 ортопедических коек. Обеспеченность койками на 10 тыс. населения по республике составляет 2,6. Наибольшая обеспеченность в Гродненской области – 3,4, самая низкая в Витебской 1,8. Занятость койки в 2020 году составила 248,8 дней в году (322,8) и варьирует от 217,1 в Гродненской области до 280 в Могилевской. Длительность пребывания на койке колеблется от 8,5 в Гомельской области до 11,9 в Витебской.

Оборот койки максимальный 28,5 в Гомельской области, минимальный в – 21,5 в Витебской.

Госпитализировано в 2020 году 59205 пациентов травматологического профиля, выписано - 59026 (2019 – 76569), что на 22,7% меньше, чем в 2019 году. Выполнено 51761 хирургическое вмешательство (2019 – 75292), что на 45% меньше уровня 2019 года. Число операций на 1 стационарную койку составляет 22,2. Хирургическая активность травматологии и ортопедии составила 62,7% по республике (в 2019 - 65,8%). Низкая хирургическая активность в Гомельской области – 49,3%. Самая высокая в Витебской области- 77,1%.

Урология

В 2020 году в стране развернуто 1276 урологических коек. Обеспеченность койками на 10 тыс. населения по республике составляет 1,4. Наибольшая обеспеченность в Гомельской области – 2,29, самая низкая в Брестской области – 1,3. Занятость койки составила 238,2 (2019- 326,7), и варьирует от 213,1 в Гродненской области до 251,4 в Могилевской области. Длительность пребывания на койке колеблется от 7,0 в Гомельской области до 8,4 в Витебской области. Оборота койки (2019 - 32,2) максимальный 35,3 в Гомельской области, минимальный – 29,5 в Витебской области. Длительность пребывания на койке колеблется от 6,9 в Гомельской области до 8,4 в Витебской области.

На стационарное лечение поступило 51149 пациентов, пролечено - 51285 (2019 – 72411), что на 30% ниже чем в 2019г.

В 2020 году выполнено 40056 хирургических вмешательств, что на 29,7% меньше уровня 2019 года (51761). Реконструктивные и сложные составили 24,8% от общего числа. Число операций на 1 стационарную койку составляет 25,0. Хирургическая активность составила 53,6% по республике. Низкая хирургическая активность в Гродненской области – 44%. Самая высокая в Минской области- 77,1%.

Нейрохирургия

В 2020 году в стране развернуто 848 коек. Обеспеченность койками на 10 тыс. населения по республике составляет 0,91.

Наибольшая обеспеченность в Гомельской области – 1,1. Самая низкая в Брестской области – 0,6. Занятость койки составила 257,9 (2019 – 323,7), и варьирует от 247 в Минске до 273,3 в Гомельской области. Длительность пребывания на койке колеблется от 9,3 в Могилевской области до 1,3 в Минской области. Оборота койки максимальный 26,5 в Гродненской области, минимальный – 29,5 в Витебской области. Длительность пребывания на койке колеблется от 6,9 в Гомельской

области до 8,4 в Витебской области.оборот койки максимальный 35,3 в Гомельской области, минимальный – 17,7 в Витебской области.

Для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с черепно-мозговой травмой развернуто 148 нейротравматологических коек на базе хирургических и травматологических отделений городских, районных и областных больниц.

На стационарное лечение в 2020 году поступило 18746 пациентов, пролечено 18906 пациентов (2019 – 22486), что на 16,7% ниже, чем в 2019г. В 2020 году выполнено 9771 хирургическое вмешательство, что на 29,7% меньше уровня 2019 года (11333).

В связи с перепрофилированием коек нейрохирургического профиля в инфекционные план по пролеченным пациентам в 2020 году выполнен на 95,3%, по койко-дням – на 88,6%

Высокотехнологичные оперативные вмешательства

Ключевое направление развития здравоохранения – это повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

В республике за последние годы идет непрерывное увеличение удельного веса высокотехнологичных и сложных оперативных вмешательств. В 2020 году они составили 23,9% от общего числа операций (хирургия - 28%, нейрохирургия – 38% травматология и ортопедия - 23,9%, урология - 24,8%).

В 2020 году в республике проведено эндовидеохирургических вмешательств – 23 867 (в 2019 – 30 660), с использованием лазерной аппаратуры 23 175 (18 603), эндоскопической аппаратуры – 31 503(65 602).

Травматология и ортопедия

В 2020 году по республике высокотехнологичные и сложные оперативные вмешательства в травматологии и ортопедии составили 23,9% от общего числа операций. На областном и межрайонном уровне этот показатель – 14,5%.

В 2020 году в республике выполнено 4687 операций эндопротезирования крупных суставов (в 2019- 7396), более 3444 операций на суставах с использованием артроскопического оборудования, 1996 операций на позвоночнике.

Эндопротезирование крупных суставов является одними из социально значимых операций ортопедо-травматологического профиля. В среднем срок ожидания на эндопротезирование тазобедренных суставов составляет 1,5 года, коленных суставов – более 3 лет.

Урология

В последние годы идет непрерывное увеличение удельного веса лапароскопических методов лечения в урологии. В настоящее время удельный вес эндоскопических и малоинвазивных методов лечения мочекаменной болезни составляет 97,0% доброкачественной гиперплазии простаты – 27,9%.

Нейрохирургия

В 2020 году выполнено 3716 (38%) высокотехнологичных операций (2019 г. – 4170), что на 10,9% ниже уровня прошлого года.

В республике медицинская помощь пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения оказывается с применением высокотехнологичных реперфузионных методов лечения – тромболитической терапии и механической рентгеноэндоваскулярной тромбэкстракции.

Для диагностики и лечения сосудистых заболеваний головного и спинного мозга применяются современные инновационные рентгеноэндоваскулярные технологии: внутрисосудистая оптическая когерентная томография, эмболизация аневризм сложного анатомического строения с использованием интрасакулярных устройств, бифуркационных стентов и других ассистирующих методик, эмболизация артериовенозных мальформаций комбинированным методом с использованием трансартериального и трансвенозного доступов.

4. ЦЕЛЬ КОНЦЕПЦИИ

Цель Концепции: создание оптимальных условий оказания хирургической помощи населению Республики Беларусь, совершенствование ее организации, повышение доступности, эффективности, качества и безопасности.

5. ЗАДАЧИ КОНЦЕПЦИИ

1. Повышение качества оказания хирургической помощи населению Республики Беларусь путем оптимизации ее организационного и материального обеспечения.

2. Формирование многоуровневой системы оказания хирургической помощи: разработка проекта нормативного правового акта, регламентирующего порядок оказания хирургической помощи на всех уровнях, разработка требований к оснащению организаций здравоохранения, кадровому обеспечению, критериев качества оказания хирургической помощи, программ и мер по обеспечению безопасности хирургических вмешательств и управлению рисками осложнений и др.).

3. Совершенствование нормативных правовых актов, регламентирующих функционирование хирургической службы, в том числе, в части межрегионального взаимодействия организаций здравоохранения.

4. Дальнейшее совершенствование амбулаторной хирургии, развитие ресурсосберегающих технологий, стационарозамещающих форм оказания хирургической помощи в амбулаторных условиях.

5. Пересмотр отраслевых норм времени обслуживания взрослого населения врачами-специалистами хирургического профиля, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, штатного расписания, а также внедрение методов стимулирования специалистов с целью их закрепления на рабочих местах.

6. Оснащение хирургических отделений (кабинетов) амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения необходимым медицинским оборудованием и расходными материалами, с целью увеличения числа оперативных вмешательств и расширения их спектра.

7. Актуализация клинических протоколов по оказанию медицинской помощи пациентам с хирургической патологией и обеспечение условий для выполнения хирургических вмешательств в организациях здравоохранения различного уровня.

8. Создание регистра (базы данных) клинических протоколов по оказанию медицинской помощи пациентам с хирургической патологией для каждого уровня оказания медицинской помощи.

9. Обеспечение безопасности анестезиологического обеспечения во время выполнения хирургических и диагностических вмешательств, в раннем послеоперационном периоде, путем организации палат пробуждения, блоков послеоперационной терапии и интенсивного наблюдения, а также использования чек-листов для контроля за готовностью рабочего места в операционном блоке (зале) к оказанию хирургической и анестезиолого-реанимационной помощи.

10. Обеспечение инфекционной безопасности медицинского персонала и пациентов с целью предупреждения занесения и распространения инфекции при оказании хирургической помощи путем обучения медицинских работников вопросам инфекционной безопасности и инфекционного контроля.

11. Рациональное распределение и использование коечного фонда и материально-технических ресурсов организаций здравоохранения в соответствии с уровнями оказания хирургической помощи.

12. Совершенствование системы подготовки специалистов хирургического профиля (врачей, средних медицинских работников), в том числе, разработка и внедрение программ курсов повышения

квалификации для врачей-хирургов общего профиля по смежным специальностям (травматология, урология, нейрохирургия, детская хирургия).

13. Использование IT-технологий для обеспечения научной, организационно-методической, лечебно-консультативной помощи на всех уровнях оказания хирургической помощи.

14. Научное обеспечение совершенствования видов и технологий оказания хирургической помощи.

15. Внедрение современных методов диагностики и лечения хирургических заболеваний.

6. УРОВНИ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1-й уровень (районный):

экстренная и плановая хирургическая помощь оказывается в амбулаторных и стационарных условиях организаций здравоохранения; возможность оказания круглосуточной анестезиолого-реанимационной помощи;

объемы и виды хирургических вмешательств определяются главными управлениями по здравоохранению облисполкомов в соответствии с укомплектованностью и квалификацией медицинских работников, а также материально-техническим оснащением организаций здравоохранения.

2-й уровень (межрайонный):

экстренная и плановая хирургическая помощь оказывается в амбулаторных и стационарных условиях организаций здравоохранения; возможность оказания экстренной хирургической помощи населению из закрепленных районов при невозможности ее оказания на 1-ом уровне, в том числе, обеспечение выезда врачей-специалистов для оказания медицинской помощи на базе закрепленной организации здравоохранения 1-го уровня, перевод (при необходимости) на 2-й уровень;

оказание врачами-специалистами, имеющими соответствующую подготовку, плановой, в т.ч. хирургической помощи населению закрепленной территории;

наличие аппаратов КТ и (или) МРТ, аппаратов для УЗИ – диагностики, эндоскопического оборудования, наркозно-дыхательных аппаратов и аппаратов ИВЛ высокого и/или экспертного класса;

возможность оказания круглосуточной анестезиолого-реанимационной помощи;

организация палаты пробуждения в структуре операционного блока;

наличие транспортной реанимационной бригады (бригад) для транспортировки пациентов из организаций здравоохранения 1-го уровня;

объемы и виды хирургической помощи определяются главными управлениями по здравоохранению облисполкомов в соответствии с укомплектованностью и квалификацией медицинских работников, а также материально-техническим оснащением организации здравоохранения;

организации здравоохранения 2-го уровня оказывают организационно-методическую помощь организациям здравоохранения 1-го уровня.

3-й уровень (областной):

экстренная и плановая хирургическая помощь, в том числе высокотехнологичная, оказывается в амбулаторных и стационарных условиях областных организаций здравоохранения, а также многопрофильных организаций здравоохранения г.Минска, на базе которых отсутствуют республиканские специализированные центры на функциональной основе;

организация палаты пробуждения в структуре операционного блока;

наличие аппаратов КТ и (или) МРТ, аппаратов диагностики, эндоскопического оборудования, наркозно-дыхательных аппаратов и аппаратов ИВЛ высокого и/или экспертного класса, ангиографа;

оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной хирургической помощи населению области, г. Минска в плановом порядке по профилям хирургической патологии;

объемы хирургической помощи, в том числе высокотехнологичной, определяются главными управлениями по здравоохранению облисполкомов, комитетом по здравоохранению Мингорисполкома по согласованию с главным управлением организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

оказание экстренной хирургической помощи населению региона при невозможности ее оказания в организациях здравоохранения 1-го и 2-го уровней, в том числе, выезд врачей-специалистов для оказания медицинской помощи на базе закрепленных организаций здравоохранения 1-го и 2-го уровней, перевод (при необходимости) на 3-й уровень;

наличие транспортной реанимационной бригады (бригад) для транспортировки пациентов из организаций здравоохранения 1-го и 2-го уровней;

оказание организационно - методической помощи организациям здравоохранения 1-го и 2-го уровней осуществляется врачами-специалистами областных организаций здравоохранения, профильных кафедр медицинских университетов и БелМАПО.

4-й уровень (республиканский):

экстренная и плановая хирургическая помощь, в том числе высокотехнологичная, оказывается в амбулаторных и стационарных условиях республиканских научно-практических центров, государственного учреждения «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», многопрофильных организаций здравоохранения г.Минска, на базе которых размещены республиканские специализированные центры на функциональной основе;

объемы хирургической помощи, в т.ч. высокотехнологичной, определяются руководителями организаций здравоохранения 4-го уровня по согласованию с главным управлением организации медицинской помощи и управлением экономического анализа и развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Беларусь и комитета по здравоохранению Мингорисполкома;

оказание экстренной хирургической помощи населению республики при невозможности ее оказания в организациях здравоохранения 1-3 уровней, перевод (при необходимости) на 4-й уровень;

наличие транспортной реанимационной бригады, включающей врачей профильных РНПЦ для транспортировки реанимационных пациентов в особых случаях в т.ч. необходимость подключения экстракорпоральной мембранной оксигенации;

оказание консультативной, организационно - методической помощи организациям здравоохранения 1-3-го уровней по вопросам оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной хирургической помощи осуществляется врачами-специалистами республиканских научно-практических центров, государственного учреждения «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», сотрудниками профильных кафедр медицинских университетов и БелМАПО.

7. КРИТЕРИИ ОТНЕСЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К 1-4 УРОВНЯМ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1. Структура и объем выполняемых вмешательств, показатель хирургической активности, количество хирургических вмешательств на 1 врача-хирурга в год.

2. Оснащенность медицинским оборудованием в соответствии с примерным табелем оснащения изделиями медицинского назначения и медицинской техники амбулаторно-поликлинических и больничных организаций здравоохранения, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь (далее – табель оснащения).

3. Наличие КТ и (или) МРТ; аппаратов для УЗ-диагностики, эндоскопического оборудования, наркозно-дыхательных аппаратов и аппаратов ИВЛ высокого и/или экспертного класса, ангиографа.

4. Наличие отделения (коек) анестезиологии и реанимации, оснащение их в соответствии с табелем оснащения.

5. Наличие врачей-специалистов, имеющих соответствующую каждому из четырех уровней оказания хирургической помощи практическую и теоретическую подготовку.

6. Наличие выездной бригады в составе хирурга и анестезиолога-реаниматолога.

8. ПОДГОТОВКА КАДРОВ

В целях совершенствования профессиональной подготовки врачей-специалистов хирургического профиля планируется организация ступенчатой системы подготовки медицинских работников:

1 этап – субординатура по хирургии,

2 этап – интернатура по хирургической специальности,

3 этап – резидентура по хирургии.

Вместе с этим, совершенствование подготовки медицинских кадров будет осуществляться посредством:

совершенствования учебных программ для подготовки студентов медицинских университетов, учебных программ по хирургическим специальностям, разработка программ подготовки в резидентуре, совершенствование учебных программ повышения квалификации и переподготовки, в том числе с целью формирования универсальных и профессиональных компетенций, готовности к абстрактному мышлению, анализу, профилактической деятельности, диагностику, готовности к ведению и лечению пациентов при оказании хирургической помощи;

разработки учебных программ повышения квалификации по лапароскопической хирургии, малоинвазивной хирургии, флебологии, травматологии, урологии и нейрохирургии для общих хирургов;

проведения мастер – классов, в том числе с использованием телемедицины и интерактивных форм обучения;

использования баз межрайонных хирургических отделений для прохождения учебной практики и интернатуры студентами и выпускниками медицинских университетов;

повышения квалификации, стажировки медицинского персонала (врачебного и среднего) хирургических отделений и отделений анестезиологии и реанимации по вопросам безопасности при оказании медицинской помощи, ведения послеоперационного периода и ухода за пациентами, инфекционной безопасности и инфекционного контроля в республиканских научно-практических центрах, государственном учреждении «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»;

совершенствования института наставничества;

участия профессиональных ассоциаций в разработке порядков оказания хирургической помощи, клинических протоколов, учебных программ, аккредитации медицинских организаций, профессиональной аттестации медицинских работников.

9. ОЖИДАЕМЫЕ КОНЕЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ

Практическая реализация мероприятий Концепции в полном объеме позволит обеспечить:

выполнение показателей работы хирургической службы;

выполнение 60% малоинвазивных и эндоскопических вмешательств в плановой хирургии;

выполнение не менее 20 операций на хирургическую койку;

выполнение не менее 100 операций в год на 1 штатную единицу врача-хирурга;

внедрение в клиническую практику новых методов лечения и профилактики хирургических заболеваний;

улучшение качества и безопасности хирургической помощи (своевременная диагностика, снижение послеоперационных осложнений и летальности и т.д.) за счет использования современного оборудования и работы опытных высококвалифицированных специалистов;

улучшение уровня подготовки и создание системы непрерывного профессионального образования врачей-специалистов и медицинских сестер;

создание системы оказания доступной, качественной, эффективной и безопасной хирургической помощи на всех уровнях ее оказания;

рациональное использование материально-технической базы и кадровых ресурсов организаций здравоохранения в соответствии с задачами, стоящими перед хирургической службой в текущей пятилетке.

Социально-экономический эффект, полученный в результате реализации мероприятий Концепции, будет выражаться в:

повышении доступности, эффективности, безопасности и качества оказания хирургической, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи населению республики;

стандартизации хирургической помощи в организациях здравоохранения Республики Беларусь;

приведении материально-технической базы организаций здравоохранения в соответствии с утвержденными табелями оснащения;

улучшении качества жизни пациентам, которым была оказана хирургическая помощь, снижении уровня временной нетрудоспособности и инвалидизации граждан;

повышении удовлетворенности населения республики при оказании хирургической помощи.

В ходе проведения мониторинга реализации Концепции будет осуществляться анализ показателей, характеризующих качество оказания хирургической помощи пациентам, ее безопасности и рисков осложнений хирургических вмешательств.

Управление и механизмы реализации Концепции

Управление реализацией Концепции и контроль ее исполнения осуществляет Министерство здравоохранения Республики Беларусь и организация здравоохранения, на которую возлагается функция координатора в области организации населению хирургической помощи: государственное учреждение «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии».

Механизм реализации Концепции предусматривает реализацию мероприятий в рамках Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы.