№ 1(102)
2020

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH ORGANIZATION AND INFORMATIZATION

ISSN 2219-6587

Рецензируемый аналитико-информационный бюллетень

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Издается Республиканским научно-практическим центром медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения с 1995 г., выходит 4 раза в год

Главный редактор

М.М. САЧЕК

Редакционная коллегия:

Э.А. Вальчук
В.С. Глушанко
В.И. Жарко
И.В. Малахова *(зам. главного редактора)*
И.Н. Мороз
А.Г. Мрочек
Т.П. Павлович
Н.Н. Пилипцевич
Д.Л. Пиневич
В.Б. Смычек *(председатель редакционной коллегии)*
М.Ю. Сурмач
Н.Е. Хейфец *(отв. секретарь)*
Р.А. Часнойть
Т.М. Шаршакова
В.Д. Шило
М.В. Щавелева

Адрес редакции:

220013, г. Минск, ул.П. Бровки, 7а
Лаборатория основ стандартизации и оценки медицинских технологий РНПЦ МТ
Тел.(017) 290-75-58; e-mail: infomed@belcmt.by

© Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения Минздрава Республики Беларусь (РНПЦ МТ), 2020

В номере Contents

Проблемные статьи и обзоры
Problem Articles and Reviews

Мардас Д.М., Щавелева М.В. Рождаемость как критерий и фактор преодоления демографических угроз
Mardas D.M., Schaveleva M.V. Birth Rate as a Criterion and Overcoming Factor of Demographic Threats 4
Хейфец Н.Е., Хейфец Е.Н. Права человека в аспекте взаимоотношений врача и пациента в эру электронного здравоохранения. Часть 1. Европейская практика правового регулирования отношений, связанных с обращением специальных персональных данных
Kheifets N.Ye., Kheifets Ye.N. Human Rights in e-Health Era in Terms of Physician – Patient Relationship. Part 1. European Practice of Legal Regulation of Relations with regard to Special Personal Data Movement 10
Грачев С.С., Мороз И.Н., Заневский В.П. Организация анестезиологической помощи в амбулаторных условиях
Gratchev S.S., Moroz I.N., Zanevsky V.P. Organization of Outpatient Anesthetic Care 30
Луцкая И.К. Теория и практика организации мероприятий по профилактике кариеса
Lutskaya I.K. Theory and Practice of Organization of Caries Prevention Activity 36
Поляков В.И., Полякова О.Е. Эксплуатация систем медицинского газоснабжения: требования безопасности и нормативное регулирование
Polyakov V.I., Polyakova O.Ye. Maintenance of Medical Gas Supply Systems: Safety Requirements and Legal Regulation 43
Бойко С.Л., Сурмач М.Ю. Методологические основы и результаты изучения социальной роли руководителя в здравоохранении. Часть 2. Внутриорганизационный и социальный уровни изучения
Boyko S.L., Surmach M.Yu. Methodological Basis and Results of Study of Social Role of Manager in Healthcare System. Part 2. Intra-organizational and Social Levels of Study 49

Научные исследования
Scientific Research

Побиванцева Н.Ф., Сурмач М.Ю. Аналитические алгоритмы как механизм управленческого контроля за основными демографическими показателями (на примере Брестской области)
Pabivantsava N.F., Surmach M.Yu. Analytical Algorithms as a Mechanism of Managerial Control over the Main Demographic Indicators (on the Example of the Brest Region) 54
Петельский Ю.В. Применение технологий телемедицинского консультирования при организации госпитализации в областной многопрофильный стационар: пятилетний опыт
Piatselski Yu.V. Application of Telemedical Consulting Technologies for Hospitalization Organizing in a Regional Multidisciplinary Hospital: Five Years of Experience 65

История медицины
History of Medicine

Пилипцевич Н.Н., Павлович Т.П., Пилипцевич А.Н. Врач, ученый, мыслитель, который принадлежит всему человечеству
Piliptsevich N.N., Pavlovich T.N., Piliptsevich A.N. Physician, Scientist, Thinker Who Belongs to All Humanity 71

Юбилеи
Jubilees

Николай Николаевич Пилипцевич (к 75-летию со дня рождения)
Nikolai Nikolayevich Piliptsevich (to the 75th birthday anniversary) 78

Мониторинг национальной правовой базы по здравоохранению
Monitoring of the National Health Legal Base

Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (декабрь 2019 г. – февраль 2020 г.)
Normative-Legal Regulation on Rendering Medical Care and Ensuring Sanitary-Epidemiologic Well-being of the Population (December 2019 – February 2020) 80

Проблемные статьи и обзоры

УДК 314.015:005.334]:312.1

РОЖДАЕМОСТЬ КАК КРИТЕРИЙ И ФАКТОР ПРЕОДОЛЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ УГРОЗ

Д.М.Мардас, М.В.Щавелева

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
ул. П.Бровки, 3 корп.3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Ключевой категорией, влияющей на развитие и будущее государства с точки зрения предотвращения реализации демографических угроз, является рождаемость. Рождаемость, с одной стороны, испытывает на себе влияние целого ряда социальных факторов и потрясений; в то же время она является одним из важнейших приоритетов социальной политики. В статье авторами проанализирована динамика целого ряда показателей, характеризующих рождаемость.

Ключевые слова: Республика Беларусь; демографическая безопасность; демографические угрозы; рождаемость; общий коэффициент рождаемости; суммарный коэффициент рождаемости; календарь рождений.

Демографическое развитие современного мира сформировало для многих стран аналогичные значимые проблемы: депопуляция, старение населения, сокращение доли населения трудоспособного возраста.

Указом Президента Республики Беларусь от 9 ноября 2010 г. №575 «Об утверждении Концепции национальной безопасности Республики Беларусь» определены основные составляющие национальной безопасности нашего государства: политическая, экономическая, научно-технологическая, социальная, **демографическая,** информационная, военная и экологическая безопасность [1].

Закон Республики Беларусь «О демографической безопасности Республики Беларусь» (далее – Закон о дембезопасности) [2] устанавливает правовые и организационные основы обеспечения демографической безопасности (ДБ), которая трактуется данным Законом как «состояние защищенности социально-экономического развития государства и общества от демографических угроз, при котором обеспечивается развитие Республики Беларусь в соответствии с ее национальными демографическими интересами». В свою очередь, демографические угрозы (ДУ) – это «демографические явления и тенденции, социально-экономические последствия которых оказывают отрицательное воздействие на устойчивое развитие Республики Беларусь».

Статья 3 Закона о дембезопасности определяет ДУ и их показатели. Так, демографическими угрозами в Республике Беларусь признаны: депопуляция, старение населения, нерегулируемые миграционные процессы, деградация института семьи. При этом, ДУ определяются «нетто-коэффициентом воспроизводства населения; коэффициентом депопуляции; суммарным коэффициентом рождаемости (СКР); коэффициентами смертности населения трудоспособного возраста, в том числе коэффициентами смертности мужчин и женщин трудоспособного возраста; ожидаемой продолжительностью предстоящей жизни; коэффициентом старения населения; сальдо миграционного обмена между городской и сельской местностью, в том числе по полу, возрасту, уровню образования; численностью нелегальных мигрантов; коэффициентами брачности и разводимости».

Две из перечисленных выше демографических угроз (старение населения и депопуляция) в значительной мере детерминированы процессами рождаемости [3, 4], (рис. 1).

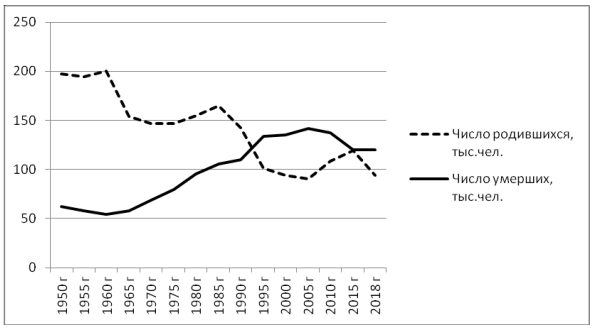

Рис. 1. Динамика численности родившихся и умерших в Республике Беларусь (1950–2018 гг., тыс. чел.)

Приведенные на рис. 1 данные наглядно демонстрируют, что с 1993 по 2015 г. в Республике Беларусь число умерших превышало число родившихся. В 2015 г. численность данных когорт практически сравнялась; коэффициент депопуляции (КД, отношение числа умерших к числу родившихся [5]) приблизился к единице, составив 1,008. Однако, в последующие годы вновь отмечено преобладание количества умерших над числом родившихся, что привело к увеличению коэффициента депопуляции: 2016 г. – 1,01; 2017 г. – 1,16; 2018 г. – 1,28. После 2015 г. увеличение КД происходило на фоне относительно стабильного числа умерших и достаточно выраженного снижения числа родившихся. В этих условиях уменьшение (стабилизация) числа умерших способно повлиять на такую демографическую угрозу как депопуляция, однако процессы старения населения будут продолжаться. Данные факты заставляют еще раз обратить внимание на некоторые проблемы рождаемости в Республике Беларусь.

Несмотря на выраженную тенденцию к снижению числа рождений, на рис. 1 четко обозначены определенные цикличные «волны», обусловленные влиянием на рождаемость целого ряда социальных факторов: в первую очередь, такого глобального социального потрясения как Вторая мировая война.

Как отмечали А.И.Гозулов и Н.И.Невская [6], послевоенный период воспроизводства населения СССР можно условно разделить на три этапа:

первый (1946–1960) – на воспроизводстве населения этого периода последствия Великой Отечественной войны сказывались еще не в полной мере;

второй (1961–1969), когда последствия войны оказали значительное влияние на уровень воспроизводства населения. Для этого периода характерно сужение женского контингента, который вступал в материнский возраст и «вследствие этого падение воспроизводительной силы населения»;

третий этап начался после 1969 года, когда материнский контингент значительно пополнился лицами, рожденными в послевоенные годы.

В целом, данная периодизация с определенными правками распространялась и на БССР. Последующие «волны» числа родившихся в БССР (Республике Беларусь) с меньшей амплитудой повторяют первые послевоенные «волны». К сожалению, для настоящего периода также характерно сужение женского населения репродуктивного/фертильного возраста. Так, в 2018 г. зарегистрирована меньшая по сравнению с 2000 и 2010 гг. численность женщин репродуктивного возраста почти по всем пятилетним возрастным интервалам за исключением интервалов 30–34 года, где отмечается преобладание над численностью аналогичных групп в 2000 и 2010 гг., и 35–39 лет (отмечается преобладание над численностью аналогичной группы 2010 г.; при этом, численность аналогичной группы женщин в 2000 г. была больше, чем в 2018 г.).

Согласно официальным статистическим данным [7, 8], в течение 1950–2018 гг. уровень рождаемости (общего коэффициента рождаемости, ОКР) в Республике Беларусь снизился на 61,18% (с 25,5‰ в 1950 г. до 9,9‰ в 2018 г.): от 56,78% в Гродненской области (с 23,6‰ в 1950 г. до 10,2‰ в 2018 г.) до 64,11% в г. Минске (с 24,8‰ в 1950 г. до 8,9‰ в 2018 г.). Снижение ОКР за анализируемый период более выражено для городского населения – на 63,7% (с 28,1‰ в 1950 г. до 10,2‰ в 2018 г.), чем для сельского – на 57,09% (с 24,7‰ в 1950 г. до 10,6‰ в 2018 г.) (рис.2, 3).

Углубленный анализ показателя ОКР в 2000–2018 гг. по регионам страны (табл.) выявил, что с начала XXI века при среднем республиканском уровне рождаемости (10,76‰) достоверно значимо ОКР отличался от республиканского в двух регионах – Брестской (11,78, $p<0,05$) и Витебской (9,54, $p<0,01$) областях. ОКР в Брестской области за анализируемый 19-летний период был са-

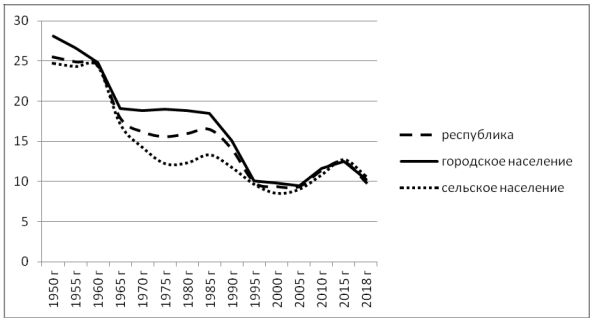

Рис. 2. Динамика общего коэффициента рождаемости для городского и сельского населения Республики Беларусь (1950–2018 гг., ‰)

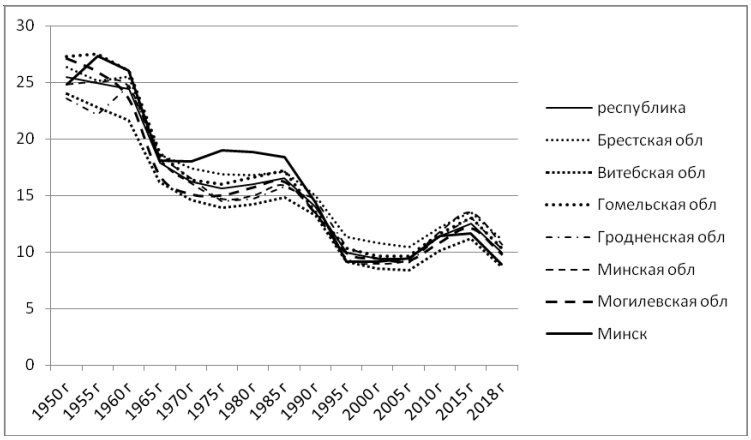

Рис. 3. Динамика общего коэффициента рождаемости по регионам Республики Беларусь (1950–2018 гг., ‰)

мым высоким в стране за исключением 2 лет: в 2013 г. область незначительно уступила лидерство по уровню рождаемости Минской области (соответственно 13,2‰ и 13,3‰, p>0,05); в 2015 г. показатель в этих двух регионах был одинаковым (13,5‰). С 2000 г. ОКР в Витебской области всегда был самым низким в республике, минимальный показатель зафиксирован в 2002 г. – 7,8‰.

Наряду с изменением ОКР в 2000–2018 гг. произошло изменение ряда других показателей, характеризующих рождаемость в Республике Беларусь.

В первую очередь, изменился **календарь рождений** (КР, тайминг рождений), под которым понимают распределение рождений во времени в течение детородного периода или периода супружества [9]. КР выступает не менее важной характеристикой рождаемости, чем ее количественные показатели (общий и суммарные коэффициенты рождаемости и др). Массовое изменение КР приводит к накоплению или сокращению числа рождений в определенном календарном периоде и порождает колебания общих показателей рождаемости. КР может рассматриваться как индикатор реагирования супружеских пар (отдельных лиц) на изменение условий жизни: откладывание рождения детей при ухудшении данных условий, а потом наверстывание отложенных рождений, когда условия жизни улучшаются. Известны случаи и «досрочной рождаемости»: в результате проведения в СССР в 80-е годы прошлого века политики по стимулированию рождаемости, у значительного числа женщин репродуктивного возраста произошли заметные сдвиги в предполагаемом КР – значительная часть рождений произошла «досрочно». В результате к концу 1980-х – началу 1990-х гг. в составе репродуктивных контингентов превалировали женщины с полностью реализованными установками на число детей. В современных условиях значимость мониторинга КР для Республики Беларусь объясняется несколькими обстоятельствами. По результатам масштабного исследования (10000 опрошенных в возрасте 18–79 лет во всех регионах Республики Беларусь) «Поколение и гендер», женщины, родившие первого ребенка в возрасте до 20 лет, к концу репродуктивного возраста достигают средней рождаемости на уровне 2,19 ребенка. Если рождение первого ребенка происходит в интервале 25–29 лет, средний уровень рождаемости составляет 1,66; для родивших после 30 лет – всего 1,36 [4]. Кроме того, КР тесно связан с понятием репродуктивных прав, которые Законом о дембезопасности определены как «возможность для всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением, времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами» [2].

Согласно официальным статистическим данным [7], средний возраст матери при рождении ребенка в Беларуси в 2018 г. составил 29,4 лет (29,8 лет – городское население и 28,2 – сельское). При рождении первого ребенка средний возраст матери составил 26,7 лет (27,1 лет – для городского населения и 25 – для сельского). Динамика изменения среднего возраста матери при рождении ребенка, в том числе первого, а также среднего возраста заключения первого брака женщиной представлена на рис. 4.

В 1990–2018 гг. средний возраст рождения ребенка увеличился на 4,1 года (или на 16,21%);

Таблица

Средний уровень рождаемости (M±m, ‰) в регионах Республики Беларусь в 2000–2018 гг.

Регион / показатель	Области						г. Минск	Республика Беларусь
	Брестская	Витебская	Гомельская	Гродненская	Минская	Могилевская		
Рождаемость (на 1000 жителей)	11,78±0,28	9,54±0,28	11,06±0,32	10,93±0,35	11,02±0,39	10,53±0,28	10,51±0,28	10,76±0,31

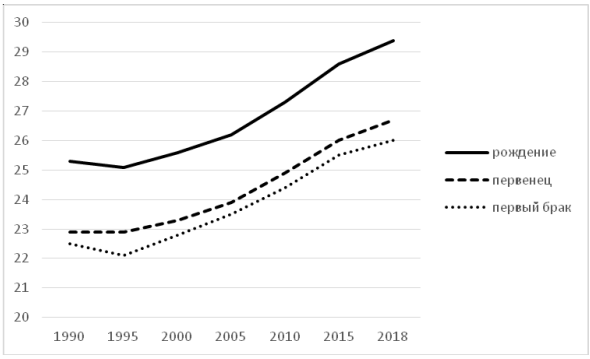

Рис. 4. Динамика среднего возраста матери при рождении ребенка (в том числе, первого), а также среднего возраста заключения первого брака женщиной в 1990–2018 гг.

первого ребенка – на 3,8 года (16,6%); вступления в первый брак – на 3,5 года (15,6%). Отмечено увеличение разницы в среднем возрасте рождения городских и сельских жительниц с 0,5 (1990) до 1,6 (2018) года, а также в среднем возрасте рождения ими первого ребенка с 1,6 (1990) до 2,1 (2018) лет.

В современных условиях изменение КР характерно для всего мира: на КР влияет уровень образования, в первую очередь, на возраст рождения первенца; тип населенного пункта, в котором проживает женщина; репродуктивное поведение женщины, в частности, возраст начала половой жизни [4, 10].

Как указано выше, важнейшим репродуктивным правом граждан является возможность принятия решения относительно количества детей. Одно из проявлений реализации данного права – рождение вторых и последующих детей. С 2012 г. наметилась тенденция преобладания среди родившихся детей второго и последующих порядковых номеров рождений ([7], рис. 5). При относительно равном числе родившихся в 2000 и 2018 гг. (соответственно 93691 и 94042 ребенка), к 2018 г. преобладающими стали вторые и последующие рождения (60,85% общего числа родившихся, или 57224 ребенка) [7]. В 2000 г. на долю вторых и последующих рождений приходилось только 42,2%; в структуре родившихся преобладали первенцы (54156 человек). Ситуация 2018 года, по нашему мнению, обусловлена целым рядом причин, в том числе, существенным уменьшением в возрастной структуре женского населения доли женщин репродуктивного/фертильного возраста. По результатам переписи 1989 года, в структуре женского населения страны женщины фертильного возраста составляли 45,6%, или 2463,5 тыс. чел.; переписи 1999 года – 49,3% (2886,9 тыс. чел.); переписи 2009 года – 48,9% (2484,6 тыс. чел.) [11, 12]. На конец 2018 года в структуре женского населения страны женщины фертильного возраста составляли только 43,5% (2198,1 тыс. чел.). Уменьшение, по сравнению с 2000 г., численности женщин в возрасте 15–24 лет в 2018 г., изменение календаря рождений, что отмечалось выше, привели к уменьшению возможности женщин более молодых возрастных групп реализовать себя через рождение количества первенцев, сопоставимых по численности с рожденными их ровесницами в 2000 г. В 2000 г. женщинами в возрасте до 24 лет было рождено 39939 первенцев (42,63% общего числа рожденных в данном

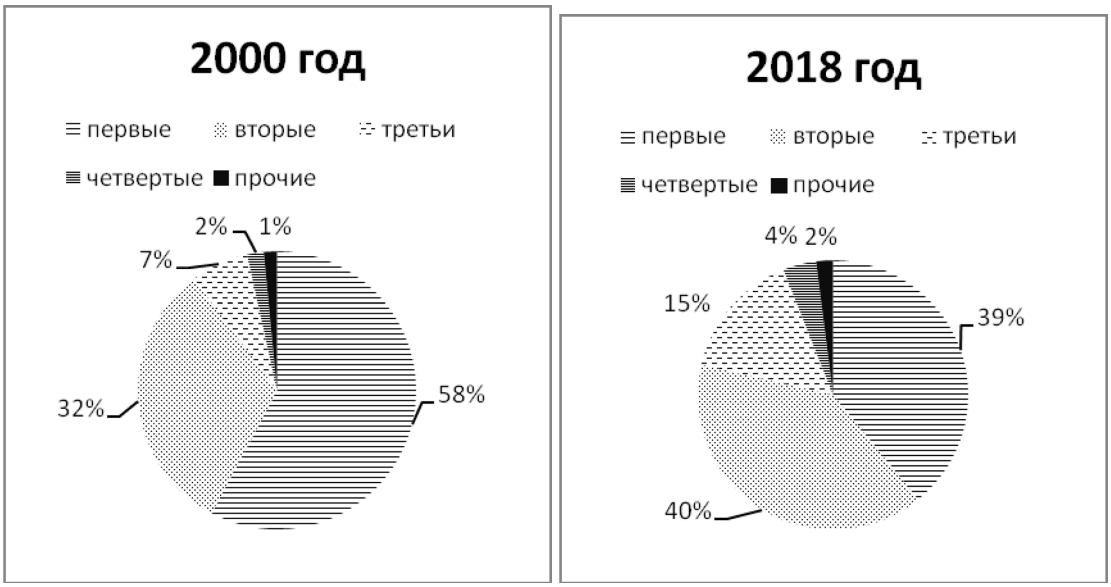

Рис. 5. Распределение детей, родившихся живыми, по порядковому номеру рождений в 2000 и 2018 гг. (в процентах)

году); в 2018 г. в 2,7 раза меньше – 14581 (15,51%) [7]. В 2000 г. значение возрастных коэффициентов рождаемости для возрастных групп моложе 20 лет и 20–24 года соответственно составило 27,4 и 109,8; в 2018 г. – 11,7 и 73,8. Тип максимальной плодовитости в течение 2000–2018 гг. «перешел» в поздний.

Вместе с тем, меры социальной поддержки материнства и детства в 2018 г. позволили женщинам более старших возрастных групп активно реализовывать свои репродуктивные права через рождение вторых и последующих детей.

При анализе и оценке демографических угроз возрастает значение суммарного коэффициента рождаемости, выражаемого числом детей, которые были бы рождены в среднем одной женщиной на протяжении всей ее жизни при условии сохранения уровня рождаемости во всех возрастах неизменным и именно таким, каков он на момент расчета коэффициента [5]. Этот коэффициент показывает «не, зачастую плохо осознаваемое, число рождений в расчете на 1000 женщин определенного возраста, а среднее число детей, рожденных одной женщиной» [3]. При этом СКР зависим от уровня брачности и от тайминга рождений [10].

Как мы уже отмечали, СКР определен Законом о дембезопасности как один из индикаторов демографических угроз [2]. Кроме того, СКР – один из целевых показателей Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [13]. В первой редакции госпрограммы предусматривалось обеспечить к 2020 г. значение СКР на уровне 1,75: 2016 г. – 1,71; 2017 г. – 1,72; 2018 г. – 1,73; 2019 г. – 1,74. Фактически в 2016 г. СКР достиг 1,733, однако в дальнейшем наметилась тенденция к его снижению: 2017 г. – 1,541; 2018 г. – 1,448. В 2019 г. с учетом сложившихся тенденций в программу были внесены изменения – целевой показатель СКР обозначен на уровне 1,37.

В странах с продолжительностью жизни более 73 лет для полного воспроизводства детьми поколения родителей необходимо, чтобы СКР составлял не менее 2,1 [3, 10]. По оценкам ООН, выполненным в 2019 г., суммарная рождаемость в мире в течение 1950–1960 – 2015–2020 гг. снизилась с 5,0 до 2,45 ребенка на одну женщину (медианный прогноз мировой рождаемости предполагает, что в 2035 г. СКР составит 2,3). В 2019 г. суммарный коэффициент рождаемости варьировал от 1,1 в Южной Корее до 6,8 в Нигере. Число стран, в которых рождаемость не обеспечивает простое воспроизводство, возросло от 4 в 1960 г. (Латвия, Эстония, Венгрия, Япония) до 93, а доля населения мира, проживающего в них, превысила 47%. К 2050 г. число таких стран, по оценкам ООН, может увеличиться до 137, а доля населения, проживающего в них, – до 70% [10].

На рис. 6 представлена динамика СКР в Республике Беларусь (1959–2018 гг.), в том числе, для городских и сельских женщин. В течение всего периода наблюдения СКР сельских женщин превышал СКР городских (в отличие от ОКР), эти различия стали нарастать после 2010 г., когда СКР городских и сельских жительниц составил соответственно 1,383 и 2,112. В 2015 г. эти значения составили 1,527 и 3,259 [7]. По нашему мнению, значимость данных различий объясняется большей отзывчивостью сельских женщин на меры материальной поддержки материнства. Для городских женщин в современных условиях только материальных стимулов в вопросе повышения рождаемости явно недостаточно. Вопросы повышения рождаемости должны оставаться приоритетом социальной политики государства.

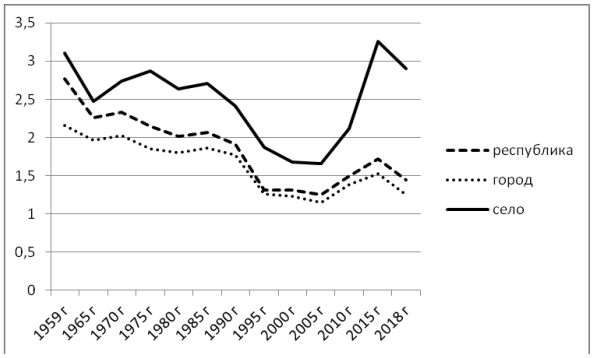

Рис. 6. Динамика суммарного коэффициента рождаемости в Республике Беларусь в 1950–2018 гг.

Заключение

Рождаемость – ключевая категория, предопределяющая будущее государства с точки зрения предотвращения реализации демографических угроз. Испытывая на себе влияние целого ряда социальных факторов, рождаемость является приоритетом социальной политики.

В 2000–2018 гг. самый высокий ОКР в Республике Беларусь отмечался в Брестской области; самый низкий – в Витебской.

После 2015–2016 гг. в нашей стране отмечается очередное снижение показателей рождаемости (ОКР, СКР), в том числе, за счет уменьшения численности женщин фертильного возраста. С 2000 г. произошло изменение календаря рождений, типа максимальной плодовитости. В структуре рожденных в 2018 г. преобладали дети второго порядкового номера рождения.

Литература

1. Об утверждении Концепции национальной безопасности Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 9 нояб. 2010 г., №575 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
2. О демографической безопасности Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 4 янв. 2002 г., №80-З // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
3. *Калинина, Т.В.* Рождаемость населения как важнейшая характеристика общественного здоровья / Т.В.Калинина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2008. – №3. – С.3–7.
4. Беларусь: структура семьи, семейные отношения, репродуктивное поведение: Том II. Анализ результатов исследования «Поколения и гендер» / ред.: О.Терещенко, Т.Кучера; проект «Поддержка реализации Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь». – Минск: Белсэнс, 2018. – 189 с.
5. *Щавелева, М.В.* Методологические аспекты анализа показателей демографических угроз в системе здравоохранения / М.В.Щавелева, Т.Н.Глинская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2008. – №1. – С.30–34.
6. *Гозулов, А.И.* Новые тенденции в воспроизводстве и структуре населения Советского Союза / А.И.Гозулов, Н.И.Невская // Проблемы экономической статистики. Ученые записки. Выпуск VI. – Ростов-на-Дону, 1973. – С.14–33. – Режим доступа: http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0507/nauka03.php. – Дата доступа: 14.01.2020.
7. Демографический ежегодник Республики Беларусь: статистический сборник / редкол.: И.В.Медведева (председатель) [и др.]. – Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2019. – 429 с. – Режим доступа: https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public_compilation/index_14356/. – Дата доступа: 18.09.2019.
8. Статистический ежегодник Республики Беларусь: статистический сборник / редкол.: И.В.Медведева (председатель) [и др.]. – Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2019. – 471 с. – Режим доступа:: https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public_compilation/index_14636/. – Дата доступа: 29.09.2019.
9. Календарь рождений. – Режим доступа: http://otpusk-info.ru/journey/dictionary/demographic/articles/179/kalendar-rozhdenij.htm. – Дата доступа: 14.01.2020.
10. *Щербакова, Е.* Население мира по оценкам ООН пересмотра 2019 года / Е.Щербакова // Демоскоп. – 1–25 авг. 2019. – №821–822. – Режим доступа: http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0821/barom03.php. – Дата доступа: 17.01.2020.
11. Демографическая ситуация в Республике Беларусь в начале XXI века / Н.И.Гулицкая [и др.] // Журнал ГрГМУ. – 2009. – №4. – С.40–42.
12. *Щавелева, М.В.* Тенденции демографических процессов в Республике Беларусь / М.В.Щавелева, Т.Н.Глинская, Н.И.Гулицкая // Здравоохранение. – 2014. – №1. – С.20–26.
13. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 14 марта 2016 г., №200 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

BIRTH RATE AS A CRITERION AND OVERCOMING FACTOR OF DEMOGRAPHIC THREATS

D.M.Mardas, M.V.Schaveleva

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Birth rate is a key category influencing development and future of the state in terms of preventing demographic threats. On the one hand, birth rate is affected by a number of social factors and shocks. At the same time, it is one of the most important priorities of social policy. Authors have analyzed a number of indicators characterizing the birth rate.

Keywords: Republic of Belarus; demographic safety; demographic threats; birth rate; crude birth rate; total fertility rate; birth timing.

Сведения об авторах:

Мардас Диана Михайловна; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37517) 3314482; e-mail: doctor.diana.mardas@gmail.com.

Щавелева Марина Викторовна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37517) 2909840; e-mail: mvsch@tut.by.

Поступила 18.01.2020 г.

УДК [004:614.253]:34.01 (4-672 ЕС)

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА В АСПЕКТЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В ЭРУ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЧАСТЬ 1. ЕВРОПЕЙСКАЯ ПРАКТИКА ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОБРАЩЕНИЕМ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Н.Е.Хейфец, Е.Н.Хейфец

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Определена направленность правового механизма обеспечения прав пациента при внедрении электронного здравоохранения (ЭЗ). Изучены основные международные правовые акты о защите физических лиц при автоматизированной обработке специальных персональных данных, связанных со здоровьем (ДСЗ), и о свободном обращении таких данных. Сложившаяся практика правового регулирования вопросов обеспечения прав человека при оказании услуг ЭЗ в мире (право на выбор услуг, обязательное информированное согласие на услугу, право на отказ от оказания услуги, право собственного доступа и контроля доступа иных лиц (в том числе, медицинских работников) к персональной информации в системе ЭЗ, соблюдение врачебной тайны при свободном обращении ДСЗ и т.д.) изучена с целью разработки предложений по недопущению нарушения этих прав при формировании нормативно-правовой базы ЭЗ в Республике Беларусь.

Ключевые слова: взаимоотношения врача и пациента; электронное здравоохранение; специальные персональные данные, связанные со здоровьем; права человека; право на неприкосновенность личной жизни; врачебная тайна; правовое регулирование.

Введение. Стремительное развитие информационных технологий и средств коммуникации в последние десятилетия создает благоприятные предпосылки для информатизации процессов в здравоохранении. Оцифровка данных, в том числе, специальных персональных данных, связанных со здоровьем (ДСЗ), внедрение в повседневную практику все большего числа электронных сервисов и услуг, что позволяет уже на данном этапе рассматривать процесс оказания медицинской помощи в качестве основного компонента системы электронного здравоохранения (ЭЗ), понимаемого как совокупность информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), направленных на совершенствование потока ДСЗ с целью обеспечения доступности и качества предоставления медицинских услуг и управления системой здравоохранения [1], обеспечивают существенные и явно наблюдаемые преимущества систем ЭЗ именно в указанных целевых областях. Перспективы реализации этих преимуществ, и ЭЗ в целом, связаны с тем, чтобы бесконечное накопление данных в сочетании с возможностями технического анализа, обусловленными персонализированной медицинской помощью, сопровождалось правовыми и техническими мерами, обеспечивающими эффективную защиту прав каждого человека, тем более, что основное влияние внедрения ЭЗ видится в качественном изменении системы взаимоотношений медицинского работника и пациента.

Исторически взаимоотношения врача с пациентом определялись, по крайней мере, со стороны врача, нормами врачебной этики и деонтологии, в европейской традиции сформулированными в нескольких фрагментах клятвы Гиппократа: «…Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости… В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного… Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной…» [2]. Так вводится понятие врачебной тайны – самое известное в обществе понятие врачебной этики, и верность принципу конфиденциальности, как в современной терминологии называ-

ется обязательство сохранения врачебной тайны, отмечается на протяжении всех эпох европейской истории.

С появлением электронных аналогов медицинских документов, и, в особенности, при переходе к электронному документообороту, произошло отчуждение медицинских записей от их источника. В полный рост эта проблема встала при переходе к электронному здравоохранению, включающему персоноцентрический подход к медицинским записям пациента, что предполагает интеграцию данных о здоровье каждого человека в специализированных центрах обработки данных разных уровней. В этом случае появляется возможность доступа к базам данных (БД) медицинских информационных систем (МИС) в течение жизни пациента (и даже после его смерти) не только у лечащего врача и многочисленного медицинского персонала, но и у людей, обеспечивающих техническую поддержку (администраторы баз данных, операторы, обработчики). При возможности трансграничной передачи информации количество лиц, которым она может стать доступна, возрастает многократно. Исходя из этого, возникает проблема сохранения конфиденциальности персональных данных пациента [3], в том числе, и в первую очередь, ДСЗ, то есть любой информации, связанной со здоровьем пациентов, в целях обеспечения его/ее права на личную жизнь, включая право на особый уровень защиты медицинских персональных данных, право на получение информации о своем здоровье, право на контроль доступа к этой информации, право удаления этой информации («право на забвение») и право на участие в принятии решений, касающихся своего здоровья, а также необходимость в жесткой регламентации прав различных групп пользователей на ознакомление с данными пациентов и их коррекцию, то есть уровней доступа к МИС. Решение этой проблемы связано с необходимостью осуществления дополнительных мер по обеспечению неприкосновенности частной жизни пациента и соблюдению врачебной тайны.

Для создания правового поля электронного здравоохранения необходима разработка нормативных правовых актов, регламентирующих [4; 5]:

право на информацию и на свободный доступ к информации, затрагивающей свободы, права, обязанности, интересы личности и организаций, определяющих в целом возможности информационного взаимодействия субъектов общественных отношений;

условия телекоммуникационного обслуживания населения, то есть законодательство, создающее правовую основу для реализации базовых механизмов информационного взаимодействия субъектов в области оказания услуг при использовании современных ИКТ;

формирование электронного документа и (или) ведение электронного документооборота, использование электронной или электронной цифровой подписи, ведение электронной торговли или коммерции, то есть создание правовой основы для информационного взаимодействия субъектов в области оказания услуг ЭЗ, включая услуги телемедицины и использование технологий мобильности;

основы защиты свобод, прав, интересов и безопасности личности в области оказания социально значимых услуг и, в частности, в области оказания услуг ЭЗ (прежде всего, это законодательство о защите прав потребителей, о защите персональных данных, о защите различных законодательно определенных тайн);

предоставление услуг ЭЗ.

При этом, нормы, способствующие развитию ЭЗ, должны касаться следующих вопросов [5]:

государственное регулирование в области ЭЗ, организация системы оказания услуг ЭЗ гражданам, возможные источники и механизмы финансирования таких услуг;

права граждан при оказании им услуг ЭЗ (право граждан на выбор услуг, обязательное информированное согласие на услугу, право на отказ от оказания услуги, право доступа граждан к информации в системе ЭЗ и др.);

требования к лицам, организующим предоставление и предоставляющим услуги ЭЗ, их права и обязанности;

требования к оборудованию и средствам связи, используемым для оказания услуг, требования к документационному сопровождению услуг ЭЗ;

порядок подготовки и сертификации специалистов в области ЭЗ;

порядок создания и функционирования системы автоматизированного учета пациентов, требования к ней и обмену такими данными между медицинскими учреждениями;

возмездное и безвозмездное предоставление услуг ЭЗ, перечень услуг, оказываемых гражданам бесплатно;

обработка и обмен медицинской информацией в сетях связи, соблюдение авторских прав и прав на интеллектуальную собственность при оказании услуг ЭЗ;

международный обмен услугами;

ответственность при организации и предоставлении услуг ЭЗ.

Выполнение работы в рамках научно-прикладного исследования Центра по правам человека при

факультете международных отношений Белорусского государственного университета «Медицинский работник и пациент: взаимодействие в условиях электронного здравоохранения» обусловило ее направленность на изучение сложившейся практики правового регулирования вопросов обеспечения прав человека при оказании услуг ЭЗ в мире (право на выбор услуг, обязательное информированное согласие на услугу, право на отказ от оказания услуги, право собственного доступа и контроля доступа иных лиц (в том числе, медицинских работников) к персональной информации в системе ЭЗ, соблюдение врачебной тайны при свободном обращении ДСЗ и т.д.) с целью разработки предложений по недопущению нарушения этих прав при формировании нормативно-правовой базы ЭЗ в Республике Беларусь.

В первой части работы обобщены результаты исследования международных правовых актов (в частности, актов европейского права) о защите физических лиц при автоматизированной обработке специальных персональных данных, связанных со здоровьем, и о свободном обращении таких данных.

Направленность правового механизма обеспечения прав пациента при внедрении электронного здравоохранения

В Рекомендации CM/Rec (2019) 2 Комитета министров Совета Европы государствам-членам о защите персональных ДСЗ (далее – Рекомендация CM/Rec (2019) 2 [6]), обобщившей почти 40-летний опыт сбора, хранения, автоматизированной обработки и передачи (в том числе, трансграничной) ДСЗ, отмечается, что дополнительными особенностями наблюдаемых за этот период изменений в отношении людей (пациентов) к данным процессам являются их желание обладать большим контролем за использованием персональных ДСЗ и решениями, основанными на обработке таких данных, а также возрастающая вовлеченность пациентов в понимание того, каким образом принимаются касающиеся их решения [6, преамбула, ч.1, абз.8]. В то же время, подтверждается чувствительность ДСЗ для субъекта данных и важность регулирования их использования для гарантии соблюдения фундаментальных прав и свобод каждого человека, в особенности права на защиту частной жизни и персональных данных [6, преамбула, ч.1, абз.10], указывается на принадлежность ДСЗ к специальной категории данных, требующей, в соответствии со статьей 6 Конвенции Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных №108 [7], более высокого уровня защиты, в частности, из-за риска дискриминации, которая может возникнуть при обработке таких данных [6, преамбула, ч.1, абз.11], и выражается убежденность в том, что каждый человек имеет право на защиту своих ДСЗ, уважение его/ее частной жизни и сохранение конфиденциальности информации, полученной при оказании ему/ей медицинской, то есть оказываемой сертифицированными медицинскими работниками, помощи [6, преамбула, ч.1, абз.12].

В связи с выдвигающимися предположениями о том, что внедрение ЭЗ должно сопровождаться разработкой правового механизма, направленного исключительно или, по крайней мере, в первую очередь на обеспечение прав пациента на получение в доступной для понимания форме полной информации о собственном здоровье, всех проводимых и предлагаемых исследованиях и вмешательствах, возможных альтернативах и последствиях их применения и, в целом, на «медицинское самообразование» пациента, следует подчеркнуть, что в Рекомендации CM/Rec (2019) 2 *разделены две цели внедрения ЭЗ в части автоматизированной обработки ДСЗ – обслуживание субъекта данных* **или** *повышение доступности и качества медицинской помощи и эффективности систем здравоохранения при соблюдении фундаментальных прав каждого человека* [6, преамбула, ч.1, абз.13], при этом, «медицинское самообразование» (и, тем более, самолечение с использованием полученных в сети Интернет советов-«консультаций») к указанным правам не относится, и информирование пациента сверх объема, предусмотренного национальным законодательством («…Информация о состоянии здоровья [сведения о наличии заболевания, диагнозе, возможных методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству] пациента предоставляется лечащим врачом пациенту… Информация о состоянии здоровья пациента излагается лечащим врачом в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии и доступной для понимания лица, не обладающего специальными знаниями в области здравоохранения… По просьбе несовершеннолетнего либо в целях осознанного выполнения им медицинских предписаний по согласованию с его законным представителем лечащим врачом несовершеннолетнему предоставляется информация о состоянии его здоровья и выбранных методах оказания медицинской помощи в доступной для его возраста форме с учетом психофизиологической зрелости и эмоционального состояния пациента…»

[8, ст.46, ч.1–3, 8]) и Декларацией по защите прав пациента в Европе («…Пациент имеет право на получение полной информации о своем состоянии здоровья, включая данные медицинского обследования, сведения о предполагаемых медицинских вмешательствах, их направленности, потенциальном положительном эффекте и рисках применения каждого вмешательства, наличии альтернатив предлагаемым вмешательствам, включая нелечение, сведения о диагнозе, прогнозе и ходе лечения… Информация должна доводиться до пациента в форме, доступной для его понимания, с минимумом использования медицинской терминологии, с переводом принципиально важных данных на родной язык пациента, если он не владеет государственным…» [9, раздел 2 «Информирование», пп.2.2, 2.4]), не входит в число задач Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы [10] по созданию централизованной информационной системы здравоохранения (ЦИСЗ) для формирования единого информационного архива пациентов и обмена медицинскими данными, решаемых при реализации Концепции развития электронного здравоохранения в Республике Беларусь до 2022 года [11], введении понятия и последующем ведении интегрированной электронной медицинской карты (ИЭМК) [12].

Определенное недопонимание при проведении исследований по тематике прав человека при внедрении ЭЗ возникло в связи с отождествлением двух различающихся по субъекту формирования и ведения электронной медицинской карты понятий – ИЭМК (аналог используемого в США понятия Electronic Health Record (EHR; электронная совокупность сведений, связанных со здоровьем субъекта (пациента), соответствующая национальным стандартам совместимости (интероперабельности), которая создается, ведется и используется сертифицированными медицинскими специалистами и персоналом более чем одной организации здравоохранения)), формируемой на государственном уровне, и персональной электронной медицинской карты / персонального электронного медицинского архива (ПЭМК/ПЭМА; аналог используемого в США термина Personal Health Record (PHR; электронная совокупность сведений, связанных со здоровьем субъекта (пациента), соответствующая национальным стандартам совместимости (интероперабельности), полученная из различных источников, в том числе, внесенная самим пациентом, ведение, управление и предоставление доступа к которым осуществляет сам субъект (пациент), или, по соглашению с пациентом, хранение и предоставление сервиса ведения и управления ПЭМК осуществляет специализированный провайдер)), формируемой самим пациентом для личного использования, включая и цели «медицинского самообразования» [13–15].

Регулирование отношений, связанных с обращением персональных данных, включая специальные персональные данные, связанные со здоровьем, в международном праве

Юридические основы права на защиту частной жизни (в том числе, и персональных данных как составляющей личной тайны) были установлены Всеобщей декларацией прав человека, а также Европейской конвенцией о защите прав человека и основных свобод.

В соответствии со статьей 12 Всеобщей декларации прав человека никто не может подвергаться произвольному вмешательству в его личную и семейную жизнь, произвольным посягательствам на неприкосновенность его жилища, тайну его корреспонденции или на его честь и репутацию. Каждый человек имеет право на защиту закона от такого вмешательства или таких посягательств [16].

Статья 8 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод устанавливает, что каждый имеет право на уважение его личной и семейной жизни, жилища и корреспонденции [17].

Положения Всеобщей декларации прав человека в части декларации неприкосновенности частной жизни были также закреплены в статье 17 Международного пакта о гражданских и политических правах, одобренного резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 16 декабря 1966 г. №2200 А (XXI), согласно которой никто не может подвергаться произвольному или незаконному вмешательству в личную и семейную жизнь, произвольным или незаконным посягательствам на неприкосновенность его жилища или тайну корреспонденции либо незаконным посягательствам на честь и репутацию. Каждый человек имеет право на защиту от такого вмешательства или посягательства [18].

Право на неприкосновенность частной жизни имплементировано конституционным законодательством всех европейских государств. Статья 28 Конституции Республики Беларусь также предусматривает, что каждый человек имеет право на защиту от незаконного вмешательства в его личную жизнь, в том числе от посягательства на тайну его корреспонденции, телефонных и иных сообщений, на его честь и достоинство [19].

Вместе с тем, объективные причины современного социального взаимодействия в условиях единого информационного пространства и прогрес-

са социальных технологий потребовали дополнительной регламентации в области обеспечения неприкосновенности личной жизни граждан, в том числе при автоматизированной обработке персональных данных.

В течение двух последних десятилетий законодательными органами Европейского союза принято значительное число нормативных актов, направленных на регламентацию вопросов получения, обработки и обращения с персональными данными и информацией о личной жизни.

Установлено, что поскольку системы обработки данных предназначены для службы человеку, следовательно, эти системы должны соблюдать основные права и свободы, в том числе, право на неприкосновенность частной жизни. При этом, уровень защиты прав и свобод граждан при обработке персональных данных должен быть равноценным во всех государствах - членах Европейского союза, так как данная цель не может быть достигнута усилиями отдельных государств.

Первым специальным международным документом, направленным на регламентацию обращения и защиты персональных данных в мировом сообществе, и признанным международным стандартом является Конвенция Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных №108, заключенная в г. Страсбурге 28 января 1981 г. (далее – **Конвенция 108**) [7].

Цель Конвенции 108 – обеспечение на территории всех участников для каждого человека, независимо от его гражданства или места жительства, уважения его прав и основных свобод и, в частности, его права на неприкосновенность частной жизни в отношении автоматизированной обработки касающихся его персональных данных («защита данных»).

Конвенцией 108 сформулирован следующий понятийный аппарат:

персональные данные – любая информация об определенном или поддающемся определению (могущем быть идентифицированным) физическом лице (субъект данных);

автоматизированная база данных – любой набор данных, подвергающихся автоматизированной обработке;

автоматизированная обработка – операции, осуществляемые полностью или частично с помощью автоматизированных средств, включая: хранение данных, осуществление логических и/или арифметических операций с этими данными, их изменение, уничтожение, поиск или распространение;

контролер базы данных – означает физическое или юридическое лицо, орган государственной власти, учреждение или любой другой орган, компетентный в соответствии с внутренним законодательством решать, какова должна быть цель создания автоматизированной базы данных, какие категории персональных данных подлежат хранению или какие операции должны производиться с ними.

Каждое из государств – участников обязалось принять необходимые меры для того, чтобы основные принципы защиты данных, изложенные в Конвенции, были реализованы в его национальном праве (часть 1 статьи 4).

Статья 5 содержит требования к качеству данных, а именно:

персональные данные, подвергающиеся автоматизированной обработке:

собираются и обрабатываются на справедливой и законной основе;

хранятся для определенных и законных целей и не используются иным образом, несовместимым с этими целями;

являются адекватными, относящимися к делу и не чрезмерными для целей их хранения;

являются точными и, когда это необходимо, обновляются;

сохраняются в форме, позволяющей идентифицировать субъекты данных, не дольше, чем это требуется для целей хранения этих данных.

Выделены специальные категории данных (персональные данные, касающиеся расовой принадлежности, политических взглядов или религиозных или других убеждений, а также *персональные данные, касающиеся здоровья* или половой жизни, судимости, которые не могут подвергаться автоматизированной обработке, если внутреннее законодательство не устанавливает соответствующих гарантий (статья 6).

Таким образом, вводятся такие основополагающие принципы защиты персональных данных, как ограничение на обработку персональных данных о национальной принадлежности, политических взглядах либо религиозных или иных убеждениях, в том числе персональных данных, касающихся здоровья или сексуальной жизни лица, его судимости.

Определено, что для защиты персональных данных, хранящихся в автоматизированных базах данных, принимаются надлежащие меры безопасности, направленные на предотвращение их случайного или несанкционированного уничтожения или случайной потери, а также на предотвращение несанкционированного доступа, их изменения или распространения таких данных (статья 7).

Основные права субъекта персональных данных включают (статья 8):

право на информацию о существовании автоматизированной базы персональных данных, о ее главных целях, а также о контролере базы данных, его месте жительства либо юридическом адресе;

право на получение информации о том, накапливаются ли в автоматизированной базе данных касающиеся его персональные данные, и какие именно;

право требования уточнения или уничтожения данных, если они были обработаны с нарушением положений национального права, реализующих основные принципы, изложенные в Конвенции;

право на судебную защиту в случае, если его запрос либо требование о предоставлении информации, уточнении или уничтожении данных не были удовлетворены.

Отступление от положений статей 5, 6 и 8 допускается только в случае, если это предусмотрено внутренним законодательством и является необходимой в демократическом обществе мерой, принимаемой в интересах:

защиты безопасности государства, общественной безопасности, валютно-кредитных интересов государства или пресечения уголовных преступлений;

защиты субъекта данных или прав и свобод других лиц;

а также в отношении автоматизированных баз персональных данных, используемых для целей статистики или научных исследований, когда явно отсутствует какой-либо риск нарушения неприкосновенности частной жизни субъектов данных.

Статья 12 содержит положения о регулировании трансграничных потоков персональных данных, подвергающихся автоматизированной обработке или собранных с целью их автоматизированной обработки.

Существенно, что в отношении положений Конвенции не может делаться никаких оговорок (статья 25).

В настоящее время Конвенцию 108 подписали 47, ратифицировали 55 стран, среди которых присутствуют государства, не являющиеся членами Совета Европы – Аргентина, Мексика, Марокко, Тунис, Уругвай и др.

8 ноября 2001 г. в г. Страсбурге был подписан дополнительный Протокол к Конвенции 108 о наблюдательных органах и трансграничной передаче информации ETS 181 (далее – дополнительный **Протокол ETS 181**) [20].

Данным международным договором регламентированы вопросы создания и функционирования в странах, подписавших и ратифицировавших Конвенцию 108, наблюдательных органов, которые несут ответственность за соблюдение ограничений национального права в целях реализации принципов, заложенных в Конвенции.

Дополнительный Протокол ETS 181 устанавливает, что данные органы независимы в осуществлении своих функций и уполномочены проводить расследования, принимать участие в юридических процессах, акцентировать внимание компетентных судебных органов на нарушениях национального права, обеспечивающего реализацию защиты персональных данных. Кроме того, наблюдательные органы рассматривают претензии, поданные любым лицом и связанные с защитой его прав и фундаментальных свобод в отношении обработки персональных данных.

Помимо регламентации вопросов создания и функционирования наблюдательных органов, дополнительный Протокол ETS 181 определяет основы трансграничной передачи персональных данных, осуществляемой между двумя и более государствами.

10 октября 2018 г. в г. Страсбурге подписан Протокол о внесении изменений в Конвенцию Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных №223 (далее – **Протокол 223**) [21].

Положения Протокола 223 после его ратификации станут неотъемлемой частью новой редакции Конвенции 108, расширяя и дополняя действующий с 1981 г. международный договор, предоставляя правовые механизмы защиты персональных данных, в том числе при их трансграничной передаче. В этом случае конвенция сможет защитить законные интересы субъектов персональных данных от транснациональных IT-компаний, которые стремятся распространить правила обработки персональных данных, принятые в своей национальной юрисдикции, на страны, где они ведут бизнес.

В преамбуле новой редакции Конвенции 108 содержится призыв учитывать диверсификацию, интенсификацию и глобализацию обработки данных и потоков персональных данных, право человека контролировать персональные данные и их обработку («принцип личной автономии»).

Целью Конвенции в новой редакции является защита каждого человека, вне зависимости от его национальности или места жительства, при автоматической обработке его/ее персональных данных, способствуя, тем самым, соблюдению в отношении него/нее фундаментальных прав и свобод человека, в особенности, права на частную жизнь.

Определение обработки данных охватывает более широкий комплекс операций с персональ-

ными данными по сравнению с действующей конвенцией, включая их сбор, обеспечение сохранности, извлечение, обнародование, обеспечение доступности и удаление.

Вводятся понятия «контролер» (физическое или юридическое лицо, орган государственной власти, служба, агентство или любой другой орган, который самостоятельно или совместно с другими лицами (органами) имеет полномочия на принятие решений в отношении обработки персональных данных), «получатель» (физическое или юридическое лицо, орган государственной власти, служба, агентство или любой другой орган, которому раскрываются или становятся доступными персональные данные) и «лицо, осуществляющее обработку данных» (физическое или юридическое лицо, орган государственной власти, служба, агентство или любой другой орган, осуществляющие обработку персональных данных от имени (по поручению) контролера).

Положения Конвенции распространяются на обработку персональных данных в рамках национальных юрисдикций для всех физических лиц независимо от их гражданства или места жительства, включая иностранных лиц, лиц без гражданства и иных субъектов данных, обратившихся в компетентные органы государства-участника конвенции за защитой своих персональных данных.

В сферу применения Конвенции входит обработка данных в организациях любой формы собственности, однако ее действие не распространяется на обработку данных, осуществляемую физическим лицом для сугубо личных или бытовых надобностей.

Статья 5 Конвенции (имеющая в новой редакции наименование «Законность обработки и качество данных») определяет, что:

«1. Обработка данных должна быть пропорциональна преследуемым законным целям и предусматривать на всех стадиях справедливый баланс между интересами всех заинтересованных сторон, вне зависимости от того, являются ли они государственными или частными структурами, и правами и свободами человека.

2. Каждая Сторона обязана обеспечить, чтобы обработка данных осуществлялась на основе свободного, ясно выраженного, информированного и недвусмысленного согласия субъекта данных или на основе других указанных в законодательстве оснований.

3. Подвергаемые обработке персональные данные должны обрабатываться законным образом.

4. Подвергаемые обработке персональные данные должны быть:

a) обработаны честным и прозрачным способом;

b) собраны с точной, конкретной и законной целью и не обрабатываться способом, который несовместим с этими целями; дальнейшая обработка информации для достижения целей в общественных, исторических или научных, статистических сферах должна сопровождаться соответствующими гарантиями, совместимыми с этими целями;

c) адекватными, актуальными и представленными в объеме, не превышающем цели, для которых они обрабатываются;

d) точными и, если необходимо, обновляемыми;

e) сохраненными в форме, которая позволяет идентификацию субъекта данных в объеме, не превышающем необходимый уровень для достижения целей, ради которых персональные данные обрабатываются.».

Обязательства государств обеспечивать обработку данных на основе добровольного, четко выраженного, информированного и однозначного согласия субъекта данных являются дополнительными по сравнению с действующей редакцией Конвенции 108.

Расширен перечень данных, обработка которых отнесена к «специальной категории данных» и может быть осуществлена только в том случае, если законом установлены соответствующие гарантии. Теперь к ним дополнительно отнесены генетические данные, биометрические данные, персональные данные, касающиеся правонарушений, уголовного судопроизводства, а также связанных с ними мер безопасности (статья 6 новой редакции Конвенции).

Конвенция уполномочивает контролера своевременно уведомлять компетентный надзорный орган об утечках данных, которые могут привести к серьезным нарушениям прав и основных свобод субъектов данных (статья 7 новой редакции).

В соответствии с вводимой статьей 8 «Прозрачность обработки данных», государства должны обеспечить, чтобы контролер информировал субъекта о подвергаемых обработке персональных данных (паспортные данные, место жительства), правовых основаниях и целях обработки данных, категориях обрабатываемых персональных данных, получателях данных, мерах обеспечения прав субъекта данных, указанных в статье 9 новой редакции Конвенции, а именно:

право на принятие решения по обработке его/ее персональных данных только с учетом его/ее мнения;

право на получение по запросу в разумный временной интервал, без чрезмерной задержки или

затрат, в понятной форме подтверждения обработки его/ее персональных данных, информации об обрабатываемых данных, всей доступной информации об источнике персональных данных, информации о времени хранения соответствующих сведений и любой другой информации, которую контролер должен предоставить для обеспечения прозрачности обработки данных в соответствии со статьей 8;

право на получение по запросу сведений, обосновывающих необходимость обработки данных, в случае, если результаты подобной обработки затрагивают его/ее частную жизнь;

право на обращение в любое время, по личным причинам с беспокоящими его/ее вопросами, связанными с обработкой персональных данных, если контролер не предоставляет информацию о законных основаниях обработки данных и подобная обработка нарушает фундаментальные права и свободы человека;

право (при обращении) на исправление или удаление данных (бесплатно и в разумные сроки), если они были обработаны с нарушением положений Конвенции;

право на правовую защиту, в соответствии со статьей 12 Конвенции, если его/ее права в соответствии с данной Конвенцией были нарушены;

право (вне зависимости от его/ее национальности или места жительства) на помощь со стороны надзорного органа, указанного в статье 15 Конвенции, в осуществлении его/ее прав в соответствии с данной Конвенцией.

В соответствии со статьей 10 новой редакции «Дополнительные обязательства», государства – участники обязаны обеспечить:

соблюдение со стороны контролера и, при необходимости, лиц, осуществляющих обработку данных, всех обязательств в рамках данной Конвенции, что может быть подтверждено надзорным органом, указанным в статье 15 Конвенции;

оценку контролером и, при необходимости, лицами, осуществляющими обработку данных, потенциального воздействия предполагаемой обработки персональных данных на фундаментальные права и свободы субъекта данных до начала подобной обработки, и осуществление процесса обработки данных таким образом, чтобы предотвратить или минимизировать риск нарушения этих фундаментальных прав и свобод;

реализацию контролером и, при необходимости, лицами, осуществляющими обработку данных, технических и организационных мер, учитывающих необходимость соблюдения права на защиту персональных данных на всех стадиях их обработки.

Вопросы обработки персональных данных, относящихся к сведениям, составляющим государственную тайну, фактически выведены за скобки новой редакции Конвенции.

Конвенция допускает исключения и ограничения по такой категории данных (статья 11) в случаях защиты национальной безопасности, обороны, общественной безопасности, общественных интересов, важных экономических и финансовых интересов государства, обеспечения беспристрастности и независимости судебной власти, предотвращения, расследования и наказания преступлений, исполнения наказания по уголовным делам, а также для защиты субъекта данных или прав и основных свобод других лиц.

Вопросы, связанные с государственной тайной, не будут рассматриваться при мониторинге выполнения Конвенции, при осуществлении трансграничной передачи данных и в деятельности предусмотренных Конвенцией национальных надзорных органов.

Появляются новые требования в отношении обработки данных в целях архивации в общественных интересах, научных, историко-исследовательских или статистических целях.

В вопросе о трансграничной передаче персональных данных в новой редакции Конвенции подтверждается положение о том, что государства не должны запрещать или обусловливать выдачей специального разрешения передачу таких данных получателю, находящемуся в юрисдикции другого государства, единственно с целью защиты персональных данных (статья 14).

Однако, учитывая возрастающую угрозу экстерриториального применения законодательства ряда стран, легализующих доступ своих транснациональных компаний и правоохранительных органов к персональным данным граждан других стран (CLOUD Act), государства-члены Совета Европы согласились отказаться от трансграничной передачи персональных данных, если имеется реальный и серьезный риск того, что передача данных другому государству или от упомянутого другого государства стране, не являющейся участницей Конвенции, приведет к несоблюдению ее положений.

В новой редакции Конвенции вводится требование учредить один или несколько надзорных органов, ответственных за ее выполнение, с четким описанием их полномочий.

В частности, надзорные органы уполномочены проводить расследования, выносить решения в отношении нарушений положений Конвенции, накладывать административные штрафы, принимать участие в судебном процессе, предоставлять консуль-

тации относительно предложений о разработке любых законодательных или административных актов в области обработки персональных данных, рассматривать запросы и жалобы субъектов данных, а также запрещать, приостанавливать или ограничивать трансграничную передачу данных в целях защиты прав и основных свобод субъектов данных.

В своей работе надзорные органы должны быть полностью независимыми и действовать беспристрастно, не запрашивая и не получая указаний, при должном финансировании, позволяющем эффективно выполнять свои функции.

Предусмотрено учреждение комитета сторон – органа, уполномоченного проводить выездные проверки, оценивать степень выполнения Конвенции и выносить рекомендации о более эффективной реализации государствами ее требований.

Помимо мониторинга, в задачи комитета сторон входят вопросы толкования и применения Конвенции, внесения поправок и содействия в урегулировании разногласий между государствами.

Комитет сторон конвенции созывается Генеральным секретарем Совета Европы через год после вступления конвенции в силу.

Итоги каждого заседания, которые проводятся не реже одного раза в год, комитет сторон докладывает комитету министров Совета Европы.

Каждое государство назначает в комитет сторон представителя и его заместителя, которые уполномочены голосовать (каждое государство имеет один голос).

Решения по вопросам, относящимся к деятельности комитета сторон (статья 23), принимаются большинством в четыре пятых голосов, а по докладам о выполнении государствами положений конвенции (пункт h статьи 23) – большинством в четыре пятых, включая большинство голосов государств, не являющихся членами организации региональной интеграции (Европейский союз), которая является участницей конвенции.

Такой высокий количественный показатель для голосования (80%) предложен для обеспечения равноправного участия всех государств – участников Конвенции в принятии решений, без каких-либо попыток блокового голосования со стороны ЕС от имени всех своих государств.

По-прежнему не допускаются оговорки (односторонние заявления принявших Конвенцию государств, сделанные с целью оговорить условия, при которых государство не будет соблюдать положения Конвенции) в отношении Конвенции.

Применительно к собственно медицинским данным или, шире, данным, связанным со здоровьем (ДСЗ), относящимся к специальным персональным данным, для которых, в соответствии со статьей 6 Конвенции 108, требуется более высокий уровень защиты, в частности, из-за риска дискриминации, к которой может привести их обработка, 27 марта 2019 г. на 1342-м заседании заместителей министров принята Рекомендация CM/Rec (2019) 2 Комитета министров Совета Европы государствам-членам о защите персональных ДСЗ (далее – **Рекомендация CM/Rec (2019) 2**) [6].

В дополнение к указанным в Конвенции 108 и Протоколе 223, в Рекомендации CM/Rec (2019) 2 содержатся определения следующих терминов:

анонимизация – обработка персональных данных с целью обеспечения того, чтобы субъект данных не мог быть идентифицирован прямым или косвенным образом;

псевдонимизация – обработка персональных данных таким образом, чтобы субъект данных не мог быть идентифицирован без использования дополнительной информации, получаемой не в процессе сбора персональных данных, и при условии, что применяются технические и организационные средства для обеспечения того, чтобы соответствующая личная информация не ассоциировалась с идентифицированным лицом;

персональные данные, связанные со здоровьем человека (ДСЗ) – любые персональные данные, касающиеся физического или психического здоровья конкретного лица, включая данные, полученные при оказании медицинских услуг, позволяющие иметь данные о состоянии здоровья человека в прошлом, в настоящее время, а также прогнозировать изменения в состоянии здоровья в будущем.

В главе 2 Рекомендации CM/Rec (2019) 2 «Правовые основания обработки ДСЗ» определены следующие принципы обработки этих данных (п.4):

ДСЗ должны обрабатываться прозрачным, законным и честным образом (пп.4.1.a);

ДСЗ должны собираться в четко обозначенных и законных целях и не должны обрабатываться таким образом, который несовместим с этими целями; дальнейшая передача этих данных в государственных, научных интересах, для проведения ретроспективных исследований или получения статистической информации возможна при соблюдении фундаментальных прав и свобод человека (пп.4.1.b);

обработка данных должна быть необходимой и пропорциональной при реализации поставленной законной цели и может осуществляться только на основе согласия субъекта данных или на других законных основаниях (пп.4.1.c);

персональные данные должны, в той степени, в которой это возможно, быть получены от субъекта данных; в тех случаях, когда субъект данных не в состоянии их предоставить, а они являются

необходимыми, данные могут быть собраны из других источников (пп.4.1.d);

данные должны быть адекватными, уместными и собираться в объеме, соответствующем целям их обработки; данные должны быть точными и, при необходимости, актуализироваться (пп.4.1.e);

для предотвращения рисков (случайный и неавторизированный доступ к ДСЗ, их уничтожение, утрата, несанкционированное использование, неготовность, недоступность, модификация, раскрытие) должны применяться соответствующие средства защиты информации (пп.4.1.f);

при обработке данных должны соблюдаться права субъекта данных, в первую очередь, на доступ к информации, уточнение и удаление данных, возражение против обработки ДСЗ (пп.4.1.g).

Принципы защиты ДСЗ должны учитываться по умолчанию (конфиденциальность по умолчанию – privacy by default) и быть предусмотрены непосредственно при создании МИС, в которых обрабатываются ДСЗ (предусмотренная конфиденциальность – privacy by design) (пп.4.2).

Контролеры и лица, осуществляющие обработку данных, не являющиеся медицинскими работниками, должны соблюдать требования конфиденциальности и безопасности на уровне, эквивалентном требуемому от медицинских работников (пп.4.4).

Установлены законные основания для обработки ДСЗ (пп.5a):

оказание медицинской и медико-социальной помощи медицинскими и социальными работниками (предоставление услуг по профилактике, диагностике, лечению и медицинской реабилитации):

реализация целей общественного здравоохранения, реализация действий гуманитарного характера, обеспечение высокого стандарта качества и безопасности медицинской помощи, включая обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями;

защита жизненно важных интересов субъекта данных или другого лица, если согласие субъекта данных не может быть получено;

реализация целей, связанных с обязательствами контролера, для осуществления их прав или прав субъекта данных в части трудоустройства и социальной защиты;

решение социально значимых задач в сфере медицины, проведения научных, статистических исследований;

реализация действий, вытекающих из признания требований по судебному иску, выполнение требований истца или защиты в суде;

в случаях, представляющих существенный общественный интерес.

ДСЗ могут обрабатываться, если субъект данных предоставил свое согласие, за исключением тех случаев, когда законодательство предусматривает, что запрет на обработку ДСЗ не может быть снят исключительно на основе согласия субъекта данных. В случаях, когда, в соответствии с законодательством, требуется согласие субъекта данных на обработку ДСЗ, оно должно быть добровольным, конкретно выраженным, сделанным на основе получения всей необходимой информации. Субъект данных должен быть проинформирован о своем праве отозвать свое согласие на обработку данных в любой момент, а также уведомлен, что подобный отзыв согласия не влияет на правомерность обработки данных, осуществленной до момента отзыва субъектом данных согласия на их обработку. При этом, отзыв согласия на обработку данных должен быть такой же простой процедурой, как и его предоставление (пп.5b).

ДСЗ могут обрабатываться, если это требуется в рамках договора на оказание медицинской помощи, и в этом договоре оговорены условия обработки данных, включающие соблюдение их конфиденциальности и сохранения врачебной тайны (пп.5c).

Могут обрабатываться ДСЗ, сознательно сделанные публичными субъектом данных (пп.5d).

При всех условиях, должны быть обеспечены соответствующие гарантии безопасности при обработке ДСЗ и соблюдены права человека (пп.5e).

Субъект данных имеет право на ознакомление с любой касающейся ДСЗ информацией. При этом, он/она может иметь свои собственные причины не желать знать об определенных аспектах собственного здоровья, и, до проведения любого исследования/обследования, все должны быть осведомлены о возможности не быть информированными об их результатах, включая случаи, когда результаты оказались неожиданными. Желание субъектов данных не иметь информацию о собственном здоровье может, в определенных обстоятельствах, быть ограничено, как это предусмотрено в законодательстве, если это необходимо для реализации собственных интересов субъекта данных или для реализации обязанностей врача по оказанию медицинской помощи (пп.7.6).

В случаях, когда обмен ДСЗ происходит между различными медицинскими работниками при предоставлении медицинской помощи конкретному лицу, субъект данных должен быть заранее проинформирован об этом, за исключением случаев, когда предоставление подобной информации невозможно из-за чрезвычайной ситуации или

когда субъект данных уже обладает этой информацией (подпункт 8.1). В тех случаях, когда обмен информацией осуществляется на основе согласия субъекта данных, это согласие может быть отозвано в любой момент в соответствии с подпунктом 5b. Если обмен данными предусмотрен законодательством, субъект может возражать против обмена его ДСЗ.

Медицинские работники, непосредственно занимающиеся оказанием медицинской помощи и вопросами социального обеспечения конкретного лица, осуществляющие обмен данными в целях достижения более высокого уровня преемственности и обеспечения качества медицинской помощи, должны соблюдать врачебную тайну (подпункт 8.2).

Обмен данными между медицинскими работниками должен быть ограничен информацией, необходимой для обеспечения преемственности или непрерывности лечебно-диагностического процесса. Соответствующие медицинские работники могут, в этом случае, только распределять или получать информацию в пределах своей компетенции и в зависимости от наличия у них разрешения на получение той или иной информации (подпункт 8.3).

В соответствии с этими принципами используются электронные медицинские файлы и электронная почта для обмена ДСЗ (подпункт 8.4).

При обмене ДСЗ должны быть предприняты физические, технические и административные меры безопасности, так же как и меры, необходимые для гарантирования конфиденциальности, целостности и доступности ДСЗ (подпункт 8.5).

Установлены ограничения доступа к ДСЗ отдельных категорий потребителей, не связанных с оказанием МП (п.9).

В любом случае, доступ к ДСЗ может быть обеспечен только тем категориям потребителей, которые определены законодателем (пп.9.1).

Страховые компании не могут иметь права на доступ к ДСЗ, касающимся конкретного лица, если соответствующие гарантии не предусмотрены в законодательстве (подпункт 9.2).

Работодатели не могут иметь права на доступ к ДСЗ, касающимся конкретного лица, за исключением приема на работу (подпункт 9.3).

ДСЗ могут передаваться только авторизованному получателю, который соблюдает правила конфиденциальности, обязательные для медицинского работника (подпункт 9.4).

Установлены ограничения по срокам хранения ДСЗ. Они не должны храниться в форме, которая позволяет получать сведения о субъекте данных в течение более длительного периода времени, чем это предусмотрено целями обработки ДСЗ, за исключением случаев, когда ДСЗ используются для проведения научных, ретроспективных и статистических исследований. В последнем случае осуществляется максимально возможная анонимизация данных (пункт 10).

Глава 3 Рекомендации CM/Rec (2019) 2 «Права субъекта данных» включает пункты 11 (Транспарентность обработки ДСЗ) и 12 (Права субъекта персональных ДСЗ (пациента) на доступ, использование, корректировку и удаление ДСЗ).

Так, контролер должен информировать субъекта данных об обработке касающихся его/ее ДСЗ (пп.11.1).

Эта информация должна включать (пп.11.2):

контактные данные контролера и уполномоченного лица (обработчика) в тех случаях, когда это необходимо;

цель обработки ДСЗ (в тех случаях, когда на это существуют соответствующие правовые основания);

длительность хранения ДСЗ;

наименование получателей или категорий получателей ДСЗ; сведения о ДСЗ, запланированных для передачи третьей стране или международной организации;

разъяснения относительно возможности субъекта данных возражать против обработки касающихся его ДСЗ, в соответствии с условиями, указанными в пп.12.2;

механизмы, доступные субъекту данных, для осуществления через контролера его/ее прав на доступ, уточнение или уничтожение касающихся его ДСЗ.

В тех случаях, когда это необходимо для честной и прозрачной обработки ДСЗ, информация также должна включать (пп.11.3):

уведомление субъекта данных о том, что касающиеся его ДСЗ могут быть обработаны в определенных законодательством целях с соблюдением предусмотренных мер безопасности и в соответствии с условиями, указанными в пп.4.1.b;

уведомление о возможности подачи жалобы в надзорный орган;

уведомление о возможности автоматизированного процесса принятия решения, включая профайлинг, при обработке ДСЗ (только в случаях, указанных в законодательстве и при соблюдении необходимых мер безопасности).

Необходимая информация должна быть предоставлена субъекту данных до начала сбора информации или при первом контакте с ним (пп.11.4).

Информация должна быть понятной и легко оцениваемой, должна быть четко сформулирована и предоставлена субъекту данных в доступной его

пониманию форме, позволяющей полностью понять механизм предстоящей обработки информации. В случае законодательно установленной недееспособности субъекта данных, информация должна быть предоставлена его законному представителю. Если признанное недееспособным лицо (субъект данных) способно понимать информацию, данное лицо также должно быть проинформировано до начала обработки информации (пп.11.5).

Контролер не обязан предоставлять данную информацию в тех случаях, когда субъект данных уже имеет необходимую информацию. Более того, в тех случаях, когда персональные ДСЗ не получены напрямую от субъекта данных, контролер не обязан информировать субъекта данных об обработке ДСЗ, если данная обработка предусмотрена законодательством или сообщить об обработке ДСЗ субъекту невозможно, например, вследствие того, что контактные данные субъекта изменились и из-за этого субъект ДСЗ не может быть найден, или вследствие того, что передача данных требует от контролера непропорциональных усилий, в особенности, при обработке информации для решения общественно важных задач или в научных, исторических и статистических целях (пп.11.7).

Желание субъекта данных не быть проинформированным о поставленном ему диагнозе или прогнозе состояния его здоровья должно быть соблюдено, за исключением тех случаев, когда подобные действия представляют серьезный риск для здоровья других лиц (пп.11.7).

Контролер не обязан предоставлять информацию субъекту данных в тех случаях, когда это предусмотрено законодательством и является необходимым и пропорциональным решением в демократическом обществе для достижения целей, указанных в статье 9 Конвенции 108 (пп.11.8).

Права субъекта персональных ДСЗ (пациента) на доступ, использование, корректировку и удаление ДСЗ определены в п.12.

Субъект данных имеет право знать, обрабатываются ли его персональные данные, и в случае, если такая обработка происходит, получить эти данные без чрезмерной задержки или расходов и в понятной форме, а также получить информацию о целях обработки данных, категориях обрабатываемых данных, получателе (получателях) данных, данных, подлежащих передаче третьей стране или международной организации, периоде хранения данных, причинах, послуживших основанием для обработки ДСЗ (подпункт 12.1).

В подпункте 12.2:

подтверждено право субъекта на удаление данных, обработка которых осуществляется в нарушение Конвенции 108, а также право на исправление собственных ДСЗ;

установлено, что субъект данных имеет право возражать по основаниям, связанным с его личными обстоятельствами, против обработки его ДСЗ, кроме случаев, когда такая обработка осуществляется на анонимной основе, или контролер представил обоснованную причину обработки ДСЗ.

В случае, если требования субъекта данных об исправлении или удалении ДСЗ или его/ее возражения отклонены, у субъекта данных должна быть возможность оспорить подобные решения в судебном порядке (подпункт 12.3).

Субъект данных должен иметь право на участие в принятии решения об обработке собственных ДСЗ (подпункт 12.4).

При автоматизированной обработке данных, субъект данных должен иметь возможность получить от контролера в структурированном, интероперабельном и машиночитаемом формате собственные ДСЗ с целью передачи ее другому контролеру (переносимость данных). Субъект данных должен иметь возможность требовать от контролера передавать информацию напрямую другому контролеру (подпункт 12.5).

Права субъекта данных должны восприниматься медицинскими работниками как часть профессиональной этики (подпункт 12.6).

Должны предоставляться соответствующие законодательные гарантии защиты прав субъекта данных (подпункт 12.8).

В пунктах 13 и 14 содержатся требования к безопасности и интероперабельности систем обработки данных (целостность, проверяемость данных, отслеживание доступа, обеспечение переносимости данных).

Определены требования к системам сбора и обработки данных на мобильных устройствах (пункт 16).

Для облегчения адаптации положений Конвенции 108 применительно к нормам национального законодательства государств, являющихся ее участниками, Европейская комиссия выступила с инициативой гармонизации законодательства стран Европейского союза в сфере защиты персональных данных путем принятия ряда **директив Европейского парламента и Совета Европейского союза**.

Так, 24 октября 1995 г. Европейским Парламентом и Советом Европейского Союза принята **Директива 95/46/ЕС** о защите физических лиц при обработке персональных данных и о свободном обращении таких данных (в редакции Регламента Европейского парламента и Совета Ев-

ропейского союза от 29 сентября 2003 года №1882/2003) [22], установившая единство принципа свободы обращения персональных данных между государствами-членами ЕС и принципа защиты права физических лиц на неприкосновенность частной жизни при обработке их персональных данных.

Каждое государство – член Европейского союза применяет к обработке персональных данных национальные нормы, которые принимаются в соответствии с названной Директивой. Причем, под персональными данными следует понимать любую информацию, относящуюся к определенному физическому лицу. При этом, часть 20 преамбулы Директивы 95/46/ЕС устанавливает, что факт осуществления обработки данных лицом, учрежденным в третьей стране, не должен препятствовать защите физических лиц, предусмотренной в Директиве. В таких случаях обработка должна регулироваться законодательством государства-члена ЕС, в котором находятся средства, используемые для обработки данных, и должны обеспечиваться гарантии фактического уважения прав и обязанностей, предусмотренных Директивой. Аналогичные положения содержатся в статье 4 Директивы 95/46/ЕС.

Определение понятия персональных данных содержится в статье 2 вышеуказанной Директивы. Согласно данной норме, под персональными данными понимается любая информация, относящаяся к определенному или определяемому физическому лицу (субъекту данных); определяемым является лицо, которое может быть определено прямо или косвенно, в частности, через идентификационный номер либо через один или несколько признаков, характерных для его физической, психологической, умственной, экономической, культурной или социальной идентичности.

Обработка персональных данных означает любую операцию или последовательность операций, осуществляемых с этими данными, с использованием автоматических средств или без таковых, таких как сбор, запись, организация, хранение, модификация или замена, извлечение, консультирование, использование, раскрытие через передачу, распространение или предоставление доступа другим способом, блокирование, стирание или разрушение. Оператором является физическое или юридическое лицо, государственный орган, агентство или любой другой орган, который самостоятельно или совместно с другими определяет цели и способы обработки персональных данных.

Параграф 1(e) статьи 6 Директивы 95/46/ЕС устанавливает, что персональные данные должны храниться в форме, позволяющей проводить идентификацию субъектов данных не дольше, чем это необходимо для целей, с которыми они были собраны или в дальнейшем обработаны. Хранение в течение более долгих сроков возможно в исторических, статистических или научных целях с соблюдением установленных на государственном уровне гарантий.

Обработка персональных данных возможна при обязательном наличии одного из следующих условий (статья 7):

однозначного согласия субъекта данных;

необходимости обработки данных для исполнения договора, стороной которого является субъект данных или в целях принятия мер по просьбе субъекта данных до заключения договора;

необходимости обработки данных для соблюдения юридического обязательства, субъектом которого является оператор;

необходимости обработки данных в целях защиты жизненно важных интересов субъекта данных;

необходимости обработки данных для выполнения задачи, осуществляемой в общественном интересе, или при исполнении официальных правомочий, возложенных на оператора или третье лицо, которому раскрываются данные;

необходимости обработки данных для целей законных интересов, преследуемых оператором или третьим лицом, которому раскрываются данные, за исключением случаев, когда перед такими интересами имеют преимущество интересы, связанные с основными правами и свободами субъекта данных.

При этом, параграф 1 статьи 8 Директивы 95/46/ЕС содержит запрет на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья или половой жизни физического лица, равно как раскрывающих его расовое или этническое происхождение, политические взгляды, религиозные или философские убеждения, членство в профсоюзах. Исключением являются особо оговоренные ситуации, например, когда обработка данных требуется для целей профилактической медицины, медицинской диагностики, оказания медицинской помощи или лечения, либо управления здравоохранением, и когда эти данные обрабатываются медицинским работником согласно национальному законодательству или правилам, установленным компетентными национальными органами в отношении обязанности хранения профессиональной тайны или иным лицом, также ограниченным равноценным обязательством хранения тайны.

25 мая 2018 г. вступило в силу постановление Европейского парламента и Совета ЕС 2016/679 от 27 апреля 2016 г. «О защите физических лиц при обработке персональных данных и о свобод-

ном обращении таких данных, и отмене Директивы ЕС 95/46 (Регламент ЕС по защите персональных данных)» (далее – **РЗПД**) [23].

Принятие РЗПД направлено на усиление и унификацию защиты персональных данных всех лиц на территории ЕС, регулирование трансграничного обмена этими данными как между странами ЕС, так и государствами, не входящими в Европейский союз.

В соответствии с нормами РЗПД, граждане в полной мере обладают функцией контроля над собственными персональными данными, также путем унификации регулирования в рамках ЕС значительно упрощена нормативная база международных экономических отношений.

В рамках РЗПД подтверждены и, во многом, конкретизированы ключевые принципы защиты персональных данных, принятые мировым (европейским) сообществом и отраженные в Конвенции 108 в редакции Протокола 223, Протоколе ETS 181 и утратившей силу в связи с принятием данного Регламента Директиве ЕС 95/46:

законность, справедливость и прозрачность (наличие легальных оснований для сбора и использования данных в рамках РЗПД, соблюдение законодательства, открытость, честность от начала до конца в использовании персональных данных);

конкретные цели (все конкретные цели и задачи должны быть закреплены в политике конфиденциальности и четко соблюдаться);

минимизация использованных данных (использование адекватного количества данных для выполнения поставленных целей, ограничение только необходимым количеством данных);

точность (персональные данные должны быть точными, не должны вводить в заблуждение; неправильные (несоответствующие) данные подлежат исправлению);

ограничение срока хранения данных (данные не следует хранить дольше, чем нужно для решения задач их сбора и обработки, необходимо периодически проводить аудит данных и удалять неиспользуемые);

целостность и конфиденциальность/безопасность (хранение данных в безопасном месте и в безопасных условиях (с соблюдением режима безопасности), необходимость уделять достаточное внимание сохранности данных);

подотчетность (ответственность за обработку персональных данных и выполнение всех остальных принципов РЗПД, включая наличие отметок о соблюдении положений о конфиденциальности; защите, использовании, проверке данных; назначении должностного лица по защите данных (англ.: data protection officer, DPO).

РЗПД регулирует действия и контролера данных (Data controller – организация, собирающая данные), и обработчика данных (Data processor – организация, которая обрабатывает данные от имени контролера данных, например, поставщик облачных услуг). Контролер данных определяет цель и задачи обработки персональных данных, а обработчик ответственен за непосредственную обработку данных, но оба несут ответственность за соблюдение норм РЗПД.

В отличие от Директивы ЕС 95/46, постановление 679/2016 не требует от государств-участников разработки национальных подходов к регулированию защиты физических лиц при обработке персональных данных, поскольку вопрос в полной мере урегулирован в рамках РЗПД, и положения Регламента являются непосредственно обязательными к исполнению (они должны были быть имплементированы в национальные регулирующие правовые акты до 25 мая 2018 г.: в качестве примера законодательного акта, в который, в связи с принятием РЗПД, имплементированы положения Регламента, можно привести датский Закон о дополнительных мерах по регулированию защиты физических лиц при обработке персональных данных и о свободном обращении таких данных [24]). Это применимо не только к резидентам государств-участников, но также к любому юридическому лицу, обрабатывающему персональные данные резидентов ЕС.

За невыполнение Регламента может быть наложен штраф до 20 млн евро или до 4% годового мирового оборота компании за предыдущий финансовый год (в зависимости от того, какая сумма больше).

В Регламенте расширено понятие персональных данных, введены понятия «трансграничной передачи данных», «псевдонимизации», установлено «право на забвение», определена роль должностного лица по защите данных.

Далее рассмотрены некоторые положения РЗПД, в большей мере относящиеся к ДСЗ.

В пункте 35 преамбулы РЗПД определено, что персональные данные, касающиеся здоровья, должны включать все данные, относящиеся к состоянию здоровья субъекта данных, которые содержат/будут содержать информацию об его/ее физическом или психическом здоровье в прошлом, в настоящее время и в будущем. Это включает в себя информацию о физическом лице, полученную при его/ее регистрации в качестве пациента; номер, символ или идентифицирующий символ, присвоенный физическому лицу, позволяющие его/ее однозначно идентифицировать как получателя медицинской помощи; данные обследований и исследований, включая генетическую информа-

цию и биологические образцы; любую иную информацию о, например, заболевании, инвалидности, риске заболевания, истории болезни, лечении, физиологическом, биомедицинском состоянии субъекта данных, вне зависимости от источника получения этой информации, например, от врача или иного медицинского работника, из организации здравоохранения, непосредственно в ходе инструментальных и лабораторных (in vitro) диагностических исследований.

При этом, конкретное определение персональных данных, касающихся здоровья, содержится в пункте 15 статьи 4 РЗПД: ДСЗ – персональные данные относительно физического или психического здоровья физического лица, включая оказание ему/ей медицинских услуг, в ходе которого получается дополнительная информация о состоянии здоровья пациента.

Определены конкретные основания для отступления от запрета обработки ДСЗ (пункт 52 преамбулы):

если обработка этих данных предусмотрена в законодательстве ЕС или государстве-члене ЕС и обеспечивается надлежащими гарантиями, такими как защита персональных данных и других фундаментальных прав и свобод человека;

если обработка этих данных представляет общественный интерес, в частности, обработка ДСЗ при приеме на работу (определенные требования к работнику со стороны работодателя), при начислении и выплате пенсий (заинтересованные – органы и организации социальной защиты), для обеспечения безопасности в сфере здравоохранения, в целях мониторинга и оповещения, профилактики или контроля инфекционных заболеваний и других серьезных угроз здоровью;

обработка ДСЗ в целях здравоохранения, включая организацию здравоохранения и управление отраслью, в частности, в целях обеспечения качества, доступности и эффективности оказания медицинской помощи, урегулирования претензий страховых медицинских организаций;

для достижения общественно важных научных, исторических, статистических целей;

при рассмотрении исковых заявлений, вне зависимости от того, происходит ли это в ходе судебных разбирательств или административной процедуры.

Указано, что РЗПД обеспечивает создание гармонизированных условий для обработки специальных персональных данных, касающихся здоровья человека, в конкретных обстоятельствах, в частности, когда обработка информации осуществляется для определенных целей, связанных со здоровьем человека, лицом, несущим правовые обязательства по сохранению врачебной тайны (пункт 53 преамбулы).

Обработка ДСЗ может быть необходима в общественно важных целях в сфере общественного здравоохранения и, вследствие этого, осуществлена без согласия субъекта данных (пункт 54 преамбулы). При этом, обязательно должны быть приняты надлежащие и конкретные меры по защите прав и свобод физических лиц. В данном контексте к сфере общественного здравоохранения отнесено решение всех вопросов, касающихся здоровья, определения состояния общественного здоровья, включая заболеваемость и инвалидность; исследования факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья; определения потребностей здравоохранения; ресурсов, выделяемых на здравоохранение; обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения; определения расходов на здравоохранение; исследования причин смертности. Обработка ДСЗ в общественно важных целях здравоохранения не должна приводить к обработке информации в других целях третьей стороной (наниматели, страховые, банковские компании).

Согласно положениям пункта 63 преамбулы, субъект данных должен иметь право доступа к собственным ДСЗ, что включает доступ к информации, касающейся его здоровья, например, к информации из его медицинских документов (диагнозы, результаты медосмотра, оценка лечащими врачами эффективности любого вида осуществленного лечения или вмешательства), и использовать это право беспрепятственно и в разумных временных интервалах в целях ознакомления и верификации законности обработки данных.

Пункт 71 преамбулы содержит указание на то, что в отношении субъекта данных не должны приниматься решения, которые могут включать меры, оценивающие его личные качества на основании исключительно автоматической обработки его личных данных (подобная обработка включает профайлинг), что приводит к затрагивающим его/ее правовым последствиям или возможности принятия существенных для субъекта решений (автоматический отказ в выдаче онлайн-кредита; отказ в приеме на работу, если набор осуществляется через Интернет без какого-либо визуального контакта). Эти действия возможны только в том случае, если субъект данных выразил свое четкое согласие на это, а также, когда это предусмотрено законодательством ЕС или государства-члена ЕС, которому подчиняется контролер, для борьбы с мошенничеством и уклонением от уплаты налогов, обеспечения безопасности услуг, предоставляемых контролером, или в целях необходимости заключения договора между субъектом данных и контролером.

Определены принципы, применяемые при обработке персональных данных (статья 5):

1. Персональные данные должны быть:

a) обработаны законным, справедливым и прозрачным способом по отношению к субъекту данных («законность, справедливость и прозрачность»);

b) собраны в конкретных, четко выраженных и законных целях и не обрабатываться таким способом, который несовместим с этими целями; обработка информации в общественно важных, научных, исторических, статистических целях не должна быть несовместимой с изначальными целями;

c) адекватными, релевантными и собранными в объеме, который необходим в заявленных целях их обработки («минимизация информации»);

d) точными и, если необходимо, обновляемыми; любое разумное действие должно быть предпринято в целях обеспечения того, чтобы неточная, имеющая отношение к целям, ради которых она обрабатывается, информация была незамедлительно уничтожена или исправлена («точность»);

e) хранимыми в форме, которая позволяет обеспечить идентификацию субъекта информации, в течение срока, не превышающего необходимый в заявленных целях обработки данных; продление срока хранения данных возможно в том случае, если они обрабатываются исключительно в общественно важных научных, исторических, статистических целях при принятии соответствующих технических и организационных мер для соблюдения гарантий прав и свобод субъекта данных («ограничение на хранение информации»);

f) обработаны таким способом, который обеспечивает надлежащую безопасность персональных данных, включая защиту от неавторизованной и незаконной обработки и от случайной утери, уничтожения, с использованием при этом соответствующих технических и организационных мер («целостность и конфиденциальность»).

2. Контролер должен быть ответственен за соблюдение пункта 1 этой статьи и должен быть способен продемонстрировать свое выполнение этих требований («отчетность»).

В статье 6 РЗПД указаны случаи, когда обработка данных является законной.

Наиболее важные регулирующие положения по теме настоящего исследования приведены в статье 9 Регламента, пункт 1 которой содержит указание на то, что обработка персональных данных, в том числе касающихся здоровья человека, должна быть запрещена.

В пункте 2 статьи 9 перечислены все исключения из этого общего правила, а именно:

обработка ДСЗ возможна, если:

субъект данных предоставил свое согласие на обработку информации в одной или более конкретных целях, за исключением случаев, когда законодательство ЕС или государства-члена ЕС предусматривает, что запрет, указанный в пункте 1 статьи 9, не может быть снят субъектом данных;

обработка необходима в целях осуществления обязательств и осуществления специальных прав контролера или субъекта данных (прием на работу, общественная безопасность, социальная защита), если это соответствует законодательству ЕС или государства-члена при обеспечении соответствующих гарантий соблюдения фундаментальных прав и интересов субъекта данных;

обработка необходима в целях защиты существенных интересов субъекта данных или других физических лиц, когда субъект данных физически или согласно законодательству не способен предоставить подобное согласие;

обработка осуществляется фондом, ассоциацией или другой некоммерческой структурой в рамках законной деятельности, с соблюдением соответствующих гарантий, в указанных определенных собственных политических, философских, религиозных или профсоюзных целях, и при условии, что обработка затрагивает исключительно членов или бывших членов соответствующей структуры или лиц, которые имеют постоянный контакт с ними, и, при этом, персональные данные не раскрываются вне данной структуры (в этом случае обработка данных возможна без наличия согласия субъекта данных);

обработка касается персональных данных, которые явно были сделаны публично доступными субъектом данных;

обработка необходима для создания и защиты правовых требований, если соответствующие судебные инстанции действуют в пределах своей компетенции;

обработка необходима для реализации целей, представляющих существенный общественный интерес, при этом, она должна осуществляться в соответствии с законодательством ЕС или государства-члена ЕС, по объему быть пропорциональной преследуемым целям, должны приниматься надлежащие и конкретные меры по защите персональных данных и других фундаментальных прав и интересов субъекта данных;

обработка необходима в целях профилактической медицины, гигиены труда, медицинской экспертизы и реабилитации, диагностики, предоставления медико-социальной помощи, лечения, организации и управления здравоохранением, при этом, она должна осуществляться в соответствии

с законодательством ЕС или государства-члена ЕС, должны приниматься надлежащие и конкретные меры по защите персональных данных и других фундаментальных прав и интересов субъекта данных;

обработка необходима в общественно важных целях в сфере общественного здравоохранения, таких как защита от серьезных трансграничных угроз здоровью населения или обеспечение высоких стандартов качества и безопасности медицинской помощи, при этом, она должна осуществляться в соответствии с законодательством ЕС или государства-члена ЕС, которое предусматривает надлежащие и конкретные меры для защиты прав и свобод субъекта данных, в частности, соблюдение врачебной тайны;

обработка необходима в общественно важных научных, исторических, статистических целях, при этом, она должна осуществляться в соответствии с законодательством ЕС или государства-члена ЕС, по объему быть пропорциональной преследуемым целям, должны приниматься надлежащие и конкретные меры по защите персональных данных и других фундаментальных прав и интересов субъекта данных.

Статья 17 РЗПД содержит гарантии права субъекта данных на их уничтожение («право на забвение»), определены случаи, когда данные должны быть уничтожены в обязательном порядке.

15 декабря 1997 г. Европейским парламентом и Советом Европейского союза для содействия гармонизации положений законодательства государств – членов Европейского союза принята Директива №97/66/ЕС об использовании персональных данных и защите неприкосновенности частной жизни в сфере телекоммуникаций (далее – Директива 97/66/ЕС), которая перевела принципы, установленные в Директиве 95/46/ЕС в специальные правила, применяемые в сфере телекоммуникаций. Цель принятия данной Директивы – обеспечение эквивалентного уровня защиты основных прав и свобод человека, в частности права на невмешательство в частную жизнь при использовании персональных данных в секторе телекоммуникаций. Положения Директивы 97/66/ЕС применялись в отношении персональных данных, используемых в связи с оказанием общедоступных телекоммуникационных услуг посредством общедоступных телекоммуникационных сетей в рамках ЕС, а именно посредством цифровой сети интегрированных услуг и публичных цифровых мобильных сетей.

Директива 97/66/ЕС утратила силу в связи с принятием Директивы Европейского парламента и Совета Европейского союза 2002/58/ЕС в отношении обработки персональных данных и защиты конфиденциальности в секторе электронных средств связи от 12 июля 2002 г. (далее – **Директива 2002/58/ЕС**) [25].

Директива 2002/58/ЕС обеспечивает гармонизацию национальных положений, необходимых для гарантии соответствующего уровня защиты основных прав и свобод, в том числе права на частную жизнь и конфиденциальность информации о частной жизни в связи с обработкой персональных данных в сфере электронных коммуникаций, и для свободного обращения подобных данных.

Данная Директива применяется в отношении обработки персональных данных в связи с предоставлением общедоступных услуг электронной связи в сетях связи коллективного доступа в ЕС, в том числе в сетях связи коллективного доступа, поддерживающих сбор данных и устройства идентификации (статья 3).

В статье 4 содержатся указания на то, что провайдер общедоступных услуг электронной связи должен предпринять необходимые технические и организационные меры для обеспечения безопасности предоставляемых услуг, которые должны гарантировать уровень безопасности, соответствующий имеющимся угрозам, а именно:

гарантировать, что доступ к персональным данным может быть предоставлен только уполномоченному персоналу в разрешенных законом целях;

защищать персональные данные, сохраненные или переданные, от случайного или незаконного уничтожения, случайной потери или изменения, несанкционированного или незаконного хранения, обработки, доступа или раскрытия;

гарантировать введение политики безопасности в отношении обработки персональных данных.

При наличии определенной угрозы повреждения системы безопасности сети, провайдер общедоступных услуг электронной связи должен информировать абонентов в отношении такой угрозы, а в случаях, когда угроза выходит за пределы средств защиты, доступных провайдеру, – о любых возможных средствах защиты, включая информацию о затратах на их приобретение.

При наличии вероятности того, что повреждение системы безопасности персональных данных неблагоприятным образом затронет персональные данные или информацию о частной жизни абонента или индивидуального пользователя, провайдер также должен без необоснованного промедления уведомить абонента или индивидуального пользователя о таком повреждении.

Уведомление абонента или индивида должно, как минимум, описывать характер повреж-

дения системы безопасности персональных данных, содержать указание на контактные пункты, где можно получить дополнительную информацию, и на меры, которые могут быть приняты для того, чтобы смягчить возможные неблагоприятные последствия от повреждения в системе безопасности персональных данных. Уведомление, обращенное к национальным компетентным органам власти, должно, кроме того, описывать последствия повреждения системы безопасности персональных данных, меры, предложенные и принятые провайдером в отношении адресата, само повреждение системы безопасности персональных данных.

В соответствии с пунктом 3 статьи 5 Директивы 2002/58/ЕС государства-участники должны гарантировать, что хранение информации или получение доступа к информации, уже сохраненной на терминальном оборудовании абонента или пользователя, допускается только при условии, что заинтересованный абонент или пользователь дали свое согласие, будучи обеспеченными точной и полной информацией, помимо прочего, о целях обработки информации.

Также должны быть обеспечены гарантии того, что:

абоненты перед включением их в справочник бесплатно проинформированы о цели (целях) печатного или электронного справочника абонентов, находящегося в свободном доступе или запрашиваемого через справочные службы, в которые могут быть включены их персональные данные, и о любых дальнейших возможностях использования данных, основанных на функциях поиска, встроенных в электронные версии справочника (пункт 1 статьи 12);

абонентам предоставлена возможность определять, включены ли их персональные данные в общедоступный справочник. Если персональные данные абонентов включены в общедоступный справочник, то абонентам должна быть предоставлена возможность определять, до какой степени эти данные имеют отношение к целям справочника, определенным поставщиком справочника, а также возможность проверять, вносить исправления в данные или отзывать такие данные. Отказ абонентов от включения их данных в общедоступный справочник абонентов, проверка персональных данных, внесение в них исправлений или отзыв персональных данных из справочника абонентов должны осуществляться бесплатно (пункт 2 статьи 12).

Возможно выдвижение требования о том, чтобы для любых целей общедоступного справочника, иных, чем поиск деталей контакта людей на базе их имени и необходимого минимального количества других идентификационных признаков, было запрошено дополнительное согласие абонентов (пункт 3 статьи 12).

Директива Европейского парламента и Совета Европейского союза **2002/22/ЕС** от 7 марта 2002 г. об универсальных услугах и правах пользователей в отношении сетей электронных коммуникаций и услуг (Директива об универсальных услугах) [26] содержит положения, регламентирующие вопросы обращения и защиты персональных данных при составлении телефонных справочников и иных баз данных в области электронных коммуникаций.

Так, подчеркнута необходимость обеспечения права абонентов на тайну частной жизни, учитывая включение/внесение информации личного характера (персональных данных) в телефонные справочники в печатном или электронном виде (пункты 11, 35 преамбулы), подключение услуги «определитель номера» и детализацию счета (пункт 39 преамбулы); содержатся требования к провайдерам общедоступных услуг связи и электронных сетей коммуникаций уважать фундаментальные права и свободы граждан, в том числе, право на неприкосновенность частной жизни (пункт 3 статьи 1), указывать в договоре на оказание услуг связи информации о том, предоставляется ли доступ к услугам экстренной связи и информация о местонахождении звонящего (абзац второй подпункта 1b статьи 20), получать согласие абонента на включение его персональных данных в телефонный справочник (пункт 1c статьи 20), включать в договор любую другую информацию, которая в этих целях может быть предоставлена соответствующими государственными органами, о способах защиты от угроз личной безопасности, частной жизни (в частности, в отношении персональных данных), связанных с предоставляемыми услугами (часть вторая пункта 1 статьи 20; подпункт 4b статьи 21) и т.д.

Заключение. Учитывая закрепленные международными правовыми актами основополагающие права человека, европейскую практику правового регулирования отношений, связанных с обращением специальных персональных данных, а также отсутствие сформулированных за весь предшествующий период применения ИКТ в здравоохранении каких-либо новых, характерных исключительно для «эры ЭЗ», отличных от существующих, прав человека, при создании в Республике Беларусь единого информационного пространства здравоохранения (электронного здравоохранения) в части формирования и ведения ИЭМК возника-

ют и требуют правового регулирования в процессе нормотворчества *проблемные вопросы обеспечения права на выбор услуг, обязательного информированного согласия на услугу, права на отказ от оказания услуги, права собственного доступа и контроля доступа иных лиц (в том числе, медицинских работников) к персональной информации в системе ЭЗ, соблюдения врачебной тайны при свободном обращении ДСЗ.*

Литература

1. *Лапицкий, В.А.* Электронное здравоохранение Беларуси: состояние и перспективы / В.А.Лапицкий, И.Э.Том // Информатика. – 2018. – Т.15, №4. – С.7–15.
2. Клятва Гиппократа [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.bibliotekar.ru/3-1-58-pravo-v-medicine/2.htm. – Дата доступа: 10.04.2019.
3. *Кобринский, Б.А.* Конфиденциальность и защита персональных медицинских данных в системе электронного здравоохранения [Электронный ресурс] / Б.А.Кобринский. – Режим доступа: http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2015/XI/Kobrinskiy.pdf. – Дата доступа: 10.04.2019.
4. *Кристальный, Б.В.* Законодательная поддержка развития электронного здравоохранения в России и других странах СНГ / Б.В.Кристальный, М.Я.Натензон // Информационные ресурсы России. – 2007. – №3. – С.2–7.
5. *Абламейко, М.С.* Правовые вопросы развития электронного здравоохранения в Республике Беларусь / М.С.Абламейко, С.В.Абламейко // Проблемы управления. – 2014. – №4 (53). – С.33–39.
6. Recommendation CM/Rec (2019) 2 of the Committee of Ministers to member States on the protection of health-related data [Electronic resource]. – Mode of access: https://www.coe.int/en/web/cm/-/1342nd-meeting-of-the-ministers-deputies-27-march-2019-#43507320_43507202_True. – Date of access: 19.04.2019.
7. Convention for the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data No.108 [Electronic resource]. – Mode of access: https://rm.coe.int/1680078b37. – Date of access: 10.04.2019.
8. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-XII // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
9. The Rights of Patients // A Declaration on the promotion of patients' rights in Europe / WHO Regional office for Europe; ICP/HLE 121. – Copenhagen, Denmark, 28 June 1994. – P.9–15. – Mode of access: http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf. – Date of access: 10.04.2019.
10. Об утверждении Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 15 дек. 2016 г., №466 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
11. Об утверждении Концепции развития электронного здравоохранения Республики Беларусь: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 20 марта 2018 г., №244.
12. О некоторых вопросах формирования интегрированных электронных медицинских карт в Республике Беларусь: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 25 мая 2018 г., №536.
13. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению / ГУ РНПЦ МТ (организация-разработчик); авторы-разработчики: Е.Л.Богдан (председатель рабочей группы) [и др.]. – Минск, 2017. – С.33.
14. *Зингерман, Б.В.* Электронная медицинская карта и принципы ее организации / Б.В.Зингерман, Н.Е.Шкловский-Корди // Врач и информационные технологии. – 2013. – №2. – С.37–58.
15. *Зингерман, Б.В.* Персональная электронная медицинская карта – сервис, доступный уже сегодня / Б.В.Зингерман // Врач и информационные технологии. – 2010. – №3. – С.15–25.
16. Международный пакт о правах человека («Всеобщая декларация прав человека») [Электронный ресурс]: одобр. резолюцией 217 А (III) Третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН, 10 дек. 1948 г. // Организация Объединенных Наций. – Режим доступа: https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/045/84/IMG/NR004584.pdf?Open Element. – Дата доступа: 30.08.2019.
17. Конвенция о защите прав человека и основных свобод (Европейская конвенция по правам человека, измененная и дополненная Протоколами №11 и №14 в сопровождении Дополнительного протокола и Протоколов №4, 6, 7, 12 и 13) [Электронный ресурс]. – Страсбург: Европейский суд по правам человека. – 32 с. – Режим доступа: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_RUS.pdf. – Дата доступа: 30.08.2019.
18. Международный пакт о гражданских и политических правах [Электронный ресурс]: одобр. резолюцией 2200 А (XXI) Двадцать первой сессии Генеральной Ассамблеи ООН, 16 дек. 1966 г. // Организация Объединенных Наций. – Режим доступа: https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NL6/600/01/IMG/NL660001.pdf?Open Element. – Дата доступа: 30.08.2019.
19. Конституция Республики Беларусь: с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. – Минск: Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь, 2016. – 62 с.
20. Протокол к Конвенции 108 о наблюдательных органах и трансграничной передаче информации ETS 181 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://pd.rkn.gov.ru/law/. – Дата доступа: 10.04.2019.
21. Protocol amending the Convention for the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing

of Personal Data No.223 [Electronic resource]. – Mode of access: https://rm.coe.int/16808ac918. – Date of access: 10.04.2019.
22. Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data [Electronic resource]. – Mode of access: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A31995L0046. – Date of access: 01.05.2019.
23. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation) [Electronic resource]. – Mode of access: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN. – Date of access: 01.05.2019.
24. Act on supplementary provisions to the regulation on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (the Data Protection Act) No.502 of 23 May 2018 [Electronic resource]. – Mode of access: https://www.datatilsynet.dk/media/6894/danish-data-protection-act.pdf. – Date of access: 01.05.2019.
25. Директива Европейского парламента и Совета Европейского союза 2002/58/ЕС в отношении обработки персональных данных и защиты конфиденциальности в секторе электронных средств связи от 12 июля 2002 г. (Директива о конфиденциальности и электронных средствах связи) (текст в редакции Директивы 2006/24/ЕС Европейского парламента и Совета ЕС от 15 марта 2006 г., Директивы 2009/136/ЕС Европейского парламента и Совета ЕС от 25 ноября 2009 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_b34. – Дата доступа: 01.05.2019.
26. Директива Европейского парламента и Совета Европейского союза 2002/22/ЕС от 7 марта 2002 г. об универсальных услугах и правах пользователей в отношении сетей электронных коммуникаций и услуг (Директива об универсальных услугах) (текст в редакции Директивы 2009/136/ЕС Европейского парламента и Совета ЕС от 25 ноября 2009 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://pd.rkn.gov.ru/law/. – Дата доступа: 01.05.2019.

HUMAN RIGHTS IN E-HEALTH ERA IN TERMS OF PHYSICIAN – PATIENT RELATIONSHIP. PART 1. EUROPEAN PRACTICE OF LEGAL REGULATION OF RELATIONS WITH REGARD TO SPECIAL PERSONAL DATA MOVEMENT

N.Ye.Kheifets, Ye.N.Kheifets

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Focus is identified of legal mechanism on patient rights' ensuring when introducing e-health. Basic international legal acts on protection of natural persons with regard to automatic processing of special personal data (and, in particular, special personal health-related data, HRD) and on the free movement of such data have been analyzed. Current world practice of legal regulation of issues of human rights ensuring when providing e-health services (right to choose services, mandatory prior informed consent to the service, right to refuse e-health services, right of own access and control of other persons' access (including medical professionals) to special personal data in e-health system, doctor – patient confidentiality protection on HRD free movement, etc.) has been studied to develop proposals on prevention violations of these rights through rulemaking process when introducing e-health in the Republic of Belarus.

Keywords: physician – patient relationship; e-health; special personal health-related data; human rights; right to privacy; doctor – patient confidentiality; legal regulation.

Сведения об авторах:

Хейфец Николай Ефимович; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией основ стандартизации и оценки медицинских технологий; тел.: (+37529) 7789996; e-mail: nikolai.kheifets@gmail.com.

Хейфец Евгений Николаевич, магистр юридических наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория основ стандартизации и оценки медицинских технологий, научный сотрудник; тел.: (+37529) 5521274; e-mail: zhenn1990@rambler.ru.

Поступила 10.09.2019 г.

УДК 617-089.5:616-08-039.57

ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

С.С.Грачев, И.Н.Мороз, В.П.Заневский

Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

Стационарзамещающие технологии являются приоритетным направлением развития здравоохранения Республики Беларусь. Особый интерес представляет развитие анестезиологической помощи в амбулаторных условиях. В статье представлен анализ литературных источников и нормативных правовых актов по организации анестезиологической помощи в амбулаторных условиях. Авторы обращают внимание на вопросы безопасности пациента при анестезии в амбулаторных условиях. Отмечается экономическая целесообразность проведения диагностических манипуляций и малых вмешательств под общей анестезией в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: анестезиологическая помощь; амбулаторные условия; малые оперативные вмешательства; организация здравоохранения; нормативные акты; безопасность пациента.

Введение. В последнее время в организации медицинской помощи Республики Беларусь большое внимание уделяется использованию стационарзамещающих технологий. Это связано как с внедрением новых методов оказания помощи пациенту, так и со снижением стоимости лечения и диагностики. По мнению П.Ф.Уайта с соавт. (2002–2003), «амбулаторная хирургия создает преимущества для пациентов, организаторов здравоохранения и даже стационаров» [18, 19]. Пациенты получают возможность раньше вернуться домой, в семейное окружение, снизить риск госпитальной инфекции и послеоперационных осложнений. Кроме того, в настоящее время выполнение многих диагностических и лечебных процедур не требует госпитализации в стационар [18]. Операционные, диагностические кабинеты и палаты пробуждения используются с большей эффективностью, что снижает затраты пациентов на лечение [18, 19]. Организация анестезиологической помощи в амбулаторных условиях должна предусматривать не только обеспечение анестезиологического пособия при оперативных вмешательствах и манипуляциях, но и возможность оказания при необходимости реанимационной помощи всем пациентам, находящимся в данном учреждении здравоохранения.

В системе здравоохранения определилось важное направление деятельности – безопасность медицинской помощи (М.Б.Бершадская, 2009; И.С.Мыльникова, 2009; L.T.Kohn et al., 1999). Данная проблема чрезвычайно значима для анестезиолого-реанимационной службы, которая связана с наиболее тяжелым контингентом пациентов с возможным развитием осложнений, приводящих к серьезным последствиям для здоровья и жизни (Н.Г.Петрова и соавт., 2007; Г.Г.Мхоян, А.Н.Мангоян, 2008; Ю.Е.Выренков и соавт., 2009; Е.И.Скобелев и соавт., 2009; R.Epstein, F.Dexter, 2002). Дефекты при оказании анестезиологического пособия и проведении реанимационных мероприятий наблюдались у 32,5% умерших (У.В.Гусева, О.С.Филиппов, 2009), в связи с чем представляет большой интерес изучение потребности населения в анестезиологической помощи в амбулаторных условиях, необходимой для планирования и организации анестезиологической службы.

Анализ работы медицинских организаций негосударственной формы собственности показал целесообразность «хирургии одного дня» и введения в их штатном расписании должности врача анестезиолога-реаниматолога. Таким образом, организация амбулаторной анестезиологической помощи в стране и обоснование введения должностей врача-анестезиолога-реаниматолога в амбулаторно-поликлинических и амбулаторно-диагностических учреждениях являются актуальной задачей.

Нами осуществлен анализ литературных данных и нормативных правовых актов Республики Беларусь по вопросам организации анестезиологической помощи населению в амбулаторных условиях.

Анализ мировой медицинской практики указывает на то, что концепция ускоренного восстановления после операции (enhanced recovery after surgery) или быстрого ведения хирургического пациента (fast track surgery) была введена в клиническую практи-

ку более 10 лет назад и привела к укорочению сроков госпитализации после оперативного вмешательства во многих областях хирургии (Г.В.Собетова с соавт., 2014). Доказано, что такой подход имеет ряд преимуществ, включая снижение частоты осложнений и летальных исходов, уменьшение длительности пребывания в стационаре [1].

Следует отметить, что для адекватного и безопасного оказания анестезиологической помощи в амбулаторных условиях требуется определенный подбор пациентов по многим критериям, а также соблюдение ряда условий, обеспечивающих безопасность пациента во время анестезии.

Предоперационное обследование пациентов разнится, по мнению ряда зарубежных авторов, однако основные параметры сходны (И.Смит, 2004, П.Капур, 2003). Оно включает субъективное и объективное клиническое обследование пациента, функциональные и лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, глюкоза крови, рентгенография органов грудной клетки и ЭКГ в возрасте старше 40 лет, коагулограмма, группа крови и резус-фактор в зависимости от объема и травматичности предстоящего оперативного вмешательства) [16].

Предварительная оценка предоставляет необходимую информацию о состоянии пациента, что, в свою очередь, способствует увеличению общего качества медицинского обслуживания пациентов. Отбор пациентов для амбулаторного вмешательства или диагностического исследования осуществляется на основе следующих социальных и медицинских критериев [16]:

социальные критерии:

сопровождение взрослого и наблюдение в течение суток;

пациент правильно выполняет указания врача;

наличие телефонной связи;

доступность врача общей практики и/или участковой медицинской сестры;

возможность достаточно быстрого возвращения в медицинское учреждение;

отсутствие необходимости ухода за детьми или выполнения потенциально опасной работы;

медицинские критерии:

хорошее состояние здоровья или сопутствующие заболевания вне обострения, под контролем;

симптомы основного заболевания стабильные;

пациент правильно оценивает свое состояние (разумно мыслит);

операция не может вызвать обострения сопутствующего заболевания.

Большинство российских авторов (Э.В.Недашковский с соавт., 2005; др.) согласны с тем, что описанный выше скрининг обследований предполагает дифференцированное выполнение лабораторных тестов и их оценку в совокупности с результатами анамнеза и физикального осмотра, что позволяет выявить все существующие проблемы пациента и назначить необходимое ему дополнительное обследование. Очевидно, что подобный подход обоснован и экономически [9].

Немаловажным для амбулаторного пациента является уточнение времени воздержания от пищи. Общества амбулаторных анестезиологов США призывают сегодня к более либеральному отношению к проблеме предоперационного голодания, рекомендуя разрешать прием чистых жидкостей за 2 часа, легкий завтрак за 6 часов, а прием более тяжелой пищи за 8 часов до анестезии в «хирургии одного дня». Длительное голодание, по мнению авторов, не гарантирует опорожнения желудка и плохо переносится пациентом [2, 3]. Кроме того, длительное воздержание от пищи увеличивает потребность в инфузионной терапии и, тем самым, повышает риск осложнений и затраты [15].

Важным аспектом проведения анестезии в амбулаторных условиях является наличие показаний. Традиционно считается, что в амбулаторных условиях могут быть оперированы пациенты с 1–2-й степенью анестезиологического риска (физикального состояния) по классификации Американской ассоциации анестезиологов (ASA) [4]. В то же время, другие авторы (Морган, 2012) отмечают, что у пациентов III и IV классов по ASA возможно оперативное вмешательство в амбулаторных условиях, однако в каждом конкретном случае решение принимается индивидуально после тщательного обследования (дополнительные лабораторные и инструментальные методы) [6, 8, 17].

По мнению большинства авторов (J.T.Crenshaw с соавт., 2002; Э.В.Недашковский, 2005; др.), при организации медицинской помощи нельзя не учитывать противопоказания к проведению анестезии в амбулаторных условиях, связанные с заболеваниями пациента (миастения, значительный избыток массы тела, ишемическая болезнь сердца, недостаточность кровообращения, респираторные нарушения (бронхиальная астма, ХОБЛ) с клиническими проявлениями, ювенильный сахарный диабет, судорожный синдром, алкогольная, медикаментозная и наркотическая зависимости) и условиями ее предоставления.

Относительными противопоказаниями к проведению анестезии в амбулаторных условиях являются плохие социально-бытовые условия (отсутствие телефона) при значительной удаленности и недоступности учреждений здравоохранения от места нахождения пациента в это время [21].

Как абсолютные противопоказания следует также принять следующие:

• существенные трудности в анестезиологическом обеспечении предыдущих операций или осложнения (трудная интубация, анафилаксия);

• случаи злокачественной гипертермии в семье;

• нестабильное состояние при хронических заболеваниях, врожденных пороках сердца, болезнях обмена веществ (декомпенсация) [21].

Современные средства для анестезии полностью способны обеспечить безопасность пациента в амбулаторных условиях при возможности использования методик как местной, так и общей анестезии, в том числе, и с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). В последнем случае целесообразно обеспечить круглосуточное наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде даже в стационаре одного дня (что с успехом применяется в ряде медицинских организаций негосударственной формы собственности г. Минска).

В целом, основные принципы периоперационного ведения пациента в амбулаторных условиях следующие (сходны с задачами при стационарном лечении):

анксиолизис, седация, амнезия;

анальгезия;

устранение вагусных эффектов;

предупреждение послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР) [22].

Подробное описание методик анестезиологического обеспечения зависит от объема и зоны оперативного вмешательства, возраста пациента, сопутствующей патологии и не является предметом обсуждения настоящей статьи. В то же время, в амбулаторной анестезиологической практике уместно и допустимо применение следующих анальгетиков: фентанил, морфин, трамадол, промедол; гипнотиков (неингаляционных анестетиков) – тиопентал натрия, пропофол, этомидат. Необходимо наличие атарактиков (диазепам, мидазолам). Показано применение местных анестетиков для интратекального или эпидурального введения: лидокаин, бупивокаин (в том числе, гипербарический раствор), ропивокаин. При проведении общей анестезии с ИВЛ показано использование мышечных релаксантов (сукцинилхолин, атракурий, рокуроний) и ингаляционных анестетиков. В последнем случае, а также при использовании регионарных методов анестезии показано безусловное наблюдение пациента в режиме круглосуточного поста врача и медицинской сестры для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, что уже успешно применяется в ряде медицинских учреждений г. Минска. Также, безусловно, улучшит качество оказания помощи применение разнообразного арсенала нестероидных противовоспалительных препаратов с учетом показаний и противопоказаний.

При проведения анестезии необходимо обеспечить соблюдение следующих условий [16]:

операция не может вызвать обострения сопутствующего заболевания;

операция связана с минимальной кровопотерей;

не требуется специализированного послеоперационного ухода;

низкий предполагаемый риск послеоперационных осложнений;

послеоперационное обезболивание возможно в домашних условиях (пероральные анальгетики);

наличие сопровождения и возможность наблюдения в течение суток;

пациент правильно выполняет указания врача;

наличие телефонной связи;

доступность врача;

возможность достаточно быстрого возвращения в медицинское учреждение;

отсутствие необходимости ухода за детьми или выполнения потенциально опасной работы.

При наличии всех перечисленных условий пациент получает инструкцию для амбулаторного пациента и подписывает информированное согласие на проведение операции и анестезии [16, 20]. Таким образом, заключение о возможности реализации принципов периоперационного ведения пациента в амбулаторных условиях должно приниматься на основании решения организационных и правовых вопросов, связанных с ресурсным обеспечением (кадры, набор и оснащение помещений, лекарственные средства и др.).

По мнению большинства авторов (Морган с соавт., 2012, А.А.Бунятян, 1994; др.), интраоперационный мониторинг в амбулаторной анестезиологии не должен отличаться от Гарвардского стандарта и включает: нахождение анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста рядом с пациентом, электрокардиографию (ЭКГ: II, V5 отведения), пульсоксиметрию, неинвазивные измерения артериального давления (АД) в автоматическом режиме каждые 5 минут. В операционной или манипуляционной рабочее место анестезиолога обязательно оснащается наркозно-дыхательным аппаратом, подводкой кислорода, кардиомонитором, пульсоксиметром, дефибриллятором, хирургическим отсосом, стойкой для проведения внутривенных инфузий, ларингоскопом с набором клинков, набором эндотрахеальных трубок с проводниками для них, набором орофарингеальных воздуховодов Гведела, роторасширителем, тонометром, фонендоскопом, манипуляционным столиком [8].

Как указано выше, важную роль играют вопросы организации рабочего места врача-анестезиоло-

га-реаниматолога. Очевидно, что основные требования к анестезиологическому обеспечению операций в стационаре распространяются и на работу врача-анестезиолога-реаниматолога в амбулаторно-поликлинических условиях. В непосредственной близости к операционной (диагностическому кабинету в случае анестезии при диагностических исследованиях) выделяется отдельное помещение на 2–3 койки (послеоперационный блок, палата пробуждения), оно обеспечивается оборудованием для интенсивного наблюдения, проведения ИВЛ, оксигенотерапии, инфузионной терапии, которая может потребоваться при развитии осложнений.

Одно из важных показателей для амбулаторной хирургии – время восстановления после анестезии. Как правило, критериями для выписки пациента после анестезии из учреждения здравоохранения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях являются:

правильная ориентация в собственной личности, месте, времени;

стабильность артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыхания в течение 30–60 минут;

способность к питью и самообслуживанию;

отсутствие сильной боли и кровотечения [15, 17].

У нас в стране не рекомендовано для широкого применения использование шкал восстановления после анестезии. Для объективной оценки этого критерия ASA рекомендует использовать модифицированную шкалу Aldrete. С помощью этой шкалы оцениваются в баллах основные витальные функции: сознание, дыхание, кровообращение и моторная функция. В качестве альтернативы модифицированной шкале Aldrete предложена FAST-TRACK-шкала. Пациенты, набравшие 12 и более баллов по данной шкале, могут быть переведены из операционной без необходимости наблюдения в палате пробуждения [23].

Крайне важным аспектом, на наш взгляд, является наличие плана перевода пациента, получившего анестезиологическую помощь в амбулаторных условиях, в стационар при необходимости. Пациенты, состояние которых характеризуется отсутствием стабильности, требующие наблюдения за функцией сердца, состоянием дыхательных путей, такими легочными проблемами, как обострение обструктивных заболеваний бронхов, должны переводиться для последующей госпитализации в стационар [7]. Транспортировка пациента осуществляется на машине скорой медицинской помощи в сопровождении врача-анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста совместно с бригадой интенсивной терапии. При транспортировке пациента возможны значительные изменения АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС) [5]. Во время транспортировки продолжаются интенсивная терапия, неинвазивный мониторинг, ИВЛ (при необходимости) [5]. Таким образом, каждое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь в амбулаторных условиях, включая проведение вмешательств, диагностических исследований под общей или местной анестезией, должно предусмотреть при возникновении осложнений у пациента (или при ухудшении его состояния) организационные мероприятия, обеспечивающие возможность его перевода в стационар, в том числе, и наличие договора о переводе. В настоящее время такая практика применяется в ряде организаций здравоохранения негосударственной формы собственности.

Немаловажным аспектом развития и организации анестезиологической службы в амбулаторных условиях являются вопросы правового регулирования. В Республике Беларусь разработана правовая база по оказанию анестезиологической помощи как в стационарных, так и в амбулаторных условиях (организация деятельности, штатные нормативы, оформление медицинской документации, оценка готовности рабочего места врача-анестезиолога-реаниматолога), включающая следующие нормативные правовые и локальные акты:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.12.2012 №186 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников областных, центральных, центральных городских, центральных районных, городских, районных и участковых больниц» (далее – постановление №186) [13];

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.05.2012 №483 «Об утверждении инструкции о порядке организации деятельности анестезиолого-реанимационной службы» (далее – приказ №483) [11];

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.05.2013 №40 «Об утверждении Инструкции о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с некоторыми хирургическими заболеваниями» (далее – постановление №40) [12];

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.03.2014 №254 «Об утверждении протоколов по службе анестезиологии и реаниматологии» (далее – приказ №254) [14];

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.07.2013 №60 «Об установлении формы журнала оценки готовности рабочего места врача-анестезиолога-реаниматолога» (далее – постановление №60) [10].

Основным регламентирующим документом организации деятельности анестезиолого-реани-

мационной службы в Республике Беларусь является приказ №483, в соответствии с которым «отделение анестезиологии и реанимации создается в организациях здравоохранения (включая, поликлиники, имеющие дневные стационары, травматологические пункты, в том числе стоматологические поликлиники, оказывающие хирургическую помощь, женские консультации) при наличии в штатном расписании 3 и более должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов» (глава 2, п.7.2) [11]. Данный локальный акт также регулирует вопросы организации анестезиологической помощи в амбулаторных условиях в организациях здравоохранения.

Вопросы введения должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов регламентируются постановлением №186, согласно которому количество штатных должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов зависит от объема хирургической помощи (количества хирургических вмешательств) в стационаре [13].

Постановлением №40 определен перечень оперативных вмешательств, выполняемых в стационарных и амбулаторных условиях, а также «Перечень медицинской техники и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями для выполнения хирургических вмешательств и манипуляций в условиях общей анестезии» (приложение 3 к данному постановлению) [12]. Этим документом предусмотрена организация и определена оснащенность рабочего места врача-анестезиолога-реаниматолога – необходимый и очень важный момент обеспечения безопасности пациента при оперативных вмешательствах, диагностических процедурах и манипуляциях.

Медицинская документация врача-анестезиолога-реаниматолога (в частности, протокол осмотра врача-анестезиолога-реаниматолога с информированным согласием пациента на анестезию, протокол анестезии с картой анестезии) регламентируется приказом №254 [14].

Важным документом, обеспечивающим безопасность пациента во время любой анестезии, является постановление №60 [10]. В инструкции о порядке заполнения журнала оценки готовности рабочего места врача анестезиолога-реаниматолога определено наличие данного документа в каждой организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь пациентам с применением анестезии (п.1); описана процедура оформления журнала при медицинских манипуляциях, при выявлении неисправностей медицинской техники, при отсутствии изделий медицинского назначения и лекарственных средств; информирование ответственных лиц с их подписью о результатах оценки.

В то же время, остаются нерешенными ряд вопросов кадровой обеспеченности врачами-анестезиологами-реаниматологами, введения штатной должности врача-анестезиолога-реаниматолога в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, поскольку постановлением №186 определено лишь количество должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, однако при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением травмпунктов) подобная регламентация отсутствует.

Заключение. С учетом развития стационарзамещающих технологий в Республике Беларусь требуется активное развитие анестезиологической помощи в амбулаторных условиях, что может быть успешно реализовано только при решении организационных и правовых вопросов в данной области. В частности, требуется разработка нормативных правовых актов, касающихся вопросов формирования штатных должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, утверждения формы медицинской документации при осуществляемых в амбулаторных условиях вмешательствах (хирургических и диагностических) под общей анестезией с сохраненным спонтанным дыханием длительностью до 30 минут и др.

Литература

1. Амбулаторная анестезиология – состояние вопроса / Г.В.Собетова [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2014. – №6 (120). – С.46–52.
2. Анестезия в стационаре одного дня / И.Ф.Острейков [и др.] // Российский журнал анестезиологии и интенсивной терапии. – 2000. – №1. – С.55–63.
3. *Бабаев, Б.Д.* Ингаляционная анестезия галогенсодержащими анестетиками у детей / Б.Д.Бабаев, С.А.Пивоваров, М.В.Шишков // Анестезиология и реаниматология. – 2002. – №1. – С.4–6.
4. *Бунятян, А.А.* Руководство по анестезиологии / А.А.Бунятян [и др.]; под ред. А.А.Бунятяна. – М.: Медицина, 1994. – 656 с.
5. *Гагарин, А.В.* Авиационная транспортировка больных в критическом состоянии / А.В.Гагарин, В.М.Будянский // Второй съезд межрегиональной ассоциации общественных объединений анестезиологов и реаниматологов Северо-Запада: сб. докл. и тез., Архангельск, 25–27 июня 2003 г. – Архангельск, 2003. – С.236–237.
6. *Исаков, А.В.* Анестезиологическое обеспечение в амбулаторной хирургии у детей раннего возраста: дис. … канд. мед. наук.: 14.01.20 / А.В.Исаков. – М., 2013. – 114 с.

7. *Капур, П.* Требования к отделениям посленаркозного наблюдения / П.Капур // Освежающий курс лекций №8: пер. с англ. / под ред. Э.В.Недашковского. – Архангельск, 2003. – С.70–77.
8. *Морган, Д.Э.* Клиническая анестезиология: пер с англ. / Д.Э.Морган, М.С.Михаил. – М.: Бином, 2003. – Кн.3. – 304 с.
9. *Недашковский, Э.В.* Особенности современной организации анестезиологической помощи и проведения анестезиологических пособий в условиях дневного хирургического стационара / Э.В.Недашковский, Э.А.Левичев // Экология человека. – 2005. – №8. – С.49–54.
10. Об установлении формы журнала оценки готовности рабочего места врача анестезиолога-реаниматолога [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 9 июля 2013 г., №60 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
11. Об утверждении инструкции о порядке организации деятельности анестезиолого-реанимационной службы: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 2 мая 2012 г., №483.
12. Об утверждении инструкции о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с некоторыми хирургическими заболеваниями [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 8 мая 2013 г., №40 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
13. Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников областных, центральных, центральных городских, центральных районных, городских, районных и участковых больниц [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 3 дек. 2012 г., №186 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
14. Об утверждении протоколов по службе анестезиологии и реаниматологии: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 17 марта 2014 г., №254.
15. Послеоперационная боль. Руководство. Пер. с англ. / под ред. Ф.М.Ферранте. – М.: Медицина, 1998. – 640 с.
16. *Смит, И.* Отбор больных для амбулаторных вмешательств / И.Смит // Освежающий курс лекций №9: пер. с англ. / под ред. Э.В.Недашковского. – Архангельск, 2004. – С.95–105.
17. Современные критерии отбора пациентов для успешной совместной работы хирургического и анестезиологического звена в условиях центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии / И.В.Крестьяшин [и др.] // Детская хирургия. – 2015. – №3. – С.40–43.
18. *Уайт, П.Ф.* Амбулаторная анестезия: новые препараты и методы / П.Ф.Уайт // Освежающий курс лекций №7: пер. с англ. / под ред. Э.В.Недашковского. – Архангельск, 2002. – С.75–80.
19. *Уайт, П.Ф.* Современное анестезиологическое обеспечение в амбулаторной хирургии / П.Ф.Уайт // Освежающий курс лекций №8: пер. с англ. / под ред. проф. Э.В.Недашковского. – Архангельск, 2003. – С.162–173.
20. *Чепкий, Л.П.* Справочник по анестезиологии / Л.П.Чепкий, Л.В.Усенко, В.П.Цертий; под ред. Л.П.Чепкого. – Киев: Здоров'я, 1987. – 384 с.
21. *Crenshaw, J.T.* Preoperative fasting: old habits die hard: Research and published guidelines no longer support the routine use of NPO after midnight, but the practice persist / J.T.Crenshaw, E.H.Winslow // Am. J. Nurs. – 2002. – Vol.102, No.5. – P.36–44.
22. Regional anesthesia for children undergoing orthopedic ambulatory surgeries in the United States, 1996–2006 / C.Kuo [et al.] // HSS Journal. – 2012. – Vol.8, Issue 2. – P.133–136.
23. *Worthington, L.M.* Death in the dental chair: unavoidable catastrophe? / L.M.Worthington, P.J.Flynn // Brit. J. Anaesth. – 1998. – Vol.80, No.2. – P.131–132.

ORGANIZATION OF OUTPATIENT ANESTHETIC CARE

S.S.Gratchev, I.N.Moroz, V.P.Zanevsky

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Inpatient medical care replacing technologies are the priority area of healthcare system development in the Republic of Belarus. Development of anesthesia in outpatient setting is a sphere of special interest. Literature data and legal acts on anesthetic care organization on an outpatient basis have been analyzed in this article. Authors pay attention to issues of patient's safety when outpatient anesthetic care providing. Economic feasibility is found of diagnostic manipulations and minor surgery under general anesthesia in outpatient care.

Keywords: anesthetic care; outpatient care; minor surgery; healthcare organization; legal acts; patient's safety.

Сведения об авторах:

Грачев Сергей Сергеевич, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии; тел.: (+37544) 5400569; e-mail: ssgratchev@tut.by.

Мороз Ирина Николаевна, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», первый проректор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения; e-mail: moroz_iri@bk.ru.

Заневский Вячеслав Петрович, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра анестезиологии и реаниматологии; e-mail: y_v_z@mail.ru.

Поступила 25.11.2019 г.

УДК 616.314-002-084

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА

И.К.Луцкая

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
ул. П.Бровки, 3, корп. 3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Массовая, групповая или индивидуальная профилактика кариеса осуществляется посредством использования различных средств и методов воздействия. Анализ данных литературы и собственных клинических наблюдений позволил разработать рекомендации дифференцированного выбора схем профилактики в зависимости от возрастных особенностей организма, а также эффективности тех или иных препаратов, предлагаемых производителями стоматологической продукции. Различные средства могут использоваться профессионально или самостоятельно в зависимости от их состава и способа воздействия, осуществления методики воздействия. Важную роль в организации профилактической работы играют оптимальное планирование и осуществление конкретных превентивных мероприятий.

Ключевые слова: организация кариеспрофилактики; фторпрепараты; гигиена полости рта; здоровый образ жизни.

Определившись с причиной и факторами, способствующими возникновению и развитию кариеса, а также с наиболее эффективными средствами, оказывающими противокариозное воздействие, эксперты ВОЗ наметили основные направления организации мероприятий по профилактике самого массового заболевания населения. Это рациональное питание, в первую очередь, коррекция углеводов в пище, гигиена полости рта, применение препаратов фтора [10, 11, 19, 22].

Одним из основных дефектов питания следует назвать потребление избыточного количества углеводов, оказывающих отрицательное воздействие на организм в целом и зубочелюстную систему в частности. Они приводят к быстрому насыщению калориями и препятствуют поступлению необходимых аминокислот, витаминов, минеральных веществ, микроэлементов. Кроме того, углеводы являются питательной средой для микроорганизмов, продуцирующих органические кислоты, которые разрушают эмаль.

Гигиена полости рта является обязательной составной частью программ кариеспрофилактики и имеет целью устранение зубного налета и препятствие его образованию, а также повышение устойчивости зуба к кариесогенным воздействиям. Здесь следует отметить, что чистка зубов оказывается эффективной против кариеса при условии использования фторсодержащих зубных паст [8, 16].

Среди используемых во всем мире средств профилактики кариеса особое место принадлежит препаратам фтора [14, 16, 19, 21]. Эксперты ВОЗ рассматривают это направление как одно из основных, рекомендуя различные способы применения соединений фтора, в том числе, в комплексе с активным кальцием.

Фторирование воды – первый опыт борьбы с кариесом, начатый в 1945 г. Этот метод был широко распространен по всему миру и до недавнего времени фторированную воду пили 170 миллионов человек в 39 странах мира. Применение фторированной питьевой воды, по данным экспертов ВОЗ, на протяжении 10–15 лет снижает интенсивность кариеса на 50%, причем кариеспрофилактический эффект более выражен при употреблении ее в период формирования зубов [14, 22].

Особое место в предупреждении кариеса занимает поваренная соль, искусственно обогащенная фтором. Научное обоснование профилактики кариеса зубов фторированной солью у детей Республики Беларусь дано в работах Э.М.Мельниченко. Применение фторированной соли «Полесье» (производства Мозырского солевыварочного комбината), содержащей 250–350 ppm фтора, в течение 2 лет позволило снизить распространенность кариеса в детских садах г. Мозыря на 6%. Интенсивность кариеса у дошкольников уменьшилась на 1,32, а у школьников – на 3,39 [14].

Программы эндогенной фторпрофилактики кариеса включают применение препаратов в виде таблеток или растворов (натрия фторид, «Вита-

фтор»). Назначение их внутрь ограничивается детским возрастом (показано в период формирования эмали).

Самым распространенным и простым способом является ежедневная двукратная чистка зубов пастами, содержащими до 1500 ppm фтора. Обучение индивидуальному гигиеническому уходу за зубами с выбором зубной щетки, эффективной пасты и метода чистки занимает сегодня важное место в работе врача-стоматолога [5, 15, 20].

Одним из популярных методов экзогенной профилактики является использование 0,05–0,1–0,2% растворов фтористого натрия для полосканий. Зарубежные фирмы выпускают готовые растворы, такие как «Act», «Fluoridin», «Fisterin», «Profluorid M», содержащие 0,2% (150 мл во флаконе) и 0,05% (по 300 и 500 мл во флаконе) фтористого натрия. Полоскание фтористыми растворами можно проводить дома или в детском коллективе. В Республике Беларусь в рамках республиканской программы с 1985 г. широко применялись полоскания 0,2% раствором фторида натрия у школьников, что обеспечило до 60% редукции кариеса на контактных поверхностях, до 30% – на вестибулярных и оральных и 7% – на жевательных. Интенсивность кариеса при проведении этой методики у 12-летних детей снизилась за 5 лет с 4,7 до 2,9 в г.Барановичи и с 5 до 2 в г.Гродно [14, 15].

Организационные мероприятия позволили обеспечить широкое распространение аппликационного метода применения фторсодержащих препаратов с использованием 2% растворов фторида натрия, которые содержат 0,9% (9100 ppm) активного фтора. Учитывая высокую концентрацию фтора в растворе для аппликаций, процедуру должен проводить медицинский персонал. Данную методику начинают проводить с 6–7 лет и до 15 лет.

В экзогенной профилактике кариеса нашли свое применение фторсодержащие гели, которые дольше удерживаются на поверхности эмали. В зависимости от концентрации фтора гели можно применять в домашних условиях (F – 1000 ppm) и в стоматологическом кабинете (F – 12400 до 25000 ppm), кратность процедур будет зависеть от степени риска кариеса [13, 21].

Учитывая, что эффективность воздействия ионов фтора зависит от продолжительности контакта препарата с эмалью, было предложено использовать композиции на основе натуральных и синтетических смол – лаки. В их состав входит фторид натрия в разных концентрациях (0,05–2,5%): «Стома», Fluocal, Fluorprotector, Bifluorid-12, Fluoridin, что позволяет увеличить общее количество фтора в тканях зуба. Аппликация лака проводится в стоматологическом кабинете [9, 17].

При выборе методов профилактики кариеса у детей необходимо учитывать ряд факторов, способствующих возникновению данной патологии, то есть выявление так называемой «группы риска» [13, 18].

Показатели силы тока, проходящего через твердые ткани, позволяют различить три группы детей в зависимости от степени минерализации зуба: с высоким исходным уровнем, со средним и с низким. Наибольшую опасность возникновения кариеса представляют дети 3-й группы [6].

Группы риска можно выделить, используя показания теста эмалевой резистентности (ТЭР). Крайне низкая устойчивость к кариесу прогнозируется в случае, когда окрашивание метиленовым синим эмали после дозированного кислотного воздействия по цветовой шкале составит 6–10 баллов (Луцкая И.К., 1997).

Комплексные программы выявления факторов риска возникновения кариеса разработаны под руководством П.А.Леуса.

В группах риска кариес может начинаться одновременно с прорезыванием зубов. Так у 72,3% обследованных 6-летних детей обнаружено поражение эмали. Кариес продолжает нарастать от 39% через 3 месяца до 86% к 2 годам после прорезывания зуба, что обуславливает широкое распространение метода первичной профилактики кариеса, заключающегося в герметизации фиссур стоматологическим материалами [2, 6]. При этом на поверхности эмали создается механический барьер для внешних факторов.

Наиболее эффективным является использование герметиков, содержащих фтор. В условиях Беларуси получено снижение прироста кариеса у 6-летних детей уже через год после применения Fissurit в 13,3 раза по сравнению с контрольной группой. У 9-летних детей на премолярах снижен прирост кариеса в 8,5 раз по сравнению с контролем.

Изучение результатов герметизации фиссур светополимеризующимся материалом (Fissurit F) в сочетании с покрытием фторлаком (Fluoridin) контактных поверхностей зубов у школьников г. Минска, проводимой сотрудниками кафедры терапевтической стоматологии БелМАПО, показало более высокую эффективность раннего покрытия жевательных поверхностей зубов. Так, в 6 лет это кариеспрофилактическое мероприятие в 10 раз эффективнее, чем в 9 лет [9, 12, 17].

Комбинированный курс профилактики, сочетающий покрытие зубов фторлаком и прием внутрь элеутерококка позволил повысить результативность работы. Метод сочетанного воздействия фторпрофилактического средства и адаптогена может быть рекомендован для использования в схемах профилактики кариеса [13, 17].

В Беларуси накоплен определенный положительный опыт в организации профилактической работы: так, выполнение первой республиканской программы профилактики стоматологических заболеваний позволило снизить среднее количество пораженных кариесом зубов (КПУЗ) у 12-летних детей с 3,7 в 1986 г. до 3,4 в 1990 г.

В ходе реализации второй национальной программы стоматологической профилактики у населения Беларуси, средняя интенсивность кариеса зубов снизилась до 2,2 в 2008 г. За последнее десятилетие доля шестилетних детей со здоровыми зубами выросла с 10 до 20% при снижении количества пораженных кариесом временных и постоянных зубов (далее – кпуз+КПУЗ) с 5,6 до 4,4; достигнута стабилизация кариозного процесса у взрослого населения [8, 11].

Однако, современное состояние стоматологического здоровья населения страны все еще нельзя признать удовлетворительным, что становится очевидным при сравнении приведенных показателей с целями, обозначенными Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для достижения к 2020 г. в Европе [1, 5, 7].

Экологическая ситуация, связанная в частности с низким уровнем содержания фтора в питьевой воде (0,2–0,4 ppm), нерациональное питание населения требуют дальнейшей оптимизации методов стоматологической профилактики на основе дифференцированного выбора профилактических воздействий в конкретных клинических ситуациях.

В соответствии с изложенной проблемой, проведенным анализом многолетней научной работы, собственным клиническим опытом были разработаны следующие **рекомендации**.

Профилактические мероприятия должны осуществляться на популяционном (массовые), групповом и индивидуальном уровнях с учетом используемых средств и методов воздействия.

1. Учитывая низкое содержание фтора в воде, массовая профилактика кариеса на популяционном уровне в Республике Беларусь осуществляется употреблением фторированной соли. Роль врача-стоматолога заключается в проведении разъяснительной работы среди населения о необходимости использовать в пищу соль, обогащенную фтором.

2. В разделе гигиены питания необходимо мотивировать родителей к ограничению в рационе питания детей кондитерских изделий. Полезна замена их продуктами растительного происхождения, например, овощами, фруктами, ягодами. Следующий путь сокращения потребления сахаров – использование синтетических заменителей – ксилит, сорбит, маннит. Однако эта возможность ограничивается техническими проблемами, в частности, выпуском малого количества этих продуктов нашей промышленностью, а также их своеобразными органолептическими свойствами.

Наиболее приемлемым оказывается путь сокращения времени контакта углеводов с зубами. Для этого необходимо выполнять следующие условия: 1) сладкое блюдо не должно быть последним в рационе; 2) принимаемые в конце еды продукты должны хорошо очищать зубы; 3) нужно искусственно очищать зубы после приема сладкого, если не выполняется второе требование; 4) следует сокращать кратность потребления кондитерских изделий.

3. Значительная роль в профилактике кариеса отводится индивидуальной гигиене полости рта. Обучение приемам чистки зубов должно начинаться с 2-летнего возраста. Вначале ребенок осваивает навыки полоскания рта, затем используются зубные щетки. Взрослые и дети зубы чистят фторсодержащими зубными пастами или гелями 2 раза в день, причем желательно, чтобы детям до 8–9 лет эту процедуру проводили родители.

Применяются зубные пасты на основе фторида натрия (NaF), монофосфата натрия (MPF), аминофторида (AmF) в таком количестве, чтобы фтора в пастах для детей содержалось 200–500 ppm (0,02–0,05%). При этом, необходимо знать, что:

а) при использовании фтористых препаратов суммирующего действия и с раннего возраста возможно развитие легких форм флюороза зубов;

б) не следует использовать сладкие зубные пасты, поскольку дети их проглатывают;

в) нецелесообразно применять фторсодержащую зубную пасту в зонах флюороза;

г) нельзя использовать фторсодержащие зубные пасты у детей, которые не могут контролировать глотание и выплевывание.

4. Групповая профилактика может базироваться на осуществлении полоскания рта растворами, содержащими фторид натрия: 0,05% – ежедневно, 0,1% – 1 раз в неделю, 0,2% – 1 раз в 2 недели в домашних условиях. Лучше эти мероприятия проводить в организованных детских коллективах. Перед полосканием необходимо тщательно очистить зубы от мягких отложений. Затем ребе-

нок набирает в рот 10 мл 0,2% раствора NaF и полощет 2 минуты под контролем старших. Образуемые на поверхности эмали фторапатиты сохраняются в течение полугода, что позволяет использовать этот метод 2 раза в год.

Профилактику проводят с 6 до 15 лет.

5. Детям со средним риском кариеса и невыраженными фиссурами, кроме использования противокариозных гигиенических средств, необходимо проведение 2–3 раза в году в условиях стоматологического кабинета аппликаций растворов с более высоким содержанием фтора, например, 2% раствор NaF (9100 ppm). Используют один из следующих способов:

1-й способ. На чисто вычищенные зубы наносят марлевые или ватные валики, пропитанные 2% раствором NaF, обкладывая зубы правых квадрантов верхней и нижней челюсти на 3–5 минут, затем тампоны наносят аналогичным способом слева. Процедуру проводят при работающем слюноотсосе.

2-й способ. Готовят индивидуальные ложки или шины, выстилают марлей или ватой, пропитанной фтористым раствором, и надевают на зубы на 5 минут.

Аналогичным способом можно использовать фторсодержащие гели, которые содержат активный фтор от 1000 до 25000 ppm.

6. Более высокой эффективностью обладают фторсодержащие лаки, обеспечивающие снижение прироста кариеса до 50%. Особенно показано их использование для профилактики кариеса проксимальных поверхностей. Покрытие зубов фторлаками – врачебная процедура. Зубы очищают, высушивают, лак наносят на тампоне, кисточке, пластмассовом шпателе или деревянной палочке. Начинают процедуру с сегмента С нижней челюсти. Нанесенный лак высушивают в течение 10–15 секунд, рекомендуют ребенку 2 часа не есть, 24 часа не чистить зубы и не есть жесткую пищу. Покрытие фторлаком рекомендуется в первые два года после прорезывания зуба, то есть с 5–6 до 13–14 лет для различных групп зубов.

7. Наиболее эффективным методом профилактики фиссурного кариеса является использование профессионального метода – запечатывания фиссур, которое проводится следующим образом. Все поверхности зуба предварительно механически очищаются и обрабатываются кислотным гелем, который смывается водой. После этого поверхность высушивается воздухом до появления матового оттенка. Силант, например Fissurit F, наносится зондом, с заполнением ямок и фиссур, полимеризуется галогеновым светом в течение 40 секунд. После отверждения материала проводится коррекция окклюзии.

При наличии поверхностных кариозных полостей в фиссурах зубы запечатываются по той же методике после удаления алмазным бором пораженных тканей. Возможно использование текучих фотополимеров.

8. Максимальный эффект редукции прироста кариеса обеспечивается сочетанием запечатывания фиссур и покрытия зубов фтористым лаком, особенно тщательно в проксимальной области.

Высокий эффект герметизации фиссур достигается при использовании этого метода с учетом показаний. Герметики плохо сохраняются в мелких плоских фиссурах, у детей с плохой гигиеной полости рта. Таким образом, при отсутствии мотивации использование этого сравнительно дорогостоящего способа профилактики кариеса не оправдано. Не следует применять этот метод у неконтактных детей.

9. У взрослых профилактика кариеса приобретает иную направленность. Больший акцент делается на рациональной гигиене полости рта с использованием фторсодержащих зубных паст. Содержание активного фтора в пастах и гелях составляет 1000 ppm или несколько выше в случае пониженного содержания фтора в воде.

10. Детям из группы риска, предрасположенным к появлению кариеса, показано сочетание эндогенных и экзогенных профилактических воздействий. Наряду с местным применением фторпрепаратов, для повышения общей резистентности организма и, соответственно, устойчивости эмали к кариесу можно использовать экстракт элеутерококка по схеме: 2 капли на год жизни (развести в 1/4 стакана воды) на 1 прием в день за 20 минут до еды в течение 5 дней.

Возможна другая схема: 1–2 капли экстракта элеутерококка разводится в 1/4 стакана воды. Принимается за 20 минут до еды в течение месяца (при позднем ужине исключается прием препарата!).

Организация и осуществление рекомендаций по дифференцированному выбору средств и методов кариеспрофилактических воздействий предусматривают рассмотрение серьезных организационных мероприятий по максимальному привлечению не только специалистов в области стоматологии, но также средних медицинских и педагогических работников, непосредственно контактирующих с населением, в том числе детским. «Программа профилактики основных стоматологических заболеваний населения Республики Беларусь на период с 2017 по 2020 годы» обеспе-

чивает планомерное осуществление первичной профилактики, считая одной из основных целей создание условий для снижения распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний. Все врачи-стоматологи, работающие в системе здравоохранения, в соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ должны сосредоточить усилия на формировании у населения мотивации к стоматологической самопомощи – информировать пациентов о реальных возможностях предупреждения заболевания, укреплять доверие к проведению домашних мероприятий по предупреждению кариеса и обучать пациентов эффективному применению этих методов, в частности, индивидуальному уходу за зубами.

Организационные мероприятия предусматривают в качестве основных превентивных мер следующие: санитарно-просветительская работа; гигиенический уход за полостью рта; рациональное питание; системное и местное применение фторидов.

Санитарно-просветительская работа проводится с целью пропаганды медицинских знаний о здоровом образе жизни, о путях и методах сохранения здоровья, предупреждении заболеваний, а также формирования у населения потребности в здоровом образе жизни (ЗОЖ), ответственного отношения к состоянию своего здоровья и осуществляется в ходе проведения лечебно-профилактических мероприятий при взаимодействии со средствами массовой информации и иными заинтересованными.

Персональное обучение пациентов навыкам индивидуальной гигиены осуществляется врачами-стоматологами детскими, терапевтами и пародонтологами и организуется руководителями лечебных, дошкольных и школьных учреждений.

В детских садах и школах на искусственных моделях челюстей врач-стоматолог или медицинская сестра показывают последовательность чистки зубов. Затем детям предлагается продемонстрировать усвоенные навыки.

Советы по рациональному питанию в части ограничения приема углеводов дает врач-стоматолог. Рекомендации по рациональному питанию ребенка в любом возрасте осуществляются врачом-педиатром.

В плане организации профилактики кариеса важную роль играет применение фторсодержащих средств гигиены рта, составляя основу любой кариеспрофилактической программы как на индивидуальном, так и групповом, коммунальном уровнях.

Врач-стоматолог, обслуживающий детские сады и школы, с помощью средних медработников осуществляет схемы локального нанесения средств в соответствии с инструкцией. В меньших дозировках в виде растворов для полосканий, состав назначается для использования в домашних условиях самостоятельно.

Серьезная поддержка в организации и осуществлении профилактических мероприятий ожидается от работников школьных и дошкольных учреждений. Так, в учреждениях дошкольного образования организуются уголки гигиены для организации ухода за зубами во время занятий в соответствии с образовательной программой и в ходе специальных уроков гигиены, которые проводятся дважды в год медицинским работником данного учреждения; один раз в день после приема пищи дети чистят зубы щеткой с помощью и под присмотром воспитателей, вечернюю чистку зубов ребенка обеспечивают родители.

Ребенок один раз в год осматривается стоматологом. При выявлении высокого риска для ребенка разрабатывается индивидуальная программа профилактики.

Гигиеническое обучение и воспитание учащихся учреждений образования осуществляются во время учебных занятий в объеме, предусмотренном учебными программами по учебным предметам «Биология», «Химия», «Физика», «Человек и мир», «Физическая культура и здоровье», «Трудовое обучение», «Русский язык», «Белорусский язык», на факультативных занятиях «Основы безопасности жизнедеятельности», при проведении массовых мероприятий по тематике здорового образа жизни.

Вопросы состояния здоровья учащихся, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в учреждении образования должны постоянно контролироваться его руководителем и медицинскими работниками, систематически рассматриваться на заседаниях педагогических советов.

Опыт реализации рекомендации ВОЗ во многих странах, в том числе, и в Беларуси, показал, что контролируемая чистка зубов в школах с использованием фторсодержащих или минерализующих зубных паст является самым эффективным и доступным методом профилактики кариеса зубов и гингивитов у детей.

Не менее одного раза в год уровень гигиены полости рта контролирует врач-стоматолог или зубной фельдшер (зубной врач) во время профилактических осмотров школьников.

Организаторы здравоохранения – руководители стоматологической службы в планах работы учреждений предусматривают реализацию задач

по профилактике стоматологических заболеваний у обслуживаемого населения.

Заключение. История изучения проблемы профилактики кариеса насчитывает много десятилетий. Эффективные методы воздействия сопровождают разработку новых препаратов, способствующих повышению резистентности твердых тканей зуба к кариесу. Проводимые мероприятия включают разнообразные приемы от самых простых (полоскание рта) до значимо сложных (профессиональное запечатывание фиссур). Опыт других авторов и результаты собственных клинических наблюдений показывают, что эффективность профилактических мероприятий зависит как от выбора материалов, так и восприимчивости зубов пациента к кариесу. Дифференцированный, или индивидуализированный, подход позволяет обеспечить максимальную эффективность превентивного воздействия.

Выполнение предлагаемых рекомендаций и реализация программ профилактики требуют серьезной организационной работы по распределению обязанностей на различных уровнях осуществления медицинских и специальных стоматологических мероприятий.

Литература

1. *Андреева, З.А.* Опыт работы Осиповичской стоматологической поликлиники по профилактике кариеса у детей за период с 1986 по 1996 гг. / З.А.Андреева // Материалы III съезда стоматологов Респ. Беларусь. – Минск, 1997. – С.12–14.
2. *Барер, Г.М.* Особенности диагностики ранних форм кариеса жевательной поверхности первых постоянных моляров / Г.М.Барер, И.Н.Кузьмина // Новое в стоматологии. – 1996. – №2. – С.3–4.
3. *Виноградова, Т.Ф.* Диспансеризация детей у стоматолога / Т.Ф.Виноградова. – М.: Медицина, 1978. – 184 с.
4. *Грошиков, М.И.* Профилактика кариеса зубов методом запечатывания фиссур / М.И.Грошиков, О.П.Дашкова, Е.П.Киреева // Стоматология. – 1982. – №6. – С.60–62.
5. *Жугина, Л.Ф.* 15-летний опыт первичной профилактики кариеса постоянных зубов и болезней периодонта среди детей школьного возраста г. Минска / Л.Ф.Жугина, А.М.Жардецкий, П.А.Леус // Материалы III Международного конгресса по детской стоматологии. – М.: МГМСУ (РФ), 2013. – С.64–70.
6. *Кисельникова, Л.П.* Кариес первых постоянных моляров у детей (диагностика, клиника, прогнозирование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.П.Кисельникова. – Омск, 1990. – 23 с.
7. *Ковалевская, А.В.* Результаты практической реализации программы профилактики кариеса зубов среди школьников г. Бобруйска / А.В.Ковалевская, Е.В.Шакура, В.В.Новикова [и др.] // Стоматологический журнал. – 2019. – Т.21, №2. – С.97–100.
8. *Козловская, Л.В.* Профилактическая программа с использованием детских зубных паст: динамика стоматологического статуса, клинические результаты двухлетнего применения у дошкольников / Л.В.Козловская, Л.П.Белик // Стоматологический журнал. – 2015. – Т.XVI, №3. – С.192–196.
9. *Кравчук, И.В.* Клинико-лабораторное обоснование выбора метода герметизации фиссур постоянных и временных зубов у детей: автореф. дис. … канд. мед. наук / И.В.Кравчук. – Минск: БГМУ, 2005. – 21 с.
10. *Леонтьев, В.К.* Первичная профилактика кариеса зубов: перспективы развития и нерешенные проблемы / В.К.Леонтьев. – М., 1984.
11. *Леус, П.А.* Возможный предел первичной и перспективы вторичной профилактики основных стоматологических заболеваний в Беларуси и мире / П.А.Леус // Стоматологический журнал. – 2019. – Т.XX, №3. – С.165–171.
12. *Луцкая, И.К.* Эффективность профилактики кариеса методом запечатывания фиссур / И.К.Луцкая, И.О.Белоиваненко // Новое в стоматологии. – 2019. – №4. – С.50–57.
13. *Луцкая, И.К.* Возрастные обоснования выбора метода профилактики кариеса: методические рекомендации / И.К.Луцкая, Г.В.Бинаровская, М.Д.Харковец. – Регистр.№71-9906 от 25.06.1999. – 15 с.
14. *Мельниченко, Э.М.* Эффективность профилактики кариеса зубов в Республике Беларусь / Э.М.Мельниченко // Здравоохранение. – 1996. – №10. – С.23–26.
15. *Тристень, К.С.* Эффективность внедрения программы комплексной профилактики стоматологических заболеваний у школьников / К.С.Тристень // Материалы III съезда стоматологов Республики Беларусь. – Минск, 1997. – С.275–276.
16. *Федоров, Ю.А.* Роль фтора в жизнедеятельности организма. Различные аргументы, факты и оценки / Ю.А.Федоров // Стоматологический журнал. – 2014. – №3. – С.203–205.
17. *Харковец, М.Д.* Эффективность кариеспрофилактики в условиях воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.01.21 / М.Д.Харковец. – Минск: МГМИ, 1998. – 15 с.
18. *Хоменко, Л.А.* Современные подходы к повышению кариесрезистентности эмали постоянных зубов. Часть 1. Структурные и функциональные особенности эмали постоянных зубов на разных этапах минерализации / Л.А.Хоменко, Г.В.Сороченко, А.В.Савичук, Е.И.Остапко, И.Н.Голубева // Современная стоматология. – 2018. – №3. – С.3–8.
19. *Шаковец, Н.В.* Рекомендации экспертов ВОЗ 2017 года по профилактике кариеса зубов у детей раннего возраста / Н.В.Шаковец // Современная стоматология.– 2018. – №1. – С.3–8.
20. *Fontana, M.* The clinical, environmental, and behavioral factors that foster early childhood caries: evidence for caries risk assessment / M.Fontana // Pediatr Dent. – 2015. – Vol.37, No.3. – P.217–225.

21. *Fung, M.H.T.* Arresting early childhood caries with silver diamine fluoride: a literature review / M.H.T.Fung [et al.] // Oral Hyg Health. – 2013. – Vol.1. – P.111–117.
22. *Petersen, P.E.* Improvement of global oral health – the leadership role of the World Health Organization / P.E.Petersen // Community Dental Health. – 2010. – Vol.27. – P.194–199.

THEORY AND PRACTICE OF ORGANIZATION OF CARIES PREVENTION ACTIVITY

I.K.Lutskaya

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Mass, group or individual prevention of caries are carried out through use of various means and methods of influence. Literature data analysis and author's own clinical observations were gave an opportunity to develop recommendations for a differentiated choice of prevention schemes depending on organism age features as well as effectiveness of certain drugs offered by manufacturers of dental products. Various tools can be used professionally or independently depending on their composition, method of impact, implementation of influence technique. Optimal planning and implementation of specific preventive measures play an important role in organization of preventive work.

Keywords: organization of caries prevention; fluoride preparations; oral hygiene; healthy lifestyle.

Сведения об авторе:

Луцкая Ирина Константиновна, д-р мед. наук, профессор; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», зав. кафедрой терапевтической стоматологии; тел.: (+37529) 6316528; e-mail: lutskaja@mail.ru.

Поступила 14.11.2019 г.

УДК 614.2:[697.24:64.066

ЭКСПЛУАТАЦИЯ СИСТЕМ МЕДИЦИНСКОГО ГАЗОСНАБЖЕНИЯ: ТРЕБОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ И НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ

[1] В.И.Поляков, [2] О.Е.Полякова

[1] Государственный институт повышения квалификации и переподготовки кадров в области газоснабжения (ГИПК «ГАЗ-ИНСТИТУТ»), 1-й Твердый пер., 8, 220037, г. Минск, Республика Беларусь
[2] Белорусский национальный технический университет, пр. Независимости, 65, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Осуществлен анализ действующей национальной нормативно-правовой базы (НПБ) по вопросам медицинского газоснабжения – оценены ее соответствие современному уровню развития медицинской техники, полнота и непротиворечивость. Установлена необходимость актуализации НПБ по вопросам медицинского газоснабжения с учетом гармонизации национальных норм с мировыми, европейскими и российскими.

Ключевые слова: системы медицинского газоснабжения; эксплуатация; требования безопасности; нормативное регулирование.

Медицинский газ – любой газ или смесь газов, являющиеся лекарственными средствами, которые предназначены для введения пациентам в терапевтических, диагностических или профилактических целях для оказания фармакологического воздействия. Это как *давно использующиеся в медицинской практике субстанции* (кислород, закись азота, сжатый воздух, углекислый газ, азот), так и *внедряемые в медицинской практике инновационно* – гелий, аргон, ксенон, циклопропан, газовые смеси и т.д.

Для медицинского применения наиболее часто используются [1]:

смесь диоксида азота (50%) с кислородом (50%) – ингаляционный анальгетик, облегчает чувство тревоги и страха; используется в хирургии, стоматологии и акушерстве;

смесь аргона (62%) с кислородом (38%) – используется для ускорения вывода из крови растворенного азота;

смесь монооксида азота (50%) и кислорода (50%) – используется в лечении гипоксической дыхательной недостаточности у новорожденных, которые страдают от легочной гипертензии или после аспирации мекония;

смесь гелия и кислорода (в соотношениях по объему 21:79% или 30:70%, 40:60%) – используется при лечении ряда заболеваний органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, при проведении ингаляционного наркоза и в послеоперационном периоде.

Медицинские газы в большинстве случаев назначаются в качестве ингаляционных анальгетиков, препаратов для наркоза, дыхательных стимуляторов.

Система медицинского газоснабжения – это комплекс инженерного оборудования, состоящий из источников снабжения медицинскими газами (криогенная кислородно-газификационная станция, станция снабжения сжатым воздухом, баллонные установки с кислородом, закисью азота, углекислым газом), систем обеспечения вакуума и отвода наркотических газов; сетей трубопроводов, транспортирующих газы; точек потребления газов; системы автоматического регулирования подачи газов.

Согласно требованиям Правил по охране труда при эксплуатации систем медицинского газоснабжения в организациях здравоохранения [2] (далее – Правила), в организациях, где в системах медицинского газоснабжения (СМГ) медицинские газы используются в нескольких подразделениях, кроме лица, ответственного за исправное состояние и эксплуатацию СМГ (такое лицо назначается в соответствии с требованиями Правил по обеспечению промышленной безопасности оборудования, работающего под избыточным давлением [3]), наниматель издает приказ (распоряжение) об *ответственных лицах (как правило, заведующих отделениями) по отдельным подразделениям*.

Ответственные лица должны иметь четкое представление о правовом поле, в котором они долж-

ны действовать, то есть о нормативных правовых актах (НПА), в том числе технических НПА (ТНПА), которые содержат требования безопасности при эксплуатации СМГ.

Нами осуществлен анализ действующей национальной нормативно-правовой базы (НПБ) по вопросам медицинского газоснабжения – оценены ее соответствие современному уровню развития медицинской техники, полнота и непротиворечивость, необходимость гармонизации национальных норм с мировыми, европейскими и российскими.

Анализ НПБ затрагивал следующие направления:

охрана труда при эксплуатации СМГ;

организация безопасной эксплуатации газовых баллонов в СМГ;

организация безопасной эксплуатации кислородных газификаторов и (или) концентраторов кислорода в СМГ;

конструктивные требования к проектированию СМГ.

По каждому направлению выделялся как «головной» НПА, так и НПА, упомянутые или связанные с «головным» НПА.

Первое направление, где «головной» НПА – Правила [2], занимает центральное место, как правила для практиков, которые в повседневной деятельности обязаны их исполнять.

При изучении данной сферы возникает ряд методических трудностей, связанных с упоминанием в «головных» Правилах иных НПА.

Во-первых, в Правилах содержатся ссылки на недействующие НПА. В таблице приведен свод утративших силу НПА с указанием заменивших их вновь введенных нормативных правовых актов.

Во-вторых, Правила не конкретизируют, какие же именно требования упомянутых НПА должны соблюдаться при эксплуатации СМГ. Приходится подвергать указанные НПА тщательному анализу, а иногда и обращаться к российской нормативной базе.

В главе 4 Правил устанавливается, что архитектурно-строительные решения и конструкции зданий организаций, где осуществляется эксплуатация СМГ, должны соответствовать требованиям, в том числе, СНБ 1.04.01-04, которые отменены. В настоящее время действует ТКП 45-1.04-305-2016 (33020) «Техническое состояние и техническое обслуживание зданий и сооружений. Основные требования» (далее – ТКП 45-1.04-305-2016). Однако, в данном ТКП отсутствует упоминание «медицинских систем газоснабжения», а в отношении систем газоснабжения природным газом содержится ряд важных указаний, которые *следовало бы транспонировать* на СМГ. Так, Приложение В к ТКП 45-1.04-305-2016 устанавливает периодичность работ по осмотру, техническому обслуживанию, содержанию, ремонту элементов зданий и сооружений, в том числе, продолжительность эксплуатации инженерных систем жилых и общественных зданий до капитального ремонта (замены). При этом, срок службы СМГ в действующей нормативной базе не установлен.

В Правилах также содержатся требования, что при эксплуатации трубопроводов должен осуществляться постоянный контроль за техническим состоянием трубопроводов (в соответствии с разработанным в организации графиком) и их элементов (сварных швов, фланцевых соединений, арматуры), антикоррозионной защиты и изоляции, дренажных устройств, компенсаторов, опорных конструкций. Однако, требования к антикоррозионной защите как важнейшему элементу обеспечения эксплуатационной надежности подземных металлоконструкций *не конкретизированы*. Для сравнения, в российском СП 158. 13330.2014 «Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования» устанавливается, что подземные кислородопроводы, прокладываемые в траншеях, защищаются от коррозии, вызываемой блуждающими токами в соответствии с требованиями ГОСТ 9.602-2005 «Единая система защиты от коррозии и старения. Сооружения подземные. Общие требования к защите от коррозии». Защита кислородопроводов выполняется в том случае, если выполняется защита всех инженерных сетей на данной площадке.

Возникает вопрос: с какой периодичностью в процессе эксплуатации следует подвергать кислородопроводы, кислородное оборудование обезжириванию? Для рассматриваемой НПБ этот вопрос служит своеобразной лакмусовой бумагой.

В Правилах приведена следующая норма: «Элементы кислородного оборудования, шланги, трубопроводы с арматурой и контрольно-измерительными приборами в процессе эксплуатации и после ремонтных работ должны быть обезжирены в соответствии с требованиями ТНПА в области технического нормирования и стандартизации» [2, п.31].

Сроки обезжиривания определены конкретно, когда риск возгорания в среде чистого кислорода под давлением высок. ТКП 373-2012 (02040) «Правила безопасности при эксплуатации отделений гипербарической оксигенации в организациях здравоохранения» устанавливает необходимость

Таблица

Анализ ссылочного нормативного аппарата Правил по охране труда при эксплуатации систем медицинского газоснабжения в организациях здравоохранения

Недействующие НПА	Заменяющие НПА
1. Правила устройства и безопасной эксплуатации сосудов, работающих под давлением, утвержденные постановлением Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь от 27.12.2005 №56	1. Правила по обеспечению промышленной безопасности оборудования, работающего под избыточным давлением, утвержденные постановлением Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь от 28.01.2016 №7
2. Санитарные правила и нормы 11-19-94 «Перечень регламентированных в воздухе рабочей зоны вредных веществ» утвержденные Главным государственным санитарным врачом Республики Беларусь 9 марта 1994 г. 3. ГН РБ «Предельно допустимые концентрации (ПДК) вредных веществ в воздухе рабочей зоны» №9-106-98, утвержденный постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 31.12.1998 №53 4. ГН РБ «Ориентировочные безопасные уровни воздействия (ОБУВ) вредных веществ в воздухе рабочей зоны» №9-107-98, утвержденный постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 31.12.1998 №53	2. ГН-1 от 11.10.2017 №92: Гигиенический норматив «Предельно допустимые концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны» 3. ГН-2 от 11.10.2017 №92: Гигиенический норматив «Ориентировочные безопасные уровни воздействия вредных веществ в воздухе рабочей зоны» 4. ГН-3 от 11.10.2017 №92: Гигиенический норматив «Предельно допустимые уровни загрязнения кожных покровов вредными веществами» 5. СанПиН от 11.10.2017 №92: Санитарные нормы и правила «Требования к контролю воздуха рабочей зоны»
5. «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений» №9-80-98	6. ГН от 30.04.2013 №33: Гигиенический норматив «Показатели микроклимата производственных и офисных помещений» 7. СанПиН от 30.04.2013 №33: Санитарные нормы и правила «Требования к микроклимату рабочих мест в производственных и офисных помещениях»
6 Санитарные правила и нормы «Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки» 2.2.4/2.1.8.10-32-2002	8 СанПиН от 16.11.2011 №115: Санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы «Шум на рабочих местах, в транспортных средствах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки»
7. Санитарные правила и нормы «Производственная вибрация, вибрация в помещениях жилых и общественных зданий» 2.2.4/2.1.8.10-33-2002	9. ГН от 26.12.2013 №132: Гигиенический норматив «Предельно допустимые и допустимые уровни нормируемых параметров при работах с источниками производственной вибрации, вибрации в жилых помещениях, помещениях административных и общественных зданий». 10. СанПиН от 26.12.2013 №132: Санитарные нормы и правила «Требования к производственной вибрации, вибрации в жилых помещениях, помещениях административных и общественных зданий»
8. Санитарные правила и нормы «Основные санитарные правила и нормы при проектировании, строительстве, реконструкции и вводе объектов в эксплуатацию»	11. СанПиН от 04.04.2014 №24: Санитарные нормы и правила «Требования к проектированию, строительству, капитальному ремонту, реконструкции, благоустройству объектов строительства, вводу объектов в эксплуатацию и проведению строительных работ»

Продолжение таблицы

Недействующие НПА	Заменяющие НПА
9. Санитарные правила и нормы 2.2.1.13-5-2006 "Гигиенические требования к проектированию, содержанию и эксплуатации производственных предприятий"	12. СанПиН от 08.07.2016 №85: Санитарные нормы и правила «Требования к условиям труда работающих и содержанию производственных объектов»
10. «Здания и сооружения. Основные требования к техническому состоянию и обслуживанию строительных конструкций и инженерных систем, оценке их пригодности к эксплуатации» (СНБ 1.04.01-04)	13. ТКП 45-1.04-305-2016 (33020) «Техническое состояние и техническое обслуживание зданий и сооружений. Основные требования»
11. Положение о порядке приемки объектов в эксплуатацию 12. «Приемка законченных строительством объектов. Основные положения» (СНБ 1.03.04-2000)	14. Положение о порядке приемки в эксплуатацию объектов строительства, утвержденное постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 06.06.2011 №716
13. СНБ 2.02.03-03 «Ограничение распространения пожара в зданиях и сооружениях. Объемно-планировочные и конструктивные решения»	15. ТКП 45-2.02-315-2018 (33020) Пожарная безопасность зданий и сооружений. Строительные нормы проектирования.
14. СНБ 2.02.01-98 «Пожарно-техническая классификация зданий, строительных конструкций и материалов»	
15. СНБ 2.02.02-01 «Эвакуация людей из зданий и сооружений при пожаре»	
16. Общие правила пожарной безопасности Республики Беларусь для промышленных предприятий. ППБ РБ 1.01-94	16. Общие требования пожарной безопасности к содержанию и эксплуатации капитальных строений (зданий, сооружений), изолированных помещений и иных объектов, принадлежащих субъектам хозяйствования, утвержденные Декретом Президента Республики Беларусь от 23.11.2017 №7 «О развитии предпринимательства» ППБ Беларуси 01-2014: Правила пожарной безопасности Республики Беларусь
17. Санитарные правила и нормы №10-7-2003 «Санитарные правила содержания территорий»	17. СанПиН от 01.11.2011 №110 «Гигиенические требования к содержанию территорий населенных пунктов и организаций»
18. СТБ 8003-93 «Система обеспечения единства измерений Республики Беларусь. Поверка средств измерений. Организация и порядок проведения»	18. ТКП 8.003-2011 (03220) «Система обеспечения единства измерений Республики Беларусь. Поверка средств измерений. Правила проведения работ»

полного обезжиривания при годовом техническом обслуживании и при необходимости. Полное обезжиривание включает в себя обезжиривание оборудования барокамеры по наработке 40 сеансов, а также обезжиривание отдельных деталей, узлов и трубопроводов, контактирующих с кислородом.

В российском стандарте ГОСТ Р 54892-2012 «Монтаж установок разделения воздуха и другого криогенного оборудования. Общие положения» устанавливается, что обезжиривание оборудования показано проводить при эксплуатации (периодически) в случае превышения содержания жировых загрязнений сверх установленных норм. В какой момент можно установить, не превышены ли нормы загрязнения? Вероятно тогда, когда, в соответствии с требованиями п.95 Правил, периодически будет проверяться состояние изоляции и проводиться очистка трубопроводов от конденсата и продуктов окисления при отключенной подаче газа.

Следующее направление нормативного регулирования – требования к медицинским газам, в особенности, к кислороду и кислородному оборудованию, а также дополнительные требования промышленной безопасности к баллонам [3, раздел XI].

Основной национальный ТНПА, устанавливающий требования к производству медицинских

газов – это ТКП 030-2017 (33050) «Надлежащая производственная практика» (далее – ТКП 030-2017). Он гармонизирован с Правилами надлежащей производственной практики Евразийского экономического союза, утвержденными решением Совета Евразийской экономической комиссии от 03.11.2016 №77, которые, в свою очередь, разработаны на основе «Правил ЕС по надлежащей производственной практике лекарственных средств для человека и применения в ветеринарии».

ТКП 030-2017 определяет медицинские газы как лекарственные средства, подлежащие оценке соответствия современным требованиям безопасности, качества и эффективности в системе государственной регистрации.

Качество, производство и поставка медицинских газов регламентируются фармакопейными статьями (далее – ФС) – стандартами качества лекарственных средств, при их отсутствии – соответствующими ГОСТами, требования которых берут за основу ФС предприятия и/или локальных актов предприятий, осуществляющих их производство. В связи с этим, ответственные лица должны быть информированы об утвержденных общих и частных ФС Государственной фармакопеи Республики Беларусь (далее – ГФ РБ), которая, в настоящее время, не содержит общей ФС «Медицинские газы». Следует отметить, что общая ФС «Газы медицинские» (ОФС.1.4.1.0023.18) впервые введена в действие с 1 декабря 2018 г. в соответствии с Государственной фармакопеей Российской Федерации XIV издания, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2018 №749 «Об утверждении общих фармакопейных статей и фармакопейных статей и признании утратившими силу некоторых приказов Минздравмедпрома России, Минздравсоцразвития России и Минздрава России».

Для включенных в Государственный реестр лекарственных средств Республики Беларусь медицинских газов (кислород медицинский газообразный и жидкий, азота закись) указываются:

их производители;

формы выпуска (газ в баллонах определенной вместимости под давлением);

срок годности;

инструкция по медицинскому применению;

меры предосторожности при погрузочно-разгрузочных работах, хранении, эксплуатации баллонов с медицинскими газами.

Эти требования, а также дополнительные требования промышленной безопасности к баллонам [3, раздел XI] должны составлять *ядро требований инструкции по охране труда* при эксплуатации СМГ (баллонов), которая должна быть в каждом отделении, в зависимости от используемых медицинских газов.

В качестве источников кислорода в клинических больничных организациях здравоохранения используют как, в основном, криогенные кислородные газификаторы, так и кислородные концентраторы – устройства, обогащающие воздух кислородом путем удаления азота из окружающего воздуха.

Государственные реестры Республики Беларусь и Российской Федерации включают лекарственное средство «кислород газообразный медицинский» и фармацевтическую субстанцию «кислород жидкий медицинский». Качество кислорода, получаемого в кислородных концентраторах (содержание кислорода до 95%, а должно быть не менее 99,5% в соответствии с ГФ РБ 07/2016:РБ0001 #Кислород газообразный), не соответствует требованиям, предъявляемым к кислороду медицинскому газообразному, поэтому его применение в медицинских целях является нарушением действующего законодательства.

В Республике Беларусь в ряде клинических больниц кислородные концентраторы применяются как часть СМГ. Государственный реестр медицинской техники и изделий медицинского назначения Республики Беларусь включает кислородные концентраторы только иностранных производителей. Нет и национальных стандартов на концентраторы кислорода, которые могут быть использованы для доставки воздуха, обогащенного кислородом, по трубопроводной системе медицинского газа в качестве заменителя медицинского кислорода. Ответственные лица основываются на руководствах по эксплуатации концентратора, которое имеется в больнице, и могут учитывать требования ГОСТ Р ИСО 10083-2011 «Системы подачи с концентраторами кислорода для использования в трубопроводных системах медицинских газов».

В отношении криогенных кислородных газификаторов имеется руководство по эксплуатации СП «Белокрио», которое, возможно, будет перерабатываться в связи с вступлением в действие в первой половине 2019 г. целого ряда стандартов СТБ EN и СТБ ISO, содержащих требования к криогенным сосудам.

Конструктивные требования к проектированию СМГ основываются на положениях ТКП 45-4.03-28-2006* (02250) «Здания и помещения лечебно-профилактических организаций. Системы лечеб-

ного газоснабжения. Правила проектирования и монтажа» в тесной связи с ГОСТ Р ИСО 7396-1-2011 «Системы трубопроводные медицинских газов. Часть 1. Системы трубопроводные для сжатых медицинских газов и вакуума». И именно стандарт ИСО содержит достаточный объем требований по системам мониторинга и сигнализации как части современных СМГ, проектируемых в настоящее время в организациях здравоохранения. Особое внимание ответственным следует уделить *требованиям безопасности стандарта ИСО:* при установке, сборке, изменении, вводе в эксплуатацию, работе и обслуживании в соответствии с инструкциями изготовителя, трубопроводные системы не должны создавать риски, которые связаны с предусмотренным применением и условиями единичного нарушения и не снижаются до приемлемых уровней, используя процедуры управления рисками. В стандарте рассматриваются типичные угрозы безопасности (включая непостоянство подачи, некорректное давление и/или поток, неверная смесь газов, загрязнение, утечка, пожар), меры по управлению риском как способ преодоления угроз.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что нормативно-правовая база по вопросам медицинского газоснабжения нуждается в актуализации с учетом гармонизации национальных норм с мировыми, европейскими и российскими.

Литература

1. Подходы к унификации национальных и зарубежных требований к качеству медицинских газов / Е.И.Саканян, Ю.В.Мирошниченко, Р.А.Еникеева [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2015. – №3 (51). – С.162–165.
2. Об утверждении Правил по охране труда при эксплуатации систем медицинского газоснабжения в организациях здравоохранения [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 31 дек. 2008 г., №243 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
3. Об утверждении Правил по обеспечению промышленной безопасности оборудования, работающего под избыточным давлением [Электронный ресурс]: постановление Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, 28 янв. 2016 г., №7 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

MAINTENANCE OF MEDICAL GAS SUPPLY SYSTEMS: SAFETY REQUIREMENTS AND LEGAL REGULATION

[1] V.I.Polyakov, [2] O.Ye.Polyakova

[1] State Institute of Advanced Training and Personnel Retraining in the Field of Gas Supply "GAS-INSTITUTE", 8, 1st Tverdy Lane, 220037, Minsk, Republic of Belarus, [2] Belarusian National Technical University, 65, Nezavisimosti Ave., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Analysis has been done of current national legislation on medical gas supply issues, its consistence with today's level of medical equipment, completeness and coherence have been evaluated. Necessary has been identified to update current legislation on medical gas supply for national regulations' harmonization with international, European and Russian rules.

Keywords: medical gas supply systems; maintenance; safety requirements; legal regulation.

Сведения об авторах:

Поляков Вадим Игоревич, канд. хим. наук, доцент; УО «Государственный институт повышения квалификации и переподготовки кадров в области газоснабжения» (ГИПК «ГАЗ-ИНСТИТУТ»); тел.: (+37529) 1117944; e-mail: vipolyakov@yandex.ru.

Полякова Ольга Евгеньевна; Белорусский национальный технический университет, факультет энергетического строительства, кафедра «Водоснабжение и водоотведение», старший преподаватель; тел.: (+37529) 6705323; e-mail: poljakova@bntu.by.

Поступила 05.09.2019 г.

УДК 614.2-057.177:316.663]:005.7

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ РУКОВОДИТЕЛЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ЧАСТЬ 2. ВНУТРИОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ УРОВНИ ИЗУЧЕНИЯ

С.Л.Бойко, М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь*

В статье представлены результаты социологического опроса руководителей системы здравоохранения, проанализированы характеристики социальной роли руководителя с позиции социологии управления (внутриорганизационный и социальный уровни): вопросы социальной ответственности в работе руководителей, социализации молодых специалистов, мнение о компонентах имиджа своего учреждения здравоохранения. На основе анализа обеих (первой и второй) частей статьи раскрыта сущность социальной роли руководителя в системе здравоохранения, предлагаются перспективные направления её дальнейшего изучения.

Ключевые слова: руководитель здравоохранения; социальная роль; имидж здравоохранения, система здравоохранения, социологический анализ.

Предметом данного исследования являлась социальная роль руководителя системы здравоохранения.

Цель исследования заключалась в разработке методических основ социологического анализа социальной роли руководителя здравоохранения, изучении социально-психологических, статусных и социально-демографических характеристик руководителей системы здравоохранения, а также установлении приоритетных направлений дальнейших исследований в данной предметной области.

Материалы и методы

Посредством авторской программы исследования выполнен социологический анализ социальной роли руководителя в здравоохранении на внутриорганизационном и социальном уровнях.

Объектом исследования являлись руководители здравоохранения Гродненской области. Применен бесповторный случайный отбор на основе добровольного согласия с критерием исключения – возраст свыше 70 лет. Выборка составила 143 руководителя системы здравоохранения в возрасте от 26 до 70 лет. Расчет объема выборки был произведен с учетом генеральной совокупности руководителей Гродненской области [1], что обеспечило достоверность статистических данных на уровне 99,0–99,7%. Для статистической обработки социологического материала применены методы непараметрической статистики с расчетом межгрупповых различий посредством критерия χ^2.

Результаты и обсуждение

Внутриорганизационный уровень. Среди более 10 разных вариантов социальной поддержки для медицинских работников, возможно применимых в нашей стране руководители определили следующие: улучшение жилищных условий (45%), существенное повышение заработной платы (90%), оставшиеся варианты были отмечены менее чем 10% респондентов. Переход на более высокооплачиваемую работу как причину увольнения сотрудника по собственной инициативе назвали максимальное количество опрошенных – 57%, на втором месте – возможность карьерного и профессионального роста в другой организации (19 и 18% соответственно).

По вопросу о нематериальных формах поощрения каждый третий руководитель здравоохранения отметил, что в системе вполне достаточно знаков профессионального признания и наград. Стимулы качественной работы, по мнению руководителей, были ранжированы и распределились следующим образом:

I место – признание коллегами на работе (70%);

II место – признание в профессиональном сообществе (52%);

* Исследование выполнено при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор с БРФФИ от 02.05.2019 г. №Г19-061).

III место – признание руководством организации/учреждения (41%);

IV место – социальные гарантии и заработная плата (24/21%);

V место – достойная пенсия (20%).

Подтверждают приведенные результаты ответы на вопрос анкеты «Почему специалисты работают в Вашей организации (стаж более 2 лет)»: в 40% случаев респонденты отметили сплоченный коллектив, при этом каждый второй считает личность руководителя ключевой фигурой формирования климата в подразделении/учреждении.

Очевидно, что социальные факторы играют важную роль в качестве стимулов качественной работы, при этом личные достижения, их общественная оценка и признание являются ведущими. И здесь уместно вспомнить, что при самооценке ключевых позиций (индивидуальный уровень социальной роли описан в первой части статьи), которые, по мнению руководителей, никак не могут повлиять на заработную плату, именно актуальные для человека позиции не имеют веса. Научно обоснованно можно утверждать, что имеет место конфликт ценностей: важные для руководителей профессионализм и личное участие не являются, по мнению руководителей, первостепенными при оценке их деятельности.

Социализация молодых специалистов – процесс становления врача/медицинской сестры, усвоение корпоративной (культура всей системы) и организационной (традиции и нормы отдельного учреждения здравоохранения) культуры, процесс адаптации личности к новым внешним трудовым условиям [2].

С точки зрения руководителей здравоохранения, около 80% врачей осознанно выбирают профессию, ответственными за социализацию молодых специалистов респонденты назвали: заведующего отделением (49%), председателя профсоюзной организации (46%) и непосредственно главного врача (44%). Среди мероприятий, которые проводятся в учреждениях для вовлечения молодых специалистов в жизнь коллектива, весомое место занимает участие в общественной жизни (77%), посвящение в профессию (67%) и привлечение к художественной самодеятельности (42%), что свидетельствует об активной работе первичных профсоюзных организаций и Белорусского профсоюза работников здравоохранения в целом. Так, в Соглашении между Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Белорусским профсоюзом работников здравоохранения на 2019–2021 годы есть глава «Социальная защита молодежи», где определен ряд мер по защите трудовых и социально-экономических прав работающей молодежи, а также предложены конкретные нормы для внесения в коллективные договоры организаций, которые дополнительно, сверх действующего законодательства, защищают молодежь [10].

Социализация молодого специалиста включает два компонента: усвоение социального опыта (через влияние внешней среды на процесс становления личности) и воздействие молодого специалиста на внешнюю среду [8]. В результате проведенного нами социологического опроса руководителей получены приведенные в табл. 1 следующие ответы на вопрос о возможности изменения среды молодым специалистом.

Таким образом, профессионализм и практический опыт, с точки зрения руководителей, являются определяющими качествами, при наличии которых молодой специалист сможет изменять организационную культуру в учреждении, то есть получить авторитет.

Социальный уровень. Репутации сотрудников учреждения и их клинический опыт у 72% руководителей названы ключевыми факторами, от которых зависит имидж учреждения; в каждом втором ответе на вопрос о факторах, от которых зависит имидж, названы внешний вид учреждения, оборудование отделений и кабинетов (53%);

Таблица 1

Распределение ответов на вопрос, каким образом молодой специалист может повлиять на изменение внутреннего климата и правил в учреждении?

№	Вариант ответа	В процентах от выборки
1	Это невозможно и не происходит	15
2	Через возможность выступать с предложениями напрямую к руководителю	38
3	**Путем получения авторитета в лечебной работе**	**48***
4	Через авторитет в культурно-массовой и спортивной деятельности	22
5	Другое	1
6	Затрудняюсь ответить	14

* $p<0,05$.

на третьем месте из этих факторов, по мнению руководителей, – мнение журналистов и характер публикаций в СМИ и новостях региона и страны (41%), на четвертом – эффективность и удобство работы сайта организации и корректность работы с электронными обращениями (37%).

В табл. 2 указаны наиболее слабые стороны в деятельности организаций здравоохранения, где работают респонденты.

Для анализа социальных связей в анкету руководителя были включены вопросы, касающиеся профессиональных, в том числе, деонтологических, ошибок и социальной защищенности/незащищенности врача в случае возникновения таких ошибок.

Каждый четвертый респондент считает, что врач имеет право на профессиональную ошибку. 46% отметили, что врач должен быть застрахован от такой ошибки, при этом, в 40% известных опрошенным случаях профессиональной ошибки был наказан врач. В статье 51 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» закреплены обязанности врача квалифицированно выполнять свои служебные обязанности, в статье 50 – право врача на страхование от профессиональной ошибки, от которой пострадали жизнь или здоровье пациента, не связанной с небрежным или невнимательным исполнением им служебных обязанностей [3]. Однако в белорусской системе права квалификация «профессиональной ошибки» врача как правового термина отсутствует.

Среди профессиональных ошибок, в понимании термина руководителями здравоохранения, лидируют объективные ошибки (52%), распределение ответов представлено в табл. 3.

Среди деонтологических ошибок наиболее часто встречающимися названы ошибки поведения врача с пациентами (62%) и ошибки поведения врача с родственниками пациентов (62%).

Отрадно, что 76% руководителей отмечают свою сферу деятельности как интересную и называют этот фактор самым ценным в работе для

Таблица 2

Распределение ответов руководителей здравоохранения Гродненской области о наиболее слабых сторонах в деятельности организации здравоохранения, в которой они работают*

№	Вариант ответа	В процентах от выборки
1	Внутренние проблемы (организационные)	15
2	Износ оборудования	44
3	Кадры	32
4	Финансовые проблемы	45
5	Репутация организации	4
6	Другое	7

* Результаты, приведенные в таблице, носят исключительно описательный характер.

Таблица 3

Распределение ответов на вопрос о наиболее часто встречаемых профессиональных ошибках* (в понимании термина и по мнению руководителей здравоохранения Гродненской области)

№	Вариант ответа	В процентах от выборки
1	Объективные	52**
2	Субъективные	19
3	Лечебные	12
4	Организационные	31
5	Деонтологические	31

* Для целей настоящего исследования использована следующая классификация ошибок:
объективные, например, нетипичность течения заболевания;
субъективные, например, отсутствие опыта и низкая квалификация врача;
лечебные (тактические), например, ошибки в выборе объема и метода оперативного вмешательства;
лечебные (технические), например, ошибки использования медицинской техники, оставление инородных тел;
организационные (административные) – ошибки в оформлении документации;
деонтологические – ошибки поведения и общения врача в коллективе и при выполнении своих должностных обязанностей.
** $p<0,05$.

себя, на втором месте по ценности – хороший трудовой коллектив (43%), на третьем – социальная значимость профессии (43%). С точки зрения социальной психологии и социологии управления полученные результаты отражают важные ресурсные компоненты, которые можно использовать для повышения мотивации руководителей, а также для формирования корпоративной культуры системы здравоохранения на принципах превалирования профессионализма, высокой персональной социальной ответственности и коллегиальности.

Выводы

Анализ социальной роли руководителя здравоохранения на организационном уровне показал высокую значимость личного профессионального, врачебного авторитета в коллективах, что не совпадает с основным критерием, от которого, по мнению руководителей, зависит заработная плата (эти результаты приведены в первой части статьи), результаты достоверны, коррелируют со всеми вопросами относительно имиджа и авторитета, в том числе, и в ключе социализации молодых специалистов. Репутацию сотрудников и их клинический опыт руководители считают основными в формировании имиджа своего учреждения.

Заключение

На основании информации, полученной в двух разделах исследования, можно заключить, что сущность социальной роли руководителя в рамках социологии управления раскрывается через понятия «профессионализм», обеспечивающий эффективность действий руководителя внутри управляемой им социальной группы и, вследствие этого, позволяющий достичь основной цели организации; «трудовая мотивация», способствующая стабильности функционирования социальной организации за счет удовлетворения потребностей ее руководителей и, как следствие, потребностей общества; «организационная культура», являющаяся частью культуры того общества, в котором функционирует данная организация, а также категории «лидерства» и «карьеры», без которых невозможно изучение роли руководителей любого уровня. Данные понятия и категории, с одной стороны, зависят от изменений социальной ситуации в обществе, с другой, – влияют на формирование этой ситуации и, наконец, способствуют удовлетворению потребностей общества.

Приоритетными направлениями научных исследований социальной роли руководителей системы здравоохранения с позиции социологии управления могут являться следующие: исследование возможностей повышения имиджа здравоохранения, перспектив карьерного роста, профессиональной подготовки кадров, повышения квалификации, социальной защищенности врачей, в том числе, в случае профессиональной ошибки.

Литература

1. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2017 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2018. – 274 с. – Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/%D0%97%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%A0%D0%91%20%D1%81%D0%B1%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_2017.pdf. – Дата доступа: 01.10.2019.
2. *Ильин, Г.Л.* Социология и психология управления / Г.Л.Ильин. – М.: Академия, 2008. – 190 с.
3. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-XII // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
4. *Парсонс, Т.* О социальных системах / Т.Парсонс. – М.: Академический проект, 2002. – 832 с.
5. *Петрович, М.В.* Здравоохранение как экономическая система [Текст] / М.В.Петрович, И.С.Абельская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2002. – №4. – С.3–5.
6. *Решетников, А.В.* Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство / А.В.Решетников. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
7. *Сидоров, Г.А.* Современные проблемы профессиональной деятельности руководителей учреждений здравоохранения [Текст] / Г.А.Сидоров, А.И.Пехов, В.М.Губарев // Экономика здравоохранения. – 2008. – №1. – С.24–26.
8. *Сурмач, М.Ю.* Социология медицины: предмет, методология и сферы применения в Республике Беларусь: монография / М.Ю.Сурмач; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО «Гродн. гос. мед. ун-т», [Каф. общественного здоровья и здравоохранения]. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – 315 с.
9. *Фененко, Ю.В.* Социология управления: Учебное пособие / Ю.В.Фененко. – М.: ПКЦ Альтекс, 2005. – 236 с.
10. *Часнойть, Р.А.* Охрана труда – актуальный вопрос профсоюзной деятельности на современном этапе [Текст] / Р.А.Часнойть // Медицина: научно-практический рецензируемый журнал. – 2014. – №1. – С.71–77.

METHODOLOGICAL BASIS AND RESULTS OF STUDY OF SOCIAL ROLE OF MANAGER IN HEALTHCARE SYSTEM. PART 2. INTRA-ORGANIZATIONAL AND SOCIAL LEVELS OF STUDY

S.L.Boyko, M.Yu.Surmach

Grodno State Medical University, 80, M.Gorky Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

Results are presented of sociological survey of healthcare system managers, characteristics are analyzed of social role of healthcare manager from position of management sociology (intra-organizational and social levels): issues of social responsibility in work of healthcare managers, socialization of young medical professionals, healthcare managers' opinion on image components of their healthcare institutions. Essence of healthcare manager's social role is revealed and promising avenues for its further study are proposed based on analysis of both (first and second) parts of the article.

Keywords: healthcare manager; social role; image of healthcare institution; healthcare system; sociological analysis.

Сведения об авторах:

Бойко Светлана Леонидовна, канд. мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой психологии и педагогики; тел.: (+37515) 2445529, (+37533) 3012343; e-mail: sduduk@yandex.ru.

Сурмач Марина Юрьевна, д-р мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37515) 2600809, (+37529) 2826383; e-mail: marina_surmach@mail.ru.

Поступила 04.10.2019 г.

Научные исследования

УДК 314.018:004.021] (476.7)

АНАЛИТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ КАК МЕХАНИЗМ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ЗА ОСНОВНЫМИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ (на примере Брестской области)

[1] Н.Ф.Побиванцева, [2] М.Ю.Сурмач

[1] Брестский областной кардиологический диспансер,
ул. Медицинская, 5, 224027, г. Брест, Республика Беларусь
[2] Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

С целью обоснования аналитических алгоритмов управленческого контроля в системе здравоохранения за основными демографическими показателями с последующей разработкой мер по их стабилизации, в работе выполнен системный анализ факторов среды управления здравоохранением Брестской области, в том числе, организационных мероприятий, регулирующих деятельность кардиологической службы.

Обоснованы и представлены в виде схем и таблиц аналитические алгоритмы, позволяющие создать обновляемые базы данных, анализ которых дает возможность контроля и оценки уровня организации медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в регионе, начиная с диспансеризации населения, первичной и вторичной профилактики и до внедрения высокотехнологичных методик.

Совокупность полученной посредством анализа информации позволяет определить причинно-следственные связи, влияющие на демографические процессы в регионе в пределах компетенции здравоохранения, и дать рекомендации по дальнейшему совершенствованию тех или иных направлений деятельности.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения; кардиологическая служба; организация медицинской помощи; управление; демографические показатели.

Обеспечение демографической безопасности страны является первоочередным приоритетом государственной социальной политики. Роль системы здравоохранения в решении задач в рамках указанной проблемы в межведомственном взаимодействии очень значима.

Способом влияния на демографические процессы в рамках компетенции учреждений здравоохранения является разработка действенных алгоритмов, включающих в себя управленческий анализ использования учреждениями здравоохранения административных территорий имеющихся в распоряжении сил и средств для реализации основных задач при исполнении нормативных документов, регламентирующих эту деятельность [1].

С **целью** обоснования аналитических алгоритмов управленческого контроля в системе здравоохранения за основными демографическими показателями с последующей разработкой мер по их стабилизации, нами выполнен системный анализ факторов среды управления здравоохранением Брестской области, в том числе, организационных мероприятий, регулирующих деятельность кардиологической службы.

Результаты и обсуждение

Анализ среды управления проводился последовательно. Посредством SWOT-анализа были

выделены факторы внешней и внутренней среды управления организацией здравоохранения (системой), которые далее разделены на четыре категории: сильные (S) и слабые (W) стороны, возможности (O) и угрозы (T).

В качестве сильных сторон рассмотрены такие факторы, как материально-техническая база, организация четырехуровневой системы оказания медицинской помощи, развитие высокотехнологичных методик, доступность и полнота статистических данных для анализа и принятия организационных решений.

Слабыми сторонами признаны недостаточный кадровый потенциал вспомогательных служб (диагностических), недостаточный уровень знаний медицинских работников и высокий коэффициент совместительства, низкая мотивация персонала.

Возможности представляются в создании межрайонных кардиологических центров как основной координирующей организации здравоохранения по оказанию помощи пациентам с болезнями системы кровообращения на районном/межрайонном уровне, во взаимодействии с другими ведомствами, развитии информатизации (создание и обмен базами данных о пациентах из групп высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска), а также в укреплении системы формирования потребности в здоровом образе жизни у населения.

Вместе с тем, присутствуют такие угрозы, как несоответствие нормативно-правовой базы современным требованиям к оказанию помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, недостаточное финансирование, незаинтересованность населения в диспансеризации и профилактике заболеваний, доступность алкоголя и табака, а также трудовая миграция.

Наиболее значимая сильная сторона (S) для обеспечения управления демографическими процессами в пределах отраслевой компетенции – наличие средств обеспечения лечебно-диагностического процесса (материально-техническая база, четырехуровневая система оказания помощи в Республике Беларусь, развитие высокотехнологичных методик), наиболее значимая слабая (W) сторона – имеющиеся силы обеспечения: несоответствие возможностей кадрового ресурса, знаний, мотивации персонала и руководителей/заместителей, существующего штатного расписания для обеспечения потребностей населения в первичной и вторичной профилактике болезней системы кровообращения, требований к качеству оказания и объему этой помощи.

Механизмом оценки здесь является уровень обеспечения учреждениями здравоохранения выполнения постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 августа 2016 г. №96 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации» и от 21 декабря 2015 г. №127 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения медицинских осмотров» [2; 3] в части 100%-ного охвата населения, а также исполнения протоколов диагностики и лечения пациентов с болезнями системы кровообращения [4] в качестве вторичной профилактики развития осложнений, влияющих на основные медико-демографические, социальные процессы в регионе (смертность, инвалидность, заболеваемость) и экономические затраты государства, связанные с ними (затраты на скорую медицинскую помощь, госпитализацию, стоимость койко-дня в отделениях реанимации и т.п.).

Так, нами определено, что основным «узким» местом организации работы с пациентами с болезнями системы кровообращения при выполнении требований указанных выше нормативных правовых актов является несоответствие показателей расчетной потребности во врачах первичного звена возможностям проведения клинически и прогностически значимых диагностических методик, возникающее не в результате отсутствия должной материально-технической базы, а за счет кадрового обеспечения работы этих служб.

По данным, приведенным в докладе А.Г.Мрочека на республиканском совещании по итогам работы кардиологической службы за 2018 год, в Брестской области отмечено наибольшее, по сравнению с другими регионами, количество проводимых исследований сердечно-сосудистой системы, в том числе высокотехнологичных. При этом, мы полагаем, что доступность диагностических методик для пациентов с болезнями системы кровообращения недостаточна. Наше предположение базируется на следующих фактах:

1. В соответствии с п.13 приложения 1 к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 декабря 2012 г. №185 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений)» [5], «…Должности врачей функциональной диагностики устанавливаются исходя из объема работы и расчетных норм времени из расчета 1 должность на 11800 условных единиц функциональных исследований в год при 38,5-часовой рабочей неделе», таким образом, отсутствует дифференциация объемов работ и нормативов нагрузки в зависимости от сложности и уровня оказания помощи, в частности, кадровый потенциал

службы рассчитывается на основании методик, не соответствующих современным потребностям и требованиям к организации эффективной работы с пациентами с болезнями системы кровообращения (БСК), вносящими основной вклад в динамику демографических процессов.

2. Ввиду недостаточной доступности курсов переподготовки на базе ГУО «БелМАПО», врачи функциональной и ультразвуковой диагностики часто не имеют должных знаний и являются совместителями этих должностей, а высокий коэффициент совместительства не обеспечивает должного качества оказания помощи пациентам с БСК. Интернатура по функциональной диагностике открыта лишь в 2017 г. на базе медико-диагностических факультетов медицинских университетов.

Так, в Брестской области штаты службы функциональной диагностики составляют 84 физических лица (по форме 1-медкадры), без учета находящихся в социальном отпуске – 78 физических лиц. Укомплектованность по занятым ставкам – 90,4%, по физическим лицам – 67,2%. Обеспеченность на 10 тыс. (7,7) превышает страновой показатель (7,58), а коэффициент совместительства (1,35) меньше, чем по стране в целом (1,44).

За 2018 год в области выполнено 21676 нагрузочных проб (ВЭП, тредмил), 37228 ХМ ЭКГ, 15559 СМАД, всего – 74463 высокотехнологичных исследования. За этот же период по области зарегистрировано 198010 случаев заболеваний ишемической болезнью сердца (ИБС), из них, как пример наиболее прогностически неблагоприятной патологии по данному классу, 30154 стенокардии.

Если предположить, что высокотехнологичные методики исследования (нагрузочные пробы – ВЭП, тредмил; ХМ ЭКГ; СМАД) выполнялись только пациентам с ИБС (без учета призывников, беременных, различных профессиональных осмотров – при трудоустройстве, прохождении водительской комиссии, здоровых пациентов), то функциональными исследованиями охвачено 38% зарегистрированных случаев ИБС. При наблюдаемом уровне заболеваемости ИБС, чтобы осуществить всем этим пациентам хотя бы по одному высокотехнологичному исследованию в год, каждый врач функциональной диагностики за год должен провести обследование 2540 пациентов.

На практике, если не выполнять все другие исследования (ЭКГ, нейрофизиологические, спирометрию, др.), не обследовать декретированные контингенты, а проводить только высокотехнологичные методики без интерпретации электрокардиограммы (что на данный момент составляет 11% в структуре диагностических методик, выполняемых врачами функциональной диагностики), то может быть обследовано всего порядка 1800 человек за год.

В то же время, по некоторым данным [6], потребность для пациентов с БСК в ХМ ЭКГ составляет 53,2%, ВЭМП – 30,1% (для контроля состояния – 25,5%, для верификации – 25,7%, другое – 2%).

Из приведенных данных следует вывод о том, что вспомогательные диагностические службы являются «слабым звеном» эффективной работы организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по верификации диагноза БСК и стратификации рисков и прогнозов заболеваний (острые состояния, смертность, летальность), что, во многом, связано с:

недооцененной в действующих нормативных правовых актах, регламентирующих формирование штатного расписания амбулаторно-поликлинических организаций, потребностью во врачах-специалистах функциональной и ультразвуковой диагностики;

формированием нагрузки службы функциональной диагностики банальными, рутинными исследованиями (ЭКГ, РЭГ, ЦГД), не позволяющими стратифицировать риски осложнений болезней системы кровообращения и произвести отбор на высокотехнологичные вмешательства (при этом, диагностически значимые исследования (ВЭМ, ХМ ЭКГ, СМАД, проведение медикаментозных проб) имеют низкий удельный вес (11%) в объеме выполняемых работ;

высоким коэффициентом совместительства и недостаточным уровнем владения и способностью интерпретации высокотехнологичных методик;

увеличением объемов помощи декретированному контингенту врачами диагностических служб (призывники, беременные), а также за счет оказания платных услуг;

недопониманием руководителями здравоохранения необходимости стимулирования (морального, профессионального, материального и социального) вспомогательных служб (врачей функциональной и ультразвуковой диагностики) и, соответственно, снижением мотивации персонала.

В связи с этим, мы считаем, что включение в алгоритм управленческого контроля за демографическими процессами расчета соответствия имеющейся материально-технической базы диагностических служб количеству проведенных исследований за анализируемый период может сыграть важную роль в оценке организации помощи па-

циентам с БСК, планирования и определения уровня эффективного использования материально-технической базы учреждения.

Выполнение клинически и прогностически значимых диагностических методик в нужном объеме позволит обосновать проведение консультаций врачей-специалистов (кардиологов) и сделать их эффективными как для пациента, так и для медицинского сообщества.

Конечной точкой оценки управленческих решений и организации лечебно-диагностического процесса в отдельном районе являются:

1. Уровень смертности населения района по причине болезней системы кровообращения, в том числе, в трудоспособном возрасте.

2. Заболеваемость с оценкой осложненных форм артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), острого инфаркта миокарда (ОИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

3. Летальность от основной кардиальной патологии (ОИМ, ОНМК).

4. Инвалидность по причине БСК, первичная инвалидность, показатель тяжести первичного выхода на инвалидность.

5. Отбор на высокотехнологичные вмешательства и их количество по региону.

6. Наличие, пополняемость и работа с базами данных о пациентах с кардиоваскулярными рисками (высокими и очень высокими).

Критерии эффективности проводимых мероприятий (снижение заболеваемости, снижение (отсутствие) временной нетрудоспособности, отсутствие обострений, восстановление функций, отсутствие инвалидности, улучшение клинических показателей, др.) определены в п.18 Инструкции о порядке проведения диспансеризации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 августа 2016 г. №96 [2], индикаторы качества оказания медицинской помощи населению в амбулаторных условиях утверждены приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 июля 2014 г. №732 [7]. В свою очередь, диспансеризация населения является основным пунктом Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы» [8].

Анализ статистических данных по области лег в основу разработки аналитических алгоритмов как механизма управленческого контроля за основными демографическими показателями в целях влияния на них и внесения управлением здравоохранения предложений по их стабилизации.

Для мониторинга деятельности по управлению медико-демографической ситуацией в районе предложено учитывать:

1. Численность населения района (табл. 1).

Собираемая в соответствии с параметрами табл. 1 информация позволяет сделать вывод об общем количестве населения, удельном весе лиц трудоспособного возраста и преобладании городского либо сельского населения.

2. Кадровый потенциал (табл. 2).

Данные табл. 2 позволяют оценить правильность кадровой политики, определить дефицит кадров всех служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения на уровне первичного звена (участковые врачи, врачи общей практики, врачи-кардиологи, врачи ультразвуковой и функциональной диагностики). Весьма информативен и важен для оценки качества оказания помощи коэффициент совместительства: при его значении выше 1,2 следует обратить внимание на качество оказания помощи по данной специальности. Важно оценить соотношение ставок, их соответствие нормативам и объемам выполненных работ.

Вместе с данными, приводимыми в табл. 1, можно судить о наличии сил для оказания медицинских услуг в районе (АВОП, ФАП, СВА, СУБ), а также оценивать эффективность их распределения по организациям здравоохранения.

3. Материально-техническая база центральной районной больницы (табл. 3).

Данные табл. 3 позволяют оценить достаточность средств в районе, исходя из уровня заболеваемости населения, для диагностики болезней системы кровообращения на уровне первичного звена для верификации диагнозов, определения рисков БСК и их осложнений. Сопоставление кад-

Таблица 1

Алгоритм анализа численности населения района

Население, чел.	Всего, чел.	Городское, чел. (%)	Сельское, чел. (%)
Население (взрослое)			
В трудоспособном возрасте (с 18 лет / с 16 лет)			
В пенсионном возрасте			

Таблица 2

Алгоритм анализа кадрового потенциала здравоохранения района

Специальность	Ставок по штату	Занято ставок	Физических лиц	Укомплектованность	Коэффициент совместительства	Обеспеченность (физических лиц на 10 тыс. взрослого населения)
Врачи-кардиологи						
Врачи-терапевты						
Врачи ультразвуковой диагностики						
Врачи функциональной диагностики						

ровых ресурсов врачей ультразвуковой и функциональной диагностики и наличия диагностического оборудования позволяет также судить о доступности диагностических методик жителям района и эффективности организации приема врача-специалиста (кардиолога).

4. Количество функциональных исследований и возможности лабораторной диагностики БСК (таблицы 4.1, 4.2).

В табл. 4.1 и 4.2 отражается динамика проведения основных диагностических методик при исполнении клинических протоколов за 5-летний период, что позволяет рассчитать их доступность в данном районе с перерасчетом на заболеваемость населения БСК и учитывая удельный вес декретированного континента (призывники, беременные). Сопоставив данные, приведенные в табл. 3, 4.1. и 4.2, можно оценить рациональность используемого оборудования и достаточность объемов исследований для соответствующих мощностей.

5. После оценки сил и средств для оказания медицинской помощи жителям района, проводится анализ собственно основных демографических показателей по данным Национального статистического комитета. Рекомендуется использовать 5-летний интервал (табл. 5).

Анализ смертности населения региона предлагается проводить за 5-летний период времени в целях получения наиболее достоверной информации о тенденциях изменения показателя. При этом, необходимо провести сравнительный анализ текущего состояния показателя с аналогичным периодом прошлого года (квартал, полугодие). Для определения уровня районных показателей относительно средних по области значений, здесь же приводится статистика по области по каждому параметру за предыдущий год и сопоставимый период текущего года. Анализируются абсолютные и относительные значения показателей, как в общей популяции, так и отдельно для лиц трудоспособного возраста, с выделением смертности по причине болезней системы кровообращения на фоне районного и областного показателя общей смертности соответственно.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод об общих тенденциях в данном районе по показате-

Таблица 3

Алгоритм анализа материально-технической базы района

Аппараты УЗИ		Системы суточного мониторирования АД		Системы суточного мониторирования ЭКГ (холтеровское мониторирование)			Велоэргометры
С датчиками ЭхоКГ	Без датчиков	Количество	Регистраторы АД	Количество	Регистраторы ЭКГ	Регистраторы ЭКГ+ АД	

Таблица 4.1

Алгоритм анализа функциональной диагностики

	Всего					В том числе, декретированному контингенту (беременные, призывники)	
	20__	20__	20__	20__	20__	20__	20__
ВЭМ							
ХМ							
СМАД							
ЭхоКГ							

Таблица 4.2

Алгоритм анализа лабораторных исследований

Показатель	Определяется: ДА (качественный или количественный) / НЕТ
КФК МВ	
Тропонин	
Миоглобин	
ЛПНП	
ЛПВП	
ТГ	

Таблица 5

Анализ основных демографических показателей

		Район							Область	
		20__	20__	20__	20__	20__	I пол. прошл.	I пол. текущ.	20__	I пол. текущ.
Умерло, чел.	всего									
	от БСК									
	от БСК в трудоспособном возрасте									
Смертность, на 100 тыс.	всего									
	от БСК									
	от БСК в трудоспособном возрасте									

лю общей смертности и смертности по причине БСК, выделить периоды повышения либо снижения показателя как в общей популяции, так и в трудоспособном возрасте, сопоставить отклонения с фактической расстановкой сил и средств (табл. 2–4) и определить причинно-следственные взаимосвязи, при воздействии (административном, экономическом и т.д.) на которые можно влиять, внеся соответствующие предложения, на демографическую ситуацию в районе по основной социально значимой патологии – болезням системы кровообращения.

Не менее важным вопросом организации медицинской помощи в конкретном районе является контроль осуществляемой там диспансеризации населения и оценка охвата диспансерным динамическим наблюдением.

6. Охват диспансеризацией пациентов с БСК определяется по данным формы 1-заболеваемость (табл. 6).

Информативными здесь являются уровни общей и первичной заболеваемости в качестве индикаторов выявления патологии БСК (первичная заболеваемость) и регистрации ранее выявленной патологии при ежегодном посещении для диспансерного динамического наблюдения.

7. Общая заболеваемость болезнями системы кровообращения (на 10 тысяч населения) анализируется за 5-летний период (табл. 7).

Таблица 6

Анализ охвата диспансеризацией пациентов с БСК

		БСК	АГ	ИБС	ИБС+АГ	Стенокардия	ОИМ	ЦВБ	ЦВБ+АГ
Взрослое население									
20__	район								
	область								
20__	район								
	область								
20__	район								
	область								
20__	район								
	область								
20__	район								
	область								
Трудоспособное население									
20__	район								
	область								
20__	район								
	область								
20__	район								
	область								
20__	район								
	область								
20__	район								
	область								

Таблица 7

Анализ общей заболеваемости БСК

		БСК	АГ	ИБС	ИБС+АГ	Стено-кардия	Нестабильная стенокардия	ОИМ	ЦВБ	ЦВБ+ АГ
Взрослое население										
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
Трудоспособное население										
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									

8. Также за 5-летний период анализируется первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения (на 10 тысяч населения) (табл. 8).

Для анализа по табл. 7 и 8 представляются данные о заболеваемости в районе (общей и первичной) в течение 5 лет по форме 1-заболевае-

Таблица 8

Анализ первичной заболеваемости БСК

		БСК	АГ	ИБС	ИБС+ АГ	Стено-кардия	Нестабильная стенокардия	ОИМ	ЦВБ	ЦВБ+ АГ
Взрослое население										
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
Трудоспособное население										
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									
20__	район									
	область									

мость (Минздрав) государственной статистической отчётности, для сравнения учитываются показатели области. Проводится оценка динамики показателя как в общей популяции, так и в трудоспособном возрасте, а также как в целом по классу БСК, так и по основным структурным нозологиям (АГ, ИБС, ИБС с АГ, стенокардия, ОКС, ЦВБ, ЦВБ с АГ).

Эти данные позволяют:

1. Сделать вывод об уровне заболеваемости БСК и основными нозологиями в сравнении со средними по области значениями, их соответствии количеству населения и отчетному показателю диспансеризации населения.

2. Спланировать в соответствии с показателями количество необходимых исследований (ФГДС, УЗИ и т.д.) по организациям здравоохранения. Рассчитать соответствие штатного расписания объемам выполненных работ.

3. Определить рост либо снижение заболеваемости района болезнями системы кровообращения в целом и по основным нозологиям класса, оценить состоятельность профилактических мероприятий.

4. Выявить, за счет каких нозологий формируются болезни системы кровообращения – наибольший удельный вес и уровень верификации диагнозов. Преобладание той или иной формы свидетельствуют о недоступности диагностических методик (СМАД, ВЭМ) и гипердиагностике либо недостаточной диагностике тех или иных форм БСК и, как следствие, позволяют определить вероятность неэффективности/эффективности применяемых диагностических и лечебных мероприятий и взаимосвязь с динамикой демографических процессов в районе.

5. Сопоставить уровни заболеваемости с охватом подлежащего населения диспансерным динамическим наблюдением, их соответствие требованиям нормативных правовых и локальных актов Министерства здравоохранения, Главного управления здравоохранения (ГУЗО) Брестского облисполкома, а в случае максимального показателя (98–100% по отчетным данным) – оценить качество оказываемой помощи на фоне роста инвалидности и смертности по причине БСК.

6. По данным первичной заболеваемости можно определить, за счет каких форм патологии происходит выявление БСК: например, в случае преобладания и роста за пятилетний либо сопоставимый период острых форм заболеваний (ОИМ, ОНМК, нестабильная стенокардия) можно сделать вывод о неудовлетворительной работе организаций здравоохранения по диспансеризации населения и низком уровне профилактической работы; преобладание острого инфаркта миокар-

да над нестабильными стенокардиями требует анализа и изучения вопроса действующего в конкретном районе алгоритма работы с острым коронарным синдромом.

7. Оценить уровень охвата диспансерным динамическим наблюдением по классу БСК, в том числе, с распределением по нозологиям, определить достоверность районной отчетности о проводимой диспансеризации, выяснить причины отклонения показателей и выделить нозологические формы БСК, имеющие наименьший охват диспансерным динамическим наблюдением, что позволит определить комплекс мер, направленных на:

предоставление достоверной информации;

организацию преемственности при проведении диспансерного динамического наблюдения пациентов с БСК;

усиление мотивации населения к ведению здорового образа жизни и приверженности к лечению.

Для подтверждения тех или иных выводов, касающихся достоверности выставленных диагнозов и их статистической регистрации, эффективности применяемых лечебно-диагностических методик, утвержденных в клинических протоколах по классу БСК, уровня организации диспансерного динамического наблюдения, проводится анализ амбулаторных карт пациентов с БСК, в том числе умерших либо вышедших на инвалидность по этой причине.

Показателем эффективного проведения диспансеризации населения является уровень первичного выхода на инвалидность по причине болезней системы кровообращения и его тяжесть (табл. 9).

По форме, приведенной в табл. 9, приводятся, в сравнении со средними по области значениями показателей, статистические данные за пять лет среди населения района с разбивкой на все население и население трудоспособного возраста, а также по основным нозологическим формам БСК. Анализируя соотношение цифр и их динамику, можно сделать вывод о состоянии профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в районе за длительный период, а сопоставив полученную информацию с анализом амбулаторных карт пациентов, вышедших на инвалидность по причине болезней системы кровообращения, для изучения полноты мероприятий, соответствия их требованиям клинических протоколов, – определить уровень контроля со стороны администрации за качеством оказания медицинской помощи в районе по данному разделу работы.

Для изучения состояния преемственности в районе между всеми этапами оказания помощи (амбулаторно-поликлинический, СМП, стационар) при острых состояниях оцениваются показатели

Таблица 9

Анализ первичного выхода на инвалидность по БСК

		БСК	АГ	ИБС	Стенокардия	ОИМ	ЦВБ	ХРБС
Взрослое население								
20__	район							
	область							
20__	район							
	область							
20__	район							
	область							
20__	район							
	область							
20__	район							
	область							
Трудоспособное население								
20__	район							
	область							
20__	район							
	область							
20__	район							
	область							
20__	район							
	область							
20__	район							
	область							

летальности от ОИМ и ОНМК в течение пяти предшествующих лет и в сопоставимом периоде текущего и прошлого года, их уровень относительно среднего по области показателя (табл. 10).

При превышении в районе среднеобластных показателей, запрашивается медицинская документация, осуществляется ее полный анализ с изучением экспертной оценки (I–III уровни) и определением соответствия последней выявленным недостаткам.

На основании полученной информации можно сделать вывод о наличии и эффективности организационной модели (алгоритма) оказания помощи в конкретном районе при острой сердечно-сосудистой патологии, ее соответствии требованиям алгоритмов, утвержденных ГУЗО, дать соответствующие предложения по совершенствованию модели, выделив «слабое звено» в системе оказания помощи при остром коронарном синдроме (кадровое, финансовое, организационное и др.).

Один из критериев оценки работы района, анализа соответствия имеющихся методик уровням и этапам оказания помощи при реализации требований клинических протоколов оказания помощи пациентам, в том числе, в экстренных ситуациях, – запрашиваемый по форме, приведенной в табл. 11, перечень внедрений новых методов диагностики и лечения в конкретных организациях здравоохранения.

Для оценки исполнительской дисциплины при реализации того или иного направления деятельности проводится изучение организации исполнения организациями здравоохранения района решений Министерства здравоохранения Республики Беларусь, ГУЗО Брестского облисполкома (коллегии и ЛКК), резолюций по итогам работы службы. Для этого запрашиваются распорядительные документы и оценивается эффективность способа, предлагаемого руководителем организации здравоохранения для выполнения тех или иных требований этих документов. Весьма информативным в данном плане является изучение работы одного из структурных подразделений учреждения (терапевтический участок, АВОП, ФАП и т.д.), на примере которого отслеживается вся вертикаль внедрения и исполнения распорядительных и нормативных документов конкретным исполнителем и оценивается функция контроля со стороны администрации учреждения за данным процессом.

Преемственность района с областными учреждениями оценивается по наличию районной базы данных о пациентах с БСК, включающей:

пациентов, нуждающихся в высокотехнологичных вмешательствах (кардиохирургических, коронароангиографии);

пациентов с острым коронарным синдромом;

пациентов с хронической сердечной недостаточностью высоких градаций;

пациентов с нарушениями ритма и проводимости.

Наличие таких баз данных, их обновление и пополнение необходимо при работе с кураторами района в областном кардиологическом диспансере.

Выводы

Качество работы с указанными выше базами данных о пациентах с болезнями системы кровообращения свидетельствует об уровне организации медицинской помощи в районе, в том числе, о диспансеризации населения, первичной и вторичной профилактике болезней системы кровообращения, внедрении высокотехнологичных методик.

Совокупность полученной информации позволяет, в рамках отраслевой компетенции, определить причинно-следственные связи, влияющие на демографические процессы в регионе, и дать рекомендации по дальнейшему совершенствованию тех или иных направлений деятельности.

Таблица 10

Анализ летальности от острого инфаркта миокарда и ОНМК

	20__	20__	20__	20__	20__	20__	_ мес. прошл.	_мес. текущ.
Район								
Область								

Таблица 11

Внедрение в организациях здравоохранения района новых методов диагностики и лечения (данные за предшествующий год и 3 месяца текущего года)

№	Наименование методики	Результаты применения
1.		
2.		

Литература

1. *Глушанко, В.С.* Разработка и принятие управленческих решений в системе охраны здоровья населения / В.С.Глушанко, М.В.Алферова, А.Т.Щастный. – Витебск: ВГМУ, 2016. – 88 с.
2. Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 12 авг. 2016 г., №96 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
3. Об утверждении Инструкции о порядке проведения медицинских осмотров [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 21 дек. 2015 г., №127 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
4. Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 6 июня 2017 г., №59 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
5. Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений) [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 3 дек. 2012 г., №185 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
6. *Фуфаев, Е.Н.* Научное обоснование совершенствования медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями: автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.00.33; 14.00.06 / Е.Н.Фуфаев; РАН, Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева. – Москва, 2008. – 45 с.
7. Об утверждении индикаторов качества оказания медицинской помощи населению в амбулаторных условиях: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 7 июля 2014 г. №732.
8. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 14 марта 2016 г., №200 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

ANALYTICAL ALGORITHMS AS A MECHANISM OF MANAGERIAL CONTROL OVER THE MAIN DEMOGRAPHIC INDICATORS (ON THE EXAMPLE OF THE BREST REGION)

[1] N.F.Pabivantsava, [2] M.Yu.Surmach

[1] Brest Regional Cardiology Dispensary, 5, Meditsinskaya Str., 224027, Brest, Republic of Belarus, [2] Grodno State Medical University, 80, M.Gorky Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

Systematic analysis of environmental factors of healthcare management of the Brest Region, including organizational measures regulating activities of the cardiology service, have been carried out in the article in order to substantiate analytical algorithms of managerial control in healthcare system for the main demographic indicators with subsequent development of measures to stabilize them.

Analytical algorithms have been justified and presented in form of diagrams and tables allow to creating updatable databases. Analysis of these databases gives the opportunity to control and assess the level of medical care to patients with cardiovascular diseases in the Region from screening of public health, primary and secondary medical preventive activities to high-tech methods' implementing.

Data sets obtained by analyzing allow to determining causal relationship affecting demographic processes in the Region, within the limits of healthcare sector competence, and to offering advice for further improving of certain activities.

Keywords: cardiovascular diseases; cardiology service; organization of medical care; management; demographic indicators.

Сведения об авторах:

Побиванцева Наталья Фадеевна, канд. мед. наук; УЗ «Брестский областной кардиологический диспансер», главный врач; тел.: (+37516) 2506032, (+37529) 2221656; e-mail: afonbrest@mail.ru.

Сурмач Марина Юрьевна, д-р мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37515) 2600809, (+37529) 2826383; e-mail: marina_surmach@mail.ru.

Поступила 04.10.2019 г.

УДК 616-082.4:004.738.5] (476)

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР: ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ

Ю.В.Петельский

Санаторно-курортное унитарное предприятие «Белпрофсоюзкурорт»,
пр. Победителей, 21, 220126, г. Минск, Республика Беларусь

Приведено обоснование разработки нового организационного механизма госпитализации в областной многопрофильный стационар с применением технологий телеконсультирования, описана работа по экспериментальному внедрению разработанного механизма организации плановой госпитализации посредством электронного бюро госпитализации с функцией телеконсультирования. Посредством SWOT-анализа среды управления стационаром, изучения первичной медицинской документации 1347 пациентов, госпитализированных в период с 01.07.2013 по 02.09.2013, процесс госпитализации представлен поэтапно, в виде модели, с выделением критических точек. Осуществлен анализ деятельности стационара с 2014 по 2018 гг., выявлено повышение доступности для населения области специализированной медицинской помощи в условиях стационара, выраженное в доказанных росте уровня госпитализации и интенсификации использования коечного фонда. Рассчитаны социальная эффективность (выражается в снижении в 1,3 раза затрат временных и финансовых ресурсов пациентов в процессе плановой госпитализации) и экономический эффект внедрения (102202,95 руб. в 2018 г.). Указаны резервы повышения эффективности электронного бюро госпитализации с функцией телеконсультирования за счет снижения доли отказов в госпитализации по причине неполного догоспитального обследования.

Ключевые слова: госпитализация; телемедицинское консультирование; областной стационар; специализированная медицинская помощь.

Информатизация относится к основным направлениям реформирования системы оказания медицинской помощи в Республике Беларусь. В соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 02.12.2013 №531 «О некоторых вопросах информатизации» и с целью выстраивания единой стратегии, в Министерстве здравоохранения была разработана отраслевая программа информатизации, основная цель которой – повышение эффективности использования ресурсов и управляемости системы здравоохранения, с учетом определения приоритетных направлений дальнейшего развития информатизации и координации действий всех субъектов информационного обмена [1]. Внедрение информационных систем в учреждениях здравоохранения проходит неравномерно. В основном, используются локальные информационные системы, доступ к которым имеют сотрудники учреждения здравоохранения, в которых они установлены. Государственная политика направлена на формирование единого электронного пространства путем интеграции информационных систем и создания условий для использования электронных услуг [4]. Руководствуясь требованиями нормативных документов, организации здравоохранения проводят целенаправленные мероприятия по продвижению использования информационных технологий на всех этапах лечения и диагностики. Автоматизация процессов в здравоохранении преследует цель улучшения доступности и качества медицинской помощи гражданам и регулирование взаимосвязи всех технологических уровней ее оказания [2; 5]. Прослеживается социальная эффективность проводимых мероприятий по использованию в здравоохранении информационных систем, проявляющаяся в предоставлении равных возможностей населению на получение доступной и качественной специализированной и высокотехнологичной помощи, независимо от места проживания. Успешный опыт использования телекоммуникационных технологий в здравоохранении реализован на базе Островецкой центральной районной больницы в 2018 г. И.Н.Мороз и В.Ч.Можейко показано, что телеконсультирование при организации первичной медицинской помощи обеспечило повышение доступности медицинских услуг за счет экономии времени пациента, снижения количества направлений для консультации, госпитализации или пе-

ревода в учреждение здравоохранения более высокого технологического уровня оказания медицинской помощи [3].

Цель исследования – повысить доступность специализированной медицинской помощи населению Гродненской области посредством внедрения инновационных ресурсосберегающих организационных технологий плановой госпитализации, основанных на применении телеконсультирования, на примере УЗ «Гродненская областная клиническая больница» (ГОКБ) (с 21.06.2019 УЗ «ГОКБ» переименовано в УЗ «Гродненская университетская клиника» (ГУК)).

Важнейшим определяющим организационным механизмом, оказывающим влияние на уровень доступности специализированной медицинской помощи для населения, является организация процесса госпитализации. Нами был осуществлен организационный эксперимент по организации плановой госпитализации посредством электронного бюро госпитализации с функцией телеконсультирования (ЭБГ). При этом, основной гипотезой являлось предположение, что вовлечение в этот механизм информационных технологий, в том числе технологий телеконсультирования, даст положительный социальный эффект, выраженный в повышении доступности для населения области специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, а также экономический эффект, обусловленный ресурсосбережением.

Объектом исследования являлась ГОКБ (ГУК), **предметом** – организационные технологии госпитализации.

Материалы и методы

Проведено организационно-экспериментальное, проспективное исследование. Применены методы организационного эксперимента, статистический, экономический, SWOT-анализа. Для статистической обработки использованы расчет критериев χ^2, 95%-ного доверительного интервала (ДИ), динамических рядов. Материалами являлись деятельность ГОКБ за 2014–2018 гг.; база электронных запросов из организаций здравоохранения области на госпитализацию посредством электронного бюро госпитализации (ЭБГ) за 2017 и 2018 гг. (реализованные запросы и отказы в госпитализации, n=20879); затраты на госпитализацию посредством посещения врачей-специалистов при обращении в областную поликлинику или областной онкодиспансер и через ЭБГ соответственно; первичная медицинская документация 1347 пациентов, госпитализированных в период с 01.07.2013 по 02.09.2013: медицинские карты амбулаторного больного (ф. №025/у) и стационарного пациента (ф. №003/у-07). Основой разработки технологии послужило детальное изучение процесса госпитализации и среды управления в ГОКБ в 2013 г. При этом были выделены контрольные критические точки, состояние которых оценивалось до и после внедрения нового организационного механизма.

В качестве контрольных точек определены измеряемые и наиболее уязвимые позиции, изменения которых в позитивную сторону предполагалось достичь посредством внедрения нового организационного механизма. В качестве *контрольной точки 1* принято число посещений пациентом врача-специалиста областной поликлиники и онкодиспансера для решения вопроса о плановой госпитализации в ГОКБ. *Контрольная точка 2* представлена качественным признаком: это отсутствие (или же, напротив, наличие) официального листа ожидания госпитализации. Наличие официального листа ожидания госпитализации позволяет эффективно планировать использование коечного фонда. Для установления контрольной точки 3 методом SWOT-анализа были проанализированы факторы среды управления стационаром. Сильными сторонами признаны высокий уровень компьютеризации рабочих мест врачей территориальных поликлиник, наличие локальных компьютерных сетей, возможность передачи информации по защищенным каналам связи, наличие опыта у врачей по организации телемедицинского консультирования (ТМК), ведение медицинской карты стационарного пациента ф. № 003/у-07 в электронном виде в ГОКБ и стационарах г. Гродно. Слабыми – отсутствие единой электронной базы пациентов Гродненской области, ведения медицинской карты амбулаторного больного ф. № 025/у в электронном виде в ЦРБ и поликлиниках г. Гродно, низкий уровень компьютеризации стационаров ЦРБ. Выявлены возможности в виде обеспечения техникой за счет централизованных средств в рамках развития электронного здравоохранения, внедрения электронной медицинской карты в ЦРБ и поликлиниках г. Гродно, а также имеющиеся резервы использования кабинета ТМК, который функционирует с 01.01.2013 в структуре ГОКБ. Угрозы (возможность утечки информации, хакерские атаки и недостаточное финансирование) признаны устранимыми. *Контрольной точкой 3* стало количество on-line и off-line телеконсультаций, выполненных кабинетом ТМК.

Результаты и обсуждение

По данным анализа первичной медицинской документации 1347 пациентов, госпитализированных в период с 01.07.2013 по 02.09.2013, установлено, что плановая госпитализация до внедрения

ЭБГ с функцией телеконсультирования проводилась только по направлению врача-специалиста областной поликлиники или областного онкологического диспансера. Пациент прибывал в регистратуру областной поликлиники без предварительной записи, либо предварительная запись проводилась пациентом по телефону, что являлось затруднительным для пациентов из районов области.

Регистратор направлял пациента к врачу-специалисту на свободное время, и это, в свою очередь, обусловливало наличие очередей. При отсутствии возможности приема пациенту назначалась другая дата. При наличии мест в день обращения пациенты госпитализировались с неполным объемом догоспитального обследования, что приводило к необходимости дополнительного обследования в стационаре (рис. 1).

Нами установлено, что пациент посещал врача-специалиста для решения вопроса о госпитализации 1,3 раза (95% ДИ 1,266–1,334), это значение принято *контрольной точкой 1*. Являлось невозможным объективно оценить длительность ожидания пациентом плановой госпитализации, учесть это при планировании использования коечного фонда. *Контрольная точка 2* – отсутствие официального листа ожидания госпитализации. За 2013 год кабинетом проведено 0,4±0,01 on-line и 1,0±0,06 off-line телеконсультаций за один рабочий день (M±m) – *контрольная точка 3*.

После введения нового алгоритма (рис. 2), госпитализация производится посредством ЭБГ. Для стандартизации процесса утверждена электронная форма бланка на плановую госпитализацию, который заполняется в направляющей организации здравоохранения и передается по защищенным каналам связи республиканской системы ТМК в ГОКБ (ГУК). В функции врача центра входит контроль обработки данных запроса на плановую госпитализацию врачами-специалистами областной поликлиники и областного онкодиспансера, составление перечня мест для плановой госпитализации, определение даты и времени явки пациента в приемное отделение, организация, в случае отказа в госпитализации, on-line ТМК врачом-специалистом.

Пациент обращается в приемное отделение в определенную дату и время. По контрольным точкам отмечаются следующие изменения. *Контрольная точка 1* – одно посещение приемного отделения без посещения областной поликлиники и областного онкодиспансера (экономия ресурсов пациента составляет не менее 30%). *Контрольная точка 2* – наличие официального листа ожида-

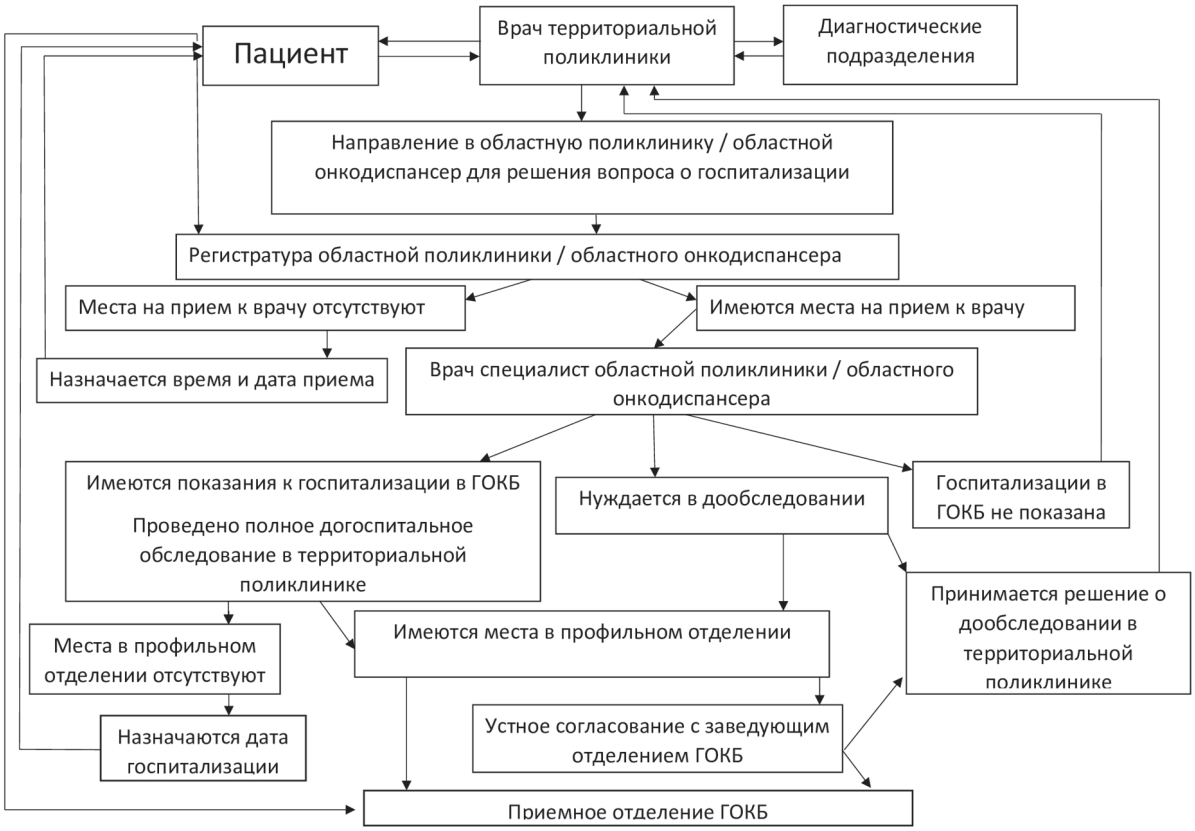

Рис. 1. Организационная схема плановой госпитализации в УЗ «Гродненская областная клиническая больница» до внедрения электронного бюро госпитализации

ния, позволяющего планировать оперативные вмешательства и высокотехнологические обследования, проводить контроль очередности госпитализации и изучать потребность населения области в плановой специализированной стационарной помощи, что учитывается при планировании ее объемов. *Контрольная точка 3* – 1,0±0,02 on-line (рост в 2,5 раза) и 36,5±0,2 off-line (рост в 36,5 раз) ТМК (M±m) в рабочий день.

Организованная предварительная электронная запись на плановую госпитализацию дала возможность анализа и рационального использования специализированного коечного фонда. Так, уровень госпитализации на 1000 населения в ГОКБ достиг в 2015 г. максимума по сравнению с 2013 и 2014 гг. и оставался стабильно высоким в последующие три года, при этом, для показателей госпитализации по онкологическому профилю в 2013 и 2018 гг. уров-

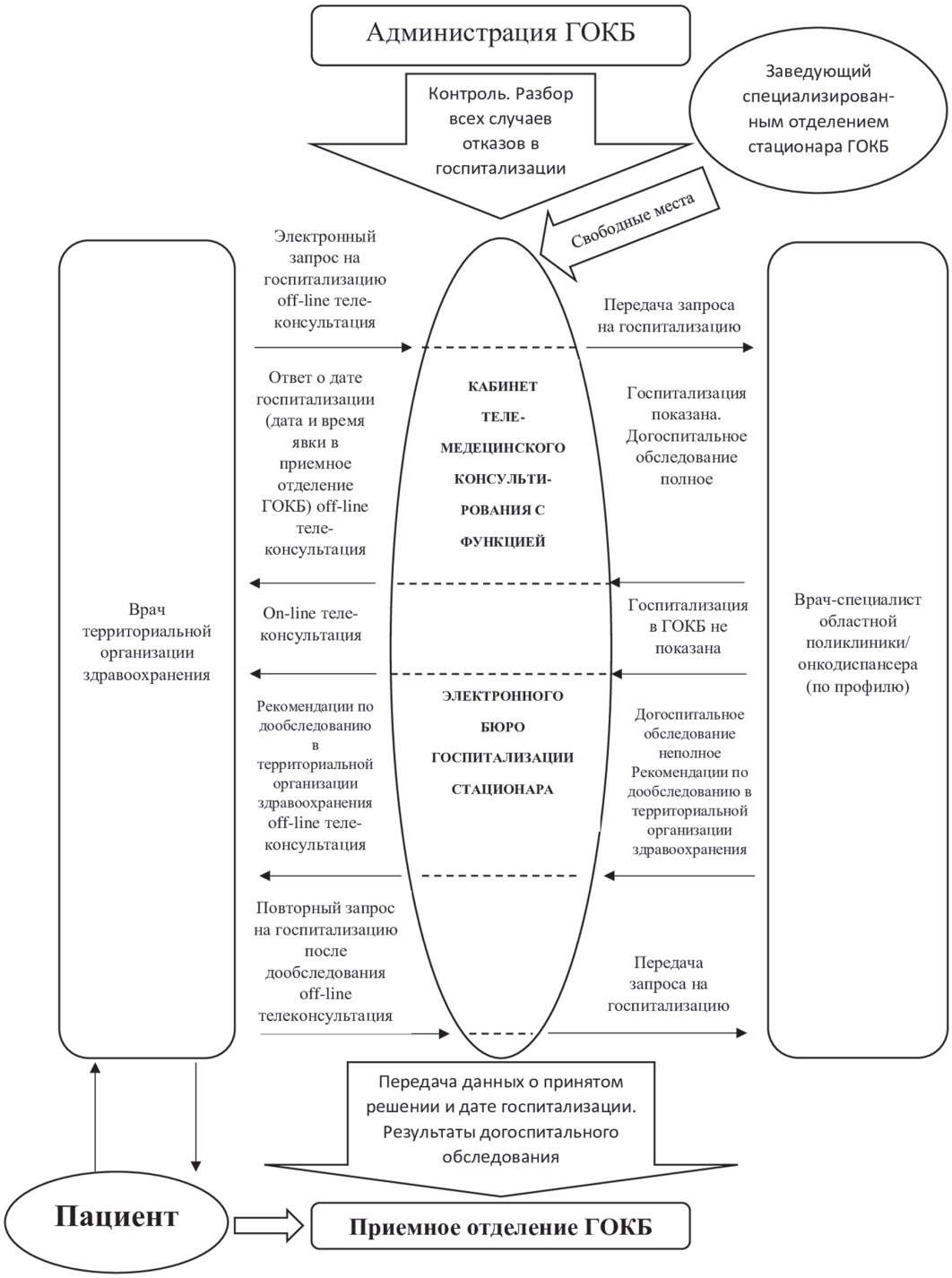

Рис. 2. Организационная схема работы электронного бюро госпитализации при плановой госпитализации в УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

ни составляют 9,8 (95% ДИ 9,44–10,16) и 11,5 (95% ДИ 11,12–11,88) случаев на 1000 населения соответственно, по хирургическому профилю – 13,1 (95% ДИ 12,68–13,52) и 15,4 (95% ДИ 15,18–15,62) случаев, по терапевтическому профилю – 9,3 (95% ДИ 8,95–9,65) и 10,4 (95% ДИ 10,03–10,77) случаев на 1000 населения, по каждому из профилей госпитализации различия между 2013 и 2018 гг. достоверны ($p<0,05$).

При этом, абсолютная убыль средней продолжительности лечения в стационаре за период с 2013 по 2018 год составила -2,7 дня по онкологическому профилю коек (темп прироста (убыли) – -28,7%), -1,2 дня по хирургическому профилю (темп прироста (убыли) – -13,3%) и -1,7 дня по терапевтическому профилю (темп прироста (убыли) – -15,2%). Абсолютная убыль средней продолжительности предоперационного койко-дня за период с 2013 по 2018 год составила -2,1 дня по онкологическому профилю коек (темп прироста (убыли) – -60%), -0,4 дня по хирургическому профилю (темп прироста (убыли) – -23,5%), что свидетельствует об интенсификации работы стационара, рациональном использовании ресурсов коечного фонда и значительном повышении доступности специализированной медицинской помощи для населения. Средняя продолжительность лечения в стационаре достоверно снизилась по всем профилям госпитализации: по онкологическому профилю значения показателя в 2013 и 2018 гг. составили 9,4 (95% ДИ 9,22–9,58) и 6,7 (95% ДИ 6,68–6,72) койко-дней соответственно ($p<0,05$); по хирургическому профилю – 9,0 (95% ДИ 8,83–9,17) и 7,8 (95% ДИ 7,65–7,95) койко-дней соответственно ($p<0,05$); по терапевтическому профилю – 11,2 (95% ДИ 10,99–11,41) и 9,5 (95% ДИ 9,32–9,68) койко-дней соответственно ($p<0,05$). Снижение произошло преимущественно за счет того, что пациенты поступали в стационар обследованными в полном объеме. В результате выявлено значительное снижение предоперационного койко-дня: в 2013 и 2018 гг. значение показателя по онкологическому профилю составило 3,5 (95% ДИ 3,44–3,56) и 1,4 (95% ДИ 1,384–1,416) койко-дня соответственно ($p<0,05$), по хирургическому профилю – 1,7 (95% ДИ 1,677–1,723) и 1,3 (95% ДИ 1,287–1,313) койко-дня соответственно ($p<0,05$).

С 2017 г. врачам стационаров области предложено в качестве метода выбора использовать ЭБГ также для неотложных переводов пациентов в ГОКБ. Во внерабочее время кабинета ТМК запросы направляются в отделение плановой и экстренной помощи. Неотложные запросы рассматриваются заведующим профильным отделением (в нерабочее время – ответственным дежурным врачом-специалистом). О принимаемом решении информируется администрация ГОКБ. Решение об отказе в госпитализации принимается совместно с администрацией. При отказе в госпитализации проводится on-line телеконсультирование и, при необходимости, осуществляется выезд дежурного по отделению экстренной и плановой помощи врача-специалиста. Ответ на неотложный запрос отправляется в течение часа. При этом выявлено, что доля запросов на неотложные переводы из других стационаров в общем числе электронных запросов за 2017 и 2018 гг. возросла (2,3% и 3,1% соответственно, $\chi^2=10,16$, $p=0,001$), доля запросов за этот же период на неотложные переводы из ЦРБ в числе всех запросов на неотложные переводы также увеличилась (60,7% и 72,8% соответственно, $\chi^2=9,8$, $p=0,002$); запросы на неотложные переводы из районов области доминируют в числе неотложных запросов. Такая динамика свидетельствует о том, что ЭБГ востребовано не только для плановой госпитализации, но и для неотложных переводов из других стационаров.

На основании анализа стоимости выполненных услуг ($Ст_{т/конс}$), вычисленной с учетом нормативов обслуживания (в минутах) врачей-специалистов поликлиники и онкодиспансерного отделения, количества госпитализированных через ЭБГ за 2018 год в плановом порядке по запросам организаций здравоохранения области пациентов ($К_{госп}$), затрат на госпитализацию через электронное бюро госпитализации ($З_{эл.бюро}$), коэффициента повторности посещения врачей-специалистов при обращении в областную поликлинику или онкодиспансер для решения вопроса о плановой госпитализации ($Кф_{уз.спец}$) и затрат на плановую госпитализацию путем посещения врачей-специалистов при обращении в областную поликлинику или онкодиспансер ($З_{уз.спец}$), рассчитан экономический эффект функционирования электронного бюро госпитализации (ЭЭ) (в рублях):

$ЭЭ = З_{уз.спец} – З_{эл.бюро} = 240060,79 – 137857,84 = 102202,95$ рублей

$З_{уз.спец} = К_{госп} * Кф_{уз.спец} * Ст_{посещ}$

$З_{эл.бюро} = К_{госп} * (Ст_{т/конс} + Р_{т/конс})$,

где $Ст_{т/конс}$ – стоимость off-line ТМК врача-специалиста за 2018 год;

$Р_{т/конс}$ – расходы на работников кабинета ТМК на обработку запроса для госпитализации пациента через ЭБГ.

Для выявления резерва повышения эффективности работы ЭБГ проведен анализ структуры причин отказов в госпитализации в 2017–2018 гг. (сплошной метод, n=491): наблюдается снижение доли отказов в госпитализации от общего коли-

чества запросов на госпитализацию (до 0,1% в 2018 г., χ^2=22,5, p<0,0001), снижение доли запросов на пациентов, направленных для дополнительного догоспитального обследования (до 1,9% в 2018 г., χ^2=4,01, p=0,04). Несмотря на снижение этого показателя, неполное догоспитальное обследование пациентов все еще остается ведущей причиной отказов в госпитализации.

Выводы

Внедренная в ГОКБ в 2014 г. организационная технология госпитализации посредством электронного бюро госпитализации основана на интенсификации обмена информацией по каналам связи республиканской системы телемедицинского консультирования. Она не требует дополнительных затрат и способствует внедрению пациент-ориентированного подхода в здравоохранении: в 2013 г. пациенты затрачивали в 1,3 (95% ДИ 1,266–1,334) раз больше временных и финансовых ресурсов в процессе плановой госпитализации.

ЭБГ обеспечивает возможность эффективно планировать использование специализированного коечного фонда, что позволяет увеличить доступность помощи в условиях областного стационара для жителей региона, преимущественно за счет более полного догоспитального обследования. Одновременно регистрируется рост эффекта деятельности кабинета телемедицинского консультирования: от 0,4±0,01 on-line и 1±0,06 off-line телеконсультации в один рабочий день в 2013 г. до 1±0,02 on-line (рост в 2,5 раза) и 36,5±0,2 (рост в 36,5 раз) off-line консультаций в 2018 г.

Технология госпитализации посредством электронного бюро госпитализации с функцией телеконсультирования относится к ресурсосберегающим. Экономический эффект ЭБГ только за 2018 год составил 102202,95 руб. Резерв дальнейшего повышения эффективности работы ЭБГ – повышение качества догоспитального обследования пациентов.

Литература

1. *Демидов, А.В.* Информатизация организаций здравоохранения Республики Беларусь / А.В.Демидов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – №3. – С.20–25.
2. *Калинина, Т.В.* Телемедицина в работе врача общей практики / Т.В.Калинина, И.Н.Мороз, В.Ч.Можейко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – №3. – С.25–28.
3. *Мороз, И.Н.* Оценка эффективности телеконсультирования при оказании первичной медицинской помощи / И.Н.Мороз, В.Ч.Можейко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – №3. – С.36–41.
4. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 14 марта 2016 г., №200 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
5. Современные информационно-коммуникационные технологии в деятельности врача / М.А. Герасименко [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – №3. – С.76–79.

APPLICATION OF TELEMEDICAL CONSULTING TECHNOLOGIES FOR HOSPITALIZATION ORGANIZING IN A REGIONAL MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL: FIVE YEARS OF EXPERIENCE

Yu.V.Piatselski

Health and Care Resort Unitary Enterprise «Belprofsoyuzkurort», 21, Pobediteley Ave., 220126,Minsk, Republic of Belarus

Rationale is given in this article for development of new organizational mechanism of hospitalization in a regional multidisciplinary hospital using telemedical consulting technologies, work is described on experimental implementation of developed mechanism of planned hospitalization organization through the electronic bureau of hospitalization with function of telemedical consulting. Hospitalization process is presented step by step in form of a model, selecting critical points, through SWOT analysis of hospital management environment, study of primary medical records of 1347 patients hospitalized from 01.07.2013 to 02.09.2013. Analysis of hospital activity from 2014 to 2018 is carried out, increase is detected in specialized inpatient medical care accessibility for population of the region, reflected in a proven increase in hospitalization rates and intensification of hospital beds use. Social effect (expressed in a 1.3-times reduction in time and financial costs of patients in process of planned hospitalization) and economic effect of implementation (102,202.95 rubles in 2018) are calculated. Reserves for improving efficiency of e-bureau of hospitalization with function of telemedical consulting by reducing percentage of refusals in hospitalization due to incomplete pre-hospital examination are identified.

Keywords: hospitalization; telemedical consulting; regional hospital; specialized medical care.

Сведения об авторе:

Петельский Юрий Владимирович; СКУП «Белпрофсоюзкурорт», зам. генерального директора по медицинской части; e-mail: yriypiatelski2@gmail.com.

Поступила 12.09.2019 г.

История медицины

УДК 614.253.1:2-335

ВРАЧ, УЧЕНЫЙ, МЫСЛИТЕЛЬ, КОТОРЫЙ ПРИНАДЛЕЖИТ ВСЕМУ ЧЕЛОВЕЧЕСТВУ

Н.Н.Пилипцевич, Т.П.Павлович, А.Н.Пилипцевич

Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

В 1980 г. по решению ЮНЕСКО человечество отметило 1000-летие со дня рождения Ибн Сины. В декабре 2013 г. в Республике Беларусь проведена международная конференция, посвященная вкладу Ибн Сины в теорию и практику врачевания. Достойны подражания настоятельная потребность великого ученого познавать новое, изучать человека, оценивать состояние его здоровья, разрабатывать приемы и методы диагностики и лечения. Вызывает уважение умение нести высокое звание врача, душевное тепло, надежду, быть личностью, всегда открытой, доступной, вселяющей в больного уверенность в завтрашнем дне.

Ключевые слова: Ибн Сина (Авиценна); вклад в теорию и практику врачевания.

Введение. В 1951 г. Всемирный совет мира обратился к народам планеты с призывом провести празднование тысячелетия со дня рождения Ибн Сины. В обращении отмечено, что вся его деятельность «… основана на требованиях истины и разума, … благодаря значению творчества и трудов, он принадлежит всему человечеству».

По древнему обычаю народов Средней Азии в имя новорожденного вкладывались смысловое религиозное содержание, доброе пожелание, чаяние на счастливую долгую жизнь. Ибн Сина родился в 980 г. недалеко от Бухары. Его полное имя: Абу Али ал-Хусейн (*порядочный, искренний, отзывчивый*) ибн Абдаллах (*раб божий*) ибн ал-Хасан (*красивый, хороший*) ибн Али ибн Сина. В Европе он был прославлен под латинизированным именем Авиценна. Под этим именем он многим известен и теперь.

Начальный путь познания – приобретения знаний, формирования научных интересов – Ибн Сины положен в Бухаре, одном из наиболее крупных и культурных центров мусульманского Востока, столице государства Саманидов. В то время – конец X века – это государство успешно развивалось. Бухара была местом собрания выдающихся людей эпохи, центром литературной, научной и богословской жизни. Когда сюда переехала семья, Ибн Сине исполнилось пять лет. С этого возраста началось и продолжалось в течение десяти лет его образование в мусульманской школе. Изучал Коран, светские и гуманитарные науки. Проявил себя способным учеником. Одним из основных учителей была книга. К десяти годам свободно писал, читал, сочинял стихи, знал наизусть Коран.

В планомерном обучении Ибн Сины, раннем раскрытии интеллектуальных способностей, развитии прилежания к наукам, огромную роль сыграл его отец Абдаллах ибн Хасан, чиновник финансово-податного ведомства, человек состоятельный и образованный.

С пятнадцатилетнего возраста обучение продолжалось на дому под началом приходящих учителей. Постигал дисциплины: законоведение, логику, философию, астрономию, физику, геометрию, математику, географию и др. Самостоятельно готовился по естествознанию, астрономии, богословию, медицине. В шестнадцать лет изучал мусульманское законоведение.

В биографии Ибн Сины, пересказанной им о первой половине своей жизни и записанной его учеником Абу-Убейд ал-Джузджани, указывается, что многие тонкости науки ему приходилось постигать самостоятельно, так как «…учитель не в состоянии обучать меня». Ряд задач Ибн Сине давались легче, чем учителю: «…много было таких вопросов, которые он до того не знал и научился им от меня». Необходимо упомянуть, что ученик Ибн Сины Ал-Джуз-

джани в последующем стал его помощником и другом, до конца жизни учителя они не разлучались. Вторую половину биографии Ибн Сины Ал-Джузджани увековечил в записи по собственным наблюдениям в течение 25 лет при совместном с ним пребывании.

В жизни Ибн Сины был такой напряженный период, когда он день и ночь посвящал себя чтению. «Засыпая, я чувствовал, что и во сне мой ум бредил изучаемым предметом и, просыпаясь, я видел, что некоторые темные вопросы разъяснились. …Так продолжалось до той поры, пока я окончательно не окреп во всех науках и стал разбираться в них в меру человеческих возможностей» [1; 2].

В этих словах и последующей, также заимствованной из биографии Ибн Сины характерной информации важно обратить внимание на его настойчивость, в основе которой внутренняя неисчерпаемая потребность одаренного от природы человека познать научную истину.

Очередным трудным этапом в самообразовании Ибн Сины было изучение «Метафизики» Аристотеля. По Аристотелю, метафизика – то, что после физики, учение о первопричинах или высших причинах бытия, которые составляют предмет мудрости, это форма (сущность, суть бытия, «что это есть?»), материя («из чего?»), цель («ради чего?»), перводвижитель («откуда начало движения?»), метафизика разъясняет различия между возможностью и действительностью [3]. В биографии Ибн Сины сказано: «Я не мог понять ее смысла, хотя 40 раз прочел книгу, знал ее наизусть и уже отчаивался, когда-либо постигнуть ее». Помог случай. Книготорговец предложил купить у него книгу. Это было сочинение ал-Фараби «Комментарии к Метафизике». Поразительным оказался результат ее изучения: «Двери мыслей раскрылись передо мной, и с ее помощью я понял ту, которую знал наизусть». Ибн Сина, по его словам, понял Аристотеля.

Ал-Фараби (872–950) – врач и философ. Его перу принадлежит трактат «Теоретическая и практическая медицина». Заслугой является ознакомление ученых Европы с учением Аристотеля.

Отметим еще раз: стремление Ибн Сины прирастать знаниями было его внутренней потребностью в течение всей жизни.

Первые успехи в медицине. К медицине Ибн Сина имел природную склонность. Ее укреплению благоприятствовал также расцвет врачевания в государствах Средней Азии. Сложившаяся там, по тем временам, обстановка способствовала развитию медицинской науки и практики. Выросли собственные врачебные кадры. Их число прибавлялось в связи с притоком ученых-врачей из Византии, где, по повелению императора Константина – ярого противника медицинского просвещения народа, закрылись многие медицинские школы и библиотеки.

Учителями медицины Ибн Сины были талантливые врачи. Знания ему давались легко. Сам он так вспоминал о начале и успехах своего врачебного образования: «…вскоре во мне пробудилась склонность к медицине, и я взялся за изучение посвященных ей сочинений, …медицина нетрудная наука, в короткое время мое искусство в этой области достигло таких пределов, что многие из известнейших врачей того времени учились у меня медицинским знаниям, … было мне в ту пору шестнадцать лет».

Можно по-доброму завидовать природному дару Ибн Сины, одновременно, нельзя не поверить великому врачу средневековья, когда он, свидетельствуя о собственных возможностях обучения, познания, лечения, подтверждал это своими делами. Сегодня обоснованно сложилось четкое представление, что медицина в ее нынешнем объеме, содержании, глубине достижений, стремительности и последовательности развития требует усидчивости, прилежания, соображения, глубины проникновения, душевной доброты. Все это реально присутствует, несомненно, представляя собой серьезную науку и столь же ответственную практику. Во все времена данная составляющая по-прежнему остается актуальной, прирастает в своей социальной значимости, ведь здоровье, как известно, – общечеловеческая ценность, котируется выше политических, экономических, религиозных и других приоритетов.

С целью приобретения практических навыков в лечении, Ибн Сина бесплатно принимал больных. Как отмечено выше, уже в 16 лет обратил на себя внимание своими успехами во врачевании, приобрел широкую известность. В возрасте 17 лет излечил правителя Бухары, страдавшего от болезни, с которой не в силах были справиться придворные лекари. В виде награды попросил позволения пользоваться его библиотекой, одной из богатейших по собранию классической литературы тогдашнего Востока. С большим интересом и пониманием он изучал труды ученых медиков древней Греции, Рима, Египта, Византии – Аристотеля, Гиппократа, Галена, Гераклита и др. О своей напряженной работе и ее результатах Ибн Сина вспоминал: «…Я прочитал эти книги, извлек из них пользу и понял значение каждого человека в его науке, … когда я достиг восемнадцати лет я окончил изучение всех этих наук» [1; 4]. Тогда же он стал автором первых самостоятельных трактатов.

Важно представлять, что в таком подведении итога речь касалась изучения доступных материалов на указанный им собственный возраст. Как известно, великое творчество Ибн Сины как ученого-энциклопедиста еще впереди. К сожалению, библиотека вскоре сгорела. Завистники утверждали, что это дело рук самого Ибн Сины, чтобы почерпнутые им из уникальных книг знания не были доступны для других.

Скитания по жизни. Ибн Сина в течение всей своей жизни был свидетелем нескончаемых междо-

усобиц и нашествий. На его глазах в начале XI века в Бухаре переменилась власть, замедлилось развитие, потускнела слава города и государства, начались бунты. При новом правителе, султане Махмуде, к Ибн Сине сложилось недоброжелательное отношение, перешедшее в преследование. Он вынужден был покинуть Бухару, переезжал из города в город, жизнь превратилась в сплошную миграцию, и еще раз ступить на родную землю до конца жизни ему так и не довелось.

На 21-м году жизни (1001 г.) Ибн Сина остановился в столице Хорезма Гургандже, – восходящем культурном и экономическом центре Востока, стоящем в стороне от политических бурь. Здесь встретил людей, близких себе по духу. Шах Мамун основал в Гургандже «Общество ученых», своеобразную «академию», в литературе именованную его именем. Во главе ее стоял гениальный хорезмиец ал-Бируни (973–1048). Приглашенный в члены этого «Общества» Ибн Сина оказался в окружении выдающихся философов, ученых, историков, поэтов, представителей разных народов Средней Азии. С ал-Бируни его сблизили потребности в постижении новых научных знаний. Эти два гениальных ученых дополняли друг друга. В равной степени их интересовали астрономия, геология, математика. В других отраслях знания – медицина, биология, философия – Ибн Сина был сильнее [5; 6].

Пребывание Ибн Сины в «Обществе» совпадает с расцветом его научной деятельности. Многочисленные научные труды касались разнообразных отраслей знаний: философии, математики, физики, астрономии, химии и др.

История сохранила свидетельства дружеских контактов, научных споров Ибн Сины со многими передовыми людьми того времени. В порядке подтверждения возьмем его интеллектуальный обмен мнениями и оценками с философом Абу Саидом. Про Ибн Сину он, в частности, сказал: «То, что я постигаю наитием, он знает». Примечателен встречный аргумент: «То, что он видит, я объясняю» [5; 6].

Ибн Сина сформировался как ученый в Бухаре и Гургандже. Высокая по тому времени культура народов Средней Азии, скитания по городам, княжествам, годы напряженной работы способствовали приобретению нового знания, расширяли кругозор.

В Гургандже Ибн Сина прожил около семи лет. К концу второго десятилетия XI века размеренный ход напряженной плодотворной работы был прерван вмешательством более сильного в военном отношении, чем Мамун, султана Махмуда. Он потребовал отправить выдающихся ученых в Бухару, к его двору, чтобы «также иметь честь воспользоваться их беседой». Опасно было ослушаться грозного завоевателя. Некоторые из них покорились, Ибн Сина отказался. Султану он отправил ответ следующего содержания: «Когда я стал велик, то ни один город, ни одна страна не оказались в состоянии дать мне пристанище; когда безмерно возросла моя цена, то не нашлось для меня покупателя». В этом ответе торжество справедливого чувства собственного достоинства, признак силы духа и смелости великого человека. Тем не менее, властелин Гурганджа, боявшийся султана Махмуда, приказал ученому покинуть город.

Ибн Сина, уклоняясь от сомнительного «приглашения» и зная мстительность и жестокость султана, предвидел скорые для себя преследования. Подтверждением стали непредсказуемые превратности всей последующей жизни.

Султан повелел размножить портрет Ибн Сины в сорока экземплярах, разослать по городам, найти его и доставить к нему. Переодевшись в одежду дервиша (нищего), тайно ночью Ибн Сина бежал через пески Каракумов в Иран. С этих пор, преследуемый, он до конца жизни скитался из города в город, из одного феодального княжества в другое.

Жил в Гургане, на южном побережье Каспийского моря. Один из местных поклонников науки поселил ученого в специально купленном для него доме. Ежедневно навещавший его ученик ал-Джузджани, под диктовку учителя, фиксировал создаваемые им трактаты. В гурганский период жизни (1012–1014) было положено начало его работы над «Каноном врачебной науки».

Преследования эмира заставляют Ибн Сину вновь пускаться в путь. Он приводит его в города Рей, Хамадан, Исфахан, расположенные на территории нынешнего Ирана.

В городе Рей находился недолгое время. В Хамадане жизнь продолжалась с 1015 по 1024 год. За успешное лечение правителя Ибн Сине был пожалован пост визиря (первого министра). Однако, в ситуацию вмешался случай. Долгое время войска не получали обусловленной платы. Обвинили в этом Ибн Сину, подняли против него восстание, разгромили дом, требовали казни. Правитель Хамадана спас Ибн Сину, но от обязанностей визиря вынужден был освободить. 40 дней пришлось скрываться. Очередной приступ тяжелой болезни правителя вынудил найти Ибн Сину, восстановить в прежней должности, определить при себе с тем, чтобы лечил его. В 1021 г. правитель умер. Смена власти обернулась для Ибн Сины четырехмесячным заточением в крепость. Все это время продолжалась работа над «Философской энциклопедией».

После освобождения из крепости, безопаснее было переменить место своего нахождения. На этот раз путь его привел в Исфахан. Здесь, в сравнительно благоприятных для работы условиях прошли последние годы жизни Ибн Сины (1024–1037). Они были самыми плодотворными. Он завершил свои энциклопедические творения «Канон врачебной науки», «Книгу исцеления», создал другие важные философские произведения: «Книгу спасения», «Книгу зна-

ния», «Книгу указаний и примечаний», «Восточную философию», «Книгу справедливого разбирательства».

Но вновь на его жизненном пути встает на этот раз «тень» султана Махмуда. Под управлением преемника последнего на Исфахан были произведены неоднократные военные набеги. Новое господство утверждалось изуверскими расправами над «еретиками». В одном из таких нашествий были разграблены книги Ибн Сины, некоторые безвозвратно потеряны.

Судьба уготовила ему еще одно, последнее в жизни, «путешествие» – из Исфахана в Хамадан. Многолетние лишения и тревоги подорвали здоровье Ибн Сины. В пути его настигла болезнь. Попытки излечиться оказались безуспешными. Тяжесть своего состояния Ибн Сина оценил следующим образом: «Управитель, что ведал доселе моим телом, управлять отныне не способен – во врачевании теперь нет проку». Реально оценивая тяжесть своего состояния, он пренебрег дальнейшим лечением. Ибн Сина умер вскоре после прибытия в Хамадан, в 1037 г., на 58-м году жизни [6].

Так складывались для Ибн Сины обстоятельства: то судьба возносила его на пост визиря – первого сановника государства, то опускала в тюремное подземелье, грозила топором палача. Постоянным, независимо от сложностей и трудностей бытия, являлся целеустремленный труд. Эту сторону его жизни подчеркивали все писавшие о нем авторы. В раскладе его рабочего дня упоминаются: с ранним рассветом занятия научным трудом, прием больных утром, днем исполнение обязанностей визиря, занятия с учениками, до поздней ночи продолжение научных занятий.

О личности Ибн Сины. Человек необычной, трудной судьбы, полной борьбы, треволнений, трудов, славы. Вольнодумец по устремлению, смелости, поведению, силе мысли, боец и участник идеологических битв эпохи. Жил интересами своего времени. Утверждал, вопреки Корану, что мир не сотворен, а вечен. Вел себя «вызывающе» по отношению к вину, запрещенному мусульманской религией. Представители правоверного ислама считали его еретиком и безбожником, подвергали преследованию. Свое отношение к религии выразил в следующих словах: «Сильнее моего безбожия не было веры на свете».

Во главу познания он ставил наблюдение и опыт. Ученый-исследователь, одержимый постижением нового, стремлением к энциклопедическому охвату всех современных ему отраслей знания, областей культуры [6]. Сумел в них творчески проявить себя. Труды поражают обилием и разнообразием литературных источников, обилием взятого из жизни, подвергнутого научной обработке материала. Открытия, правильные решения, догадки на основании установленных фактов делали честь его проницательности. Являясь обладателем огромных знаний, считал, что их ему недостаточно.

Ибн Сина своей семьи не имел. Насколько возможно, эту «пустоту» компенсировали ученики.

Отличался тонкой наблюдательностью, феноменальной памятью, остротой мысли. Человек настроения, натура эмоциональная, нередко импульсивная. Равнодушно относился к представлениям о нем, как мудреце, шейхе-наставнике, визире, советнике эмира.

Обладал величайшей работоспособностью. Творил днем, ночью, в любой обстановке: дома, скрываясь от преследователей, в заточении, в пути.

Большинство работ написано на арабском языке. В то время этот язык играл такую же роль, как латынь в Европе, – роль общепринятого научного языка. Творческое наследие подкупает глубиной суждений, независимостью мышления. В нем имеются естественнонаучные и философские трактаты, стихи, поэмы о логике, медицине, душе. Категорически выступал против объяснения таинственных явлений вмешательством потусторонних сил. Отвергал воскрешение мертвых. Призывал лечить больного, а не болезнь, рассматривал организм человека и нарушения, возникающие в нем, во взаимодействии с окружающей его средой, придавал огромное значение ведущей роли нервной системы. Считал, как и Платон (428–347 до н.э.) и ал-Фараби, что идеальное государство должны возглавлять философы. Платон, кстати, утверждал, что больше других этой роли соответствуют философы-врачи.

Умирал в полном сознании, все свое имущество раздал бедным, рабов отпустил на свободу.

«Жизнь» после жизни. В древности высоко ценили правильность мышления врача. Признанием его профессионализма была такая трактовка – «богу подобен врач-философ». В то же время, в течение многих веков, в ряде государств по отношению к прогрессивным мыслителям церковное мракобесие доходило до безрассудства. Пресекалось все, что не вписывалось в религиозные догмы. Сошлемся, в подтверждение, на такой факт, – в 1160 г. в Багдаде по приказу халифа был сожжен трактат Ибн Сины «Книга исцеления».

Библиография трудов Ибн Сины насчитывает 450, по другим сведениям – 276 названий, сохранилось 240. Некоторые из работ были написаны для широкого к ним доступа, иные, более откровенные, для небольшого круга единомышленников. Самыми значительными были его работы в области медицины и философии, прежде всего получивший мировую известность энциклопедический «Канон врачебной науки» и «Книга исцеления» [1; 3; 5; 6].

Следующая часть данной статьи посвящена мудрому слову великого ученого и целителя, сказанному им в «Каноне» [1; 9]. В течение многих веков «Канон» был обязательным руководством при изучении

медицины в странах Востока (на арабском языке) и в европейских университетах (на латинском языке). На латинском языке в течение нескольких веков он переиздавался около 30 раз. По сей день это фундаментальный труд: о человеке, его болезнях, их диагностике, лечении с учетом воздействия среды обитания. Он охватывает вопросы анатомии, физиологии, патологии, терапии, лекарствоведения, гигиены, диететики и т.п. Важно отметить, что многие открытия ученого получили признание только несколько столетий спустя. Кратко представим вклад ученого в медицинскую науку.

Разгадка тайны глаза. До Ибн Сины считалось, что глаз видит благодаря тому, что из него исходят лучи, отражаясь от предмета они дают изображение. Ученый доказал, что изображение предмета дает сетчатка. Современная наука это подтверждает.

О взаимосвязи психического и соматического. Ибн Сина объяснял психическое нездоровье следствием физического недуга. Протестовал против объяснения психической болезни наличием потусторонних сил – демонов, ведьм. Как известно, такие заблуждения в течение многих веков были причиной сожжения на кострах десятков тысяч людей.

Диагностика посредством перкуссии. Ибн Сине по праву принадлежит авторство открытия этого метода, – он «знал» перкуссию. В «Каноне» сказано: «…с помощью постукивания различают «бурдючную» и «барабанную» водянку». Почти через восемь веков пальма первенства данного открытия отдана венскому врачу Л.Ауэнбруггеру, опубликовавшему в 1761 г. работу «Новый способ, как путем выстукивания грудной клетки человека обнаружить скрытые внутри грудной полости болезни».

О пище и питании. В «Каноне» зафиксированы такие наблюдения автора: «Пища начинает перевариваться благодаря жеванию, … так как поверхность желудка является продолжением поверхности рта». Эти новые знания реально стали всеобщим достоянием только несколько столетий спустя.

Чаще за истину принимали то, что утверждали древние. Преодолеть авторитет древних авторов (Гиппократа, Галена) было весьма трудным делом. Требовалось доказывать, что осмотр человеческого тела дает больше информации, чем текст Галена. Наглядный тому пример. По Галену челюсть человека состоит и двух частей. Обследование скелетов погибших от голода не похороненных людей явилось свидетельством, что челюсть состоит из одной кости. Данное открытие было равносильно святотатству, ибо «Гален не мог ошибаться».

Еще один подобный пример. Непререкаемым было утверждение Аристотеля, что нервы исходят из сердца. Одному из приверженцев такого знания на анатомическом материале убедительно было показано, что они свое начало берут из мозга. Реакция на это неоспоримое доказательство удивительная: «Вы все это показали так ясно и убедительно, что не будь в тексте Аристотеля сказано прямо противоположное, я должен был бы согласиться с Вами».

В то время на Востоке одним из условий, способствующих успешной врачебной работе, расширению научного кругозора Ибн Сины в медицине, было строительство больниц. Их возникновение обусловливалось необходимостью, связанной с ростом городов, увеличением людского потока, транспортного и торгового сообщения между ними, скученностью людей, частотой и масштабами эпидемий и др. Больницы предназначались для изоляции инфекционных больных, помощи ослабевшим/заболевшим путникам, для приюта престарелых и увечных людей.

Появление больниц сказалось улучшением подготовки врачей. Стала более доступной возможность наблюдать многообразие проявлений клинических форм заболеваний.

Подход к больному. По мнению Ибн Сины, к каждому он должен быть особым: «…каждый отдельный человек обладает особой натурой, присущей ему лично». Спустя много веков эта позиция сохраняет свое значение в медицине.

Слово о единстве человеческого организма. В подтверждение данной позиции сошлемся только на один убедительный и наглядный пример из «Канона»: «часть руки не есть рука, …рука, отделенная от тела, лишь по названию рука». Отметим, весь материал «Канона» является свидетельством убежденности автора в целостности человеческого организма.

Внутренняя медицина. В посвященной ученому литературе указывается, что все ее разделы были обогащены Ибн Синой. Множество открытий в области внутренних болезней описаны им с высокой тонкостью диагностики, точностью клинической картины болезней. Это свидетельство необычайной наблюдательности ученого, его таланта выявлять по еле заметным признакам болезнь. Через века сохраняется жизненность его метода, опирающегося в своей основе на опыт и эксперимент. Например, картина туберкулеза представлена им так полно, что на протяжении столетий мало что к ней прибавилось. Техническая вооруженность медицины и разработка современных поколений лекарственных средств позволила сделать шаги вперед в борьбе с этой патологией.

О передатчиках инфекционных заболеваний. Ибн Сина высказал мысль о невидимых возбудителях болезней. Определял возможность заразиться чумой, оспой, корью и др. через воздух, воду, почву. Правильной была его рекомендация кипятить воду.

Питание. Детально Ибн Синой разработан этот раздел отдельно для детей, взрослых, людей преклонных лет. Ценным и оправданным в последующих поколениях явилось его предложение рассматривать

пищевые продукты как лекарства и лечиться при соблюдении определенного режима питания.

В «Каноне» даются указания относительно гигиены жилища, одежды.

В хирургическом разделе «Канона» описаны операции камнесечения, трахеотомии, лечение ран и травм и др. Для обработки ран Ибн Сина рекомендовал применение вина.

Лекарства. Ибн Сина описал несколько сот лекарственных средств растительного, животного и минерального происхождения. В большинстве случаев он давал характеристику лекарства и сырья, из которого оно получено, способ изготовления и способ применения. Некоторые из них прочно вошли в фармакопею, применяются по настоящее время. В «Каноне» уделяется много внимания правилам изучения действия лекарств. Рекомендуется предварительно испытывать лекарства на здоровом человеке, перед тем, как применять его на больном.

Для лечения сифилиса Ибн Сина применял ртуть. Им описаны проявления ртутного стоматита. Соединения металлов употреблял в качестве внутренних и наружных средств.

Использовал также физические методы лечения – водой, солнцем, воздухом.

Охрана здоровья. Особое значение в сохранении здоровья Ибн Сина предоставлял физическим упражнениям, правильному режиму питания и сна. Физические упражнения он называл «самым главным условием» сохранения здоровья. За ним, по весомости, ставил режим питания и режим сна. В «Каноне» сказано, что если заниматься физическими упражнениями, то нет никакой нужды в употреблении лекарств при условии соблюдения всех прочих предписаний нормального режима.

Основа искусства охраны здоровья состоит в соразмерности влияющих причин. Их семь: поддержание гармоничности телосложения; выбор пищи и режим питания; очищение тела от всего излишнего; сохранение равновесия между органами тела; чистота того, что «втягивается ноздрями»; чистота одежды и всего, с чем тело соприкасается; уравновешенность телесной и душевной жизни, к которым относятся сон и бодрствование.

Все сказанное – это система, где в кратчайшей форме изложены законы здоровья, перечислены внешние и внутренние силы и причины, влияющие на его сохранение.

Вклад в педиатрию. Как врач и педагог, Ибн Сина с полным правом может быть отнесен к числу основоположников науки о здоровье ребенка. Многие его мысли о воспитании детей привлекают глубиной, гуманностью: «Необходимо, чтобы внимание было направлено на улучшение характера ребенка, чтобы ему были чужды сильный гнев, острый страх, угрюмость в обращении, …чтобы с самого раннего детства душа ребенка знала только одни хорошие движения, чтобы у него вырабатывался твердый и неизменный характер» [7; 8].

Два примера из других отраслей знания.

Взгляд на горообразование – прямой вызов Корану, спустя много веков его идеи были положены в основу геологии, Ибн Сину назвали «отцом геологии».

Изыскания в химии – во многих разделах химии Ибн Сина первым высказал правильные, впоследствии вошедшие в науку взгляды. Они были столь значительными, что его и в данной области определили основоположником – «отцом химии».

Заключение. Ибн Сина оставил заметный след в медицине, философии, других науках. Его прославленный труд – «Канон врачебной науки» – формировал медицинское мышление многих поколений врачей. В нем обобщены важнейшие достижения по теоретической и клинической медицине арабо-персидской, греко-римской, александрийской, византийской и других медицинских школ. Более шести веков «Канон» служил главным медицинским руководством в университетах Европы, стал медицинской энциклопедией для всех стран мира. Огромен его личный вклад в теорию и практику медицины. Многие его рекомендации по профилактике заболеваний, сбережению здоровья до сих пор сохранили свою актуальность, являются ценными во врачевании, востребованы населением.

Почетнейшие титулы сопровождали его имя на протяжении многих столетий. На Востоке: ««аш-Шейх» – мудрец, духовный наставник или «ар-Раис» – глава, правитель. На Западе: «Князь философов» «Князь врачей». У него было еще одно почетное звание «Худжат аль-Хак», то есть «Авторитет Истины». Американский ученый Гильфорд Хавзер назвал Гиппократа «отцом», а Ибн Сину – «солнцем медицинского мира». Ему первому принадлежит предположение о существовании мельчайших невидимых существ, играющих роль в передаче и распространении инфекции.

Признание заслуг Ибн Сины в разных отраслях знания символично запечатлено в памятнике-мавзолее над его могилой в Хамадане (Иран). В архитектуре памятника 12 устремившихся ввысь колонн. Они символизируют 12 основных отраслей знаний того времени, которыми в совершенстве овладел великий ученый.

Литература

1. Абу Али ибн Сина (Авиценна) Канон врачебной науки. Книга 1. Издание второе. – Ташкент: «ФАН», 1981. – 550с.
2. *Занд, М.* Жизнеописание Абу Али Хусейна ибн Абдаллаха ибн Сины / М.Занд // Альманах «Литературный Таджикистан». – Кн.5. – Сталинабад, 1953. – 134 с.
3. *Ахмедов, Б.А.* Эпоха Ибн Сины / Б.А.Ахмедов // Абу Али ибн Сина: к 1000-летию со дня рождения. – Ташкент, 1980. – С.6–26.

4. Метафизика (Аристотель). – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%B0%D1%84%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BA%D0%B0_(%D0%A0%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C). – Дата доступа: 27.11.2019.
5. *Сагадеев, А.В.* Ибн Сина (Авиценна) / А.В.Сагадеев. – М.: «Мысль», 1980. – 239 с.
6. *Петров, Б.Д.* Ибн Сина – творец «Канона» / Б.Д.Петров // Очерки истории отечественной медицины. – М., 1962. – С.149–204.
7. *Петров, Б.Д.* «Канон» Авиценны о здоровье детей / Б.Д.Петров // Педиатрия. –1952. – №5. – С.63–67.
8. Медицина. Медицина военная. Оттиски статей из 17 тома Большой медицинской энциклопедии. – М.: «Советская энциклопедия», 1960. – С.117–119.
9. Абу Али ибн Сина – выдающийся врач, ученый, энциклопедист. – Ташкент: «Медицина», 1980. – 179 с.

PHYSICIAN, SCIENTIST, THINKER WHO BELONGS TO ALL HUMANITY

N.N.Piliptsevich, T.N.Pavlovich, A.N.Piliptsevich

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

According to UNESCO decision, humanity celebrated the thousandth anniversary of Ibn Sina in 1980. International conference on Ibn Sina's contribution to theory and practice of medicine was organized in Belarus in December, 2013. Great scientist's urgent need to learn more, to study of human, to evaluate human health status, to develop diagnostic and treatment techniques and methods have been exemplary. His ability causes respect to raise status of physician, to bring emotional warmth, hope, to be always open person, who fills patient confidence for the future.

Keywords: Ibn Sina (Avicenna); contribution to theory and practice of medicine.

Сведения об авторах:

Пилипцевич Николай Николаевич, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 6898780; e-mail: ozz@bsmu.by.

Павлович Татьяна Петровна, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 1768817; e-mail: ozz@bsmu.by.

Пилипцевич Андрей Николаевич, канд. мед. наук; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общей врачебной практики; тел.: (+37529) 1898941; e-mail: ovp@bsmu.by.

Поступила 28.11.2019 г.

Юбилеи

НИКОЛАЙ НИКОЛАЕВИЧ ПИЛИПЦЕВИЧ
(к 75-летию со дня рождения)

28 марта 2020 г. исполнилось 75 лет Пилипцевичу Николаю Николаевичу – известному организатору здравоохранения, доктору медицинских наук, профессору кафедры общественного здоровья и здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Николай Николаевич – выходец из крестьян, уроженец Припятского Полесья. Школьное обучение завершил в 1963 г., тогда же поступив в Минский медицинский институт. Получая медицинское образование, два последних курса заканчивал слушателем военно-медицинского факультета при Куйбышевском медицинском институте. В течение последующих четырех лет (1969–1972 гг.) проходил службу в должности врача части – начальника медицинского пункта войсковой части в г. Сызрань.

В 1972 г. поступил в адъюнктуру при кафедре организации и тактики медицинской службы Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в Ленинграде. По окончании адъюнктуры защитил кандидатскую диссертацию на специальную тему.

С 1975 по 1989 г. Н.Н.Пилипцевич проходил службу в должностях преподавателя, начальника цикла военной кафедры Саратовского медицинского института. Там же в 1984 г. ему было присвоено ученое звание доцента. С 1989 по 1992 г. возглавлял курс медицинского обеспечения войск в Военной академии тыла и транспорта Министерства обороны СССР (России) в Ленинграде (Санкт-Петербурге).

Параллельно с педагогической деятельностью Николай Николаевич продолжал активно заниматься научными исследованиями. В 1990 г. защитил докторскую диссертацию, в 1992 г. ему присвоено ученое звание профессора.

За заслуги в военной службе, успехи в научной и педагогической деятельности награжден восемью медалями, в том числе медалью «За безупречную службу» I, II, III степени, почетными грамотами, нагрудным знаком Министерства высшего и среднего образования СССР «За отличные успехи в работе».

В 1992 г. полковник медицинской службы Н.Н.Пилипцевич завершил службу в Вооруженных силах, вернулся на родину, в Беларусь. Продолжил научно-педагогическую деятельность в должностях заведующего кафедрой, профессора кафедры общественного здоровья и здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет». Возглавил на кафедре аспирантуру по общественному здоровью и здравоохранению, проведение комплексных медико-социальных исследований здоровья граждан, организации медицинской помощи населению Республики Беларусь. Ряд исследований посвящены вопросам педагогики, истории медицины Беларуси.

С 1997 по 2002 г. Н.Н.Пилипцевич – директор ГУ «Белорусский центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики

здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Беларусь (БЕЛЦМТ). Кафедрой в эти годы руководил на общественных началах. Одновременно являлся главным редактором журналов «Вопросы организации и информатизации здравоохранения», «Медико-биологические аспекты аварии на Чернобыльской АЭС», «Международные обзоры по медицинским технологиям и лечебной практике».

С непосредственным участием Н.Н.Пилипцевича разработаны новая редакция Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (2002 г.), Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь, другие основополагающие документы, проводилась работа по информатизации отрасли. Работая в БЕЛЦМТ, Николай Николаевич был координатором ряда международных проектов по изучению медицинских последствий катастрофы на ЧАЭС.

Н.Н.Пилипцевич – член специализированного ученого совета по защите диссертаций. Под его руководством защищены докторская и 8 кандидатских диссертаций. Автор 210 научных работ, трех монографий, двух учебников.

Свое 75-летие Н.Н.Пилипцевич встречает в расцвете творческих сил, окруженный уважением коллег и студентов.

Коллектив кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета, редакционный совет журнала «Вопросы организации и информатизации здравоохранения» сердечно поздравляют юбиляра, желают ему крепкого здоровья, активного долголетия, плодотворной дальнейшей работы.

Мониторинг национальной правовой базы по здравоохранению

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

(декабрь 2019 г. – февраль 2020 г.)*

1. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 декабря 2019 г. №1426** «Об изменении приказа Министерства здравоохранения»:

внесены изменения и дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 сентября 2019 г. №1085 «О создании рабочих групп»:

изложено в новой редакции приложение к приказу «Состав рабочих групп по подготовке заявок на закупку медицинского оборудования (не монтируемое) и изделий медицинского назначения для объекта №10.10 «РНПЦ «Мать и дитя». Реконструкция отделения анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии для новорожденных»;

приказ дополнен приложением 2 «Медицинское оборудование и изделия медицинского назначения. Объект №10.10 «РНПЦ «Мать и дитя»». Реконструкция отделения анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии для новорожденных».

2. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 декабря 2019 г. №1432** «О составе комиссии по чрезвычайным ситуациям Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

утвержден состав комиссии по чрезвычайным ситуациям Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

3. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 декабря 2019 г. №1433** «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.11.2012 №1327»:

утвержден прилагаемый состав комиссии по установлению статуса гражданам, пострадавшим от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий;

признаны утратившими силу:

приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.11.2012 №1327 «Об утверждении Положения о комиссии по установлению статуса гражданам, пострадавшим от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, ее составе и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.01.2016 №12 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.11.2012 г. №1327»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.07.2016 №701 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.11.2012 г. №1327»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.08.2018 №832 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.11.2012 г. №1327»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.03.2019 №320 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.11.2012 г. №1327».

4. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 декабря 2019 г. №111** «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2018 г. №92»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2018 г. №92 «Об установлении перечня лекарственных средств белорусского (российского) производства,

---

* *Материалы раздела подготовили Н.Е.Хейфец, Е.Н.Хейфец*

обязательных для наличия в аптеках всех форм собственности, осуществляющих розничную реализацию лекарственных средств».

5. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 декабря 2019 г. №112** «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 сентября 2005 г. №35»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 сентября 2005 г. №35 «Об утверждении номенклатуры организаций здравоохранения».

Данное постановление распространяет свое действие на отношения, возникшие с 21 июня 2019 г.

6. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 декабря 2019 г. №1444** «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 января 2019 г. №78»:

внесены изменения в План Министерства здравоохранения Республики Беларусь по реализации пунктов 25, 28, 32 приложения 5 «Профилактика ВИЧ-инфекции» государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 января 2019 г. №78.

7. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 декабря 2019 г. №1447** «О совершенствовании оказания специализированной медицинской помощи детям с нефрологическими заболеваниями»:

утверждены:

порядок оказания специализированной медицинской помощи детям с нефрологическими заболеваниями согласно приложению 1;

Положение о Республиканском центре детской нефрологии и заместительной почечной терапии согласно приложению 2.

8. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 декабря 2019 г. №1450** «О создании рабочей группы»:

приказано создать рабочую группу для разработки инструкции по лабораторной диагностике сифилиса в прилагаемом составе.

9. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 декабря 2019 г. №1462** «О создании рабочей группы»:

утвержден состав рабочей группы по подготовке новой редакции протоколов диагностики и лечения пациентов с заболеваниями ортопедо-травматологического профиля согласно приложению 1.

10. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 декабря 2019 г. №1471** «О проведении в 2020 г. аттестации руководителей государственных организаций, контракты с которыми заключаются Министерством здравоохранения Республики Беларусь»:

утверждены составы аттестационных комиссий:

по проведению аттестации руководителей государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, согласно приложению 1;

по проведению аттестации руководителей учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор, согласно приложению 2;

утвержден график проведения в 2020 г. аттестации руководителей государственных организаций, контракты с которыми заключаются Министерством здравоохранения Республики Беларусь, согласно приложению 3.

11. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2019 г. №115** «Об использовании средств семейного капитала на получение медицинской помощи»:

определено, что:

единовременная государственная поддержка, предоставляемая в форме безналичных денежных средств (семейный капитал), может быть использована в Республике Беларусь в полном объеме либо по частям в безналичном порядке:

досрочно на получение платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения (независимо от времени, прошедшего с даты назначения семейного капитала), указанных в абзацах пятом и шестом части третьей пункта 2 Положения о единовременном предоставлении семьям безналичных денежных средств при рождении (усыновлении, удочерении) в 2015–2019 годах третьего или последующих детей, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 9 декабря 2014 г. №572, абзацах пятом и шестом части третьей пункта 2 Положения о предоставлении семейного капитала, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 18 сентября 2019 г. №345;

после истечения 18 лет с даты рождения ребенка, в связи с рождением (усыновлением, удочерением) которого семья приобрела право на назначение семейного капитала, на получение медицинской помощи в соответствии с пунктом 17 Положения;

необходимость в получении платных медицинских услуг при досрочном распоряжении средствами семейного капитала подтверждается заключением врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в получении платных медицинских услуг;

для заключения договора возмездного оказания услуг граждане (представители, законные представители), в отношении которых принято решение о распоряжении (досрочном распоряжении) средствами семейного капитала, обращаются в организацию здравоохранения, в которой им будут оказываться платные медицинские услуги, и предоставляют:

копию решения (выписку из решения) о распоряжении (досрочном распоряжении) средствами семейного капитала, принятого местным исполнительным и распорядительным органом;

заключение ВКК при досрочном использовании средств семейного капитала;

иные документы, необходимые для заключения договора;

организация здравоохранения на основании представленных документов, указанных в постановлении, заключает договор с гражданином (представителем, законным представителем);

для использования средств семейного капитала (в том числе досрочно) на получение платных медицинских услуг граждане (представители, законные представители) обращаются в подразделения открытого акционерного общества «Сберегательный банк «Беларусбанк», осуществляющие операции по вкладам (депозитам) «Семейный капитал», с заявлениями о распоряжении средствами семейного капитала на получение платных медицинских услуг по форме согласно приложению и представляют следующие документы:

документ, удостоверяющий личность;

документ, подтверждающий полномочия представителя или законного представителя;

копию решения (выписку из решения) о распоряжении (досрочном распоряжении) средствами семейного капитала, принятого местным исполнительным и распорядительным органом;

договор;

ОАО «АСБ Беларусбанк» перечисляет денежные средства на счет организации здравоохранения в порядке, установленном Положением;

после перечисления ОАО «АСБ Беларусбанк» денежных средств организация здравоохранения:

обеспечивает своевременное и качественное оказание платных медицинских услуг в соответствии с условиями договора;

возвращает в ОАО «АСБ Беларусбанк» неиспользованные денежные средства, перечисленные на получение гражданином (членом (членами) семьи) платных медицинских услуг, в порядке, установленном Положением, в течение трех рабочих дней с момента подписания документа, удостоверяющего приемку выполненных работ;

выполняет иные обязанности, предусмотренные договором;

признаны утратившими силу:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 марта 2015 г. №24 «О некоторых вопросах оказания организациями здравоохранения платных медицинских услуг, получаемых членом (членами) семьи при досрочном использовании средств семейного капитала»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 апреля 2015 г. №62 «О некоторых вопросах использования средств семейного капитала на получение услуг в сфере здравоохранения».

12. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2019 г. №1483** «О реализации пилотного проекта по оптимизации работы медицинских водительских комиссий»:

утверждена Программа реализации пилотного проекта по оптимизации порядка обязательного медицинского освидетельствования кандидатов в водители механических транспортных средств категорий «А», «АМ», «В» и обязательного медицинского переосвидетельствования водителей механических транспортных средств категорий «А», «АМ» и «В»;

определены в качестве базовых организаций здравоохранения по реализации пилотного проекта:

коммунальное унитарное предприятие «24-я городская поликлиника спецмедосмотров» г. Минска;

учреждение здравоохранения «Столбцовская центральная районная больница»;

коммунальное унитарное предприятие «Поликлиника №7» г. Гомеля.

13. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 декабря 2019 г. №1486** «Об утверждении типового положения о трансфузиологической помощи»:

утверждено прилагаемое типовое положение о трансфузиологической помощи;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.05.2018 г. №519 «Об утверждении форм направления на индивидуальный подбор крови и заявок на кровь, ее компоненты, лекарственные средства из плазмы крови и изделия медицинского назначения».

14. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 декабря 2019 г. №1489** «О создании рабочей группы»:

приказано создать рабочую группу по разработке клинического протокола «Оказание медицинской помощи пациентам с черепно-мозговой травмой (взрослое и детское население)» в прилагаемом составе.

15. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 декабря 2019 г. №1500** «О создании рабочей группы по разработке клинического протокола лечения огнестрельных ранений груди»:

приказано создать в прилагаемом составе рабочую группу по разработке клинического протокола лечения огнестрельных ранений груди.

16. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 декабря 2019 г. №1501** «О создании рабочей группы по разработке клинического протокола лечения огнестрельных ранений живота»:

приказано создать в прилагаемом составе рабочую группу по разработке клинического протокола лечения огнестрельных ранений живота.

17. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 декабря 2019 г. №1503** «О распределении (направлении на работу), направлении в интернатуру выпускников 2020 года учреждений образования, осуществляющих подготовку специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием»:

утверждены:

график проведения предварительного и окончательного распределения (направления на работу), направления в интернатуру выпускников 2020 года учреждений образования, осуществляющих подготовку специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием, согласно приложению 1;

формы отчетов о распределении выпускников согласно приложениям 2–11.

18. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 декабря 2019 г. №1504** «О распределении (направлении на работу) выпускников 2020 года государственных учреждений образования, осуществляющих подготовку специалистов со средним специальным медицинским, фармацевтическим образованием»:

утверждены:

график проведения предварительного и окончательного распределения (направления на работу) выпускников 2020 года государственных учреждений образования, осуществляющих подготовку специалистов со средним специальным медицинским, фармацевтическим образованием, согласно приложению 1;

формы отчетов о распределении выпускников согласно приложениям 2 и 3.

19. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 декабря 2019 г. №1505** «О функционировании Республиканского регистра «Туберкулез»»:

утверждено прилагаемое Положение о порядке функционирования Республиканского регистра «Туберкулез»;

установлено, что:

владельцем Республиканского регистра «Туберкулез» является государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»;

оператором Республиканского регистра «Туберкулез» является государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения»;

пользователями Республиканского регистра «Туберкулез» являются субъекты информационных отношений, получившие доступ к Республиканскому регистру и использующие его в своей деятельности.

20. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2019 г. №1512** «О внесении дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 сентября 2019 г. №1118»:

внесены дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 сентября 2019 г. №1118 «О создании комиссии по подготовке требований заявки на закупку лекарственных средств на 2020 год»:

приказано создать комиссию №29 для разработки требований заявки на закупку лекарственных средств по разделу плана H01 «Гормоны гипоталамуса и гипофиза и их аналоги» (Ланреотид, октреотид);

приказано создать комиссию №30 для разработки требований заявки на закупку лекарственных средств по разделу плана L02 «Противоопухолевые гормональные препараты» (Абиратерон (Энзалутамид)), ингибиторы ароматазы, трипторелин);

внесены дополнения в состав комиссии №13 для разработки требований заявки на закупку лекарственных средств по разделу плана L01 «Противоопухолевые препараты».

21. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2019 г. №1514** «Об организации сотрудничества в области борьбы с инфекционными болезнями»:

приказано уполномочить государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии» в соответствии с административным договором от 30.11.2018 «О сотрудничестве по оказанию материально-технической поддержки между Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Российская Федерация) и государственным учреждением «Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии» (Республика Беларусь)» на получение и передачу изделий медицинского назначения для выделения и идентификации особо опасных и социально значимых бактериальных и вирусных инфекций, расходных материалов для Республики Беларусь в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

утверждено прилагаемое Распределение иностранной безвозмездной помощи изделий медицинского назначения для выделения и идентификации особо опасных и социально значимых вирусных и бактериальных инфекций, расходных материалов, полученных в соответствии с административным договором от 30.11.2018 «О сотрудничестве по оказанию материально-технической поддержки между Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Российская Федерация) и государственным учреждением «Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии» (Республика Беларусь)».

22. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 декабря 2019 г. №121** «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 июля 2012 г. №100»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 июля 2012 г. №100 «Об утверждении Инструкции о порядке взаимодействия главных государственных санитарных врачей при осуществлении государственного санитарного надзора».

23. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 декабря 2019 г. №123** «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2010 г. №92»:

внесены изменения в Инструкцию о порядке заполнения формы 1 здр/у-10 «Медицинская справка о состоянии здоровья», формы 1 мед/у-10 «Выписка из медицинских документов», утвержденную постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2010 г. №92.

24. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 декабря 2019 г. №120** «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2015 г. №117»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2015 г. №117 «Об установлении перечня платных санитарно-эпидемиологических услуг, оказываемых в установленном порядке организациям, физическим лицам, в том числе индивидуальным предпринимателям, органами и учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор, государственными органами и иными государственными организациями, осуществляющими ведомственный контроль в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, медицинскими научными организациями».

25. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 декабря 2019 г. №122** «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июля 2012 г. №105»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июля 2012 г. №105 «О социально-гигиеническом мониторинге».

26. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 декабря 2019 г. №119** «Об утверждении Положения о порядке и условиях проведения государственной санитарно-гигиенической экспертизы»:

утверждено прилагаемое Положение о порядке и условиях проведения государственной санитарно-гигиенической экспертизы;

признаны утратившими силу:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 января 2013 г. №1 «Об утверждении Положения о порядке и условиях проведения государственной санитарно-гигиенической экспертизы»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 декабря 2016 г. №125 «О внесении изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 января 2013 г. №1».

27. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 декабря 2019 г. №1531** «О создании рабочей группы»:

приказано создать в прилагаемом составе рабочую группу по адаптации внутренней платформы Telescope AI, принадлежащей ИООО «ЭПАМ Системз», под задачи аккредитации учреждений здравоохранения;

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», УЗ «Минская центральная районная больница», УЗ «30-я городская клиническая поликлиника», УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер» *определены* в качестве базовых организаций здравоохранения для проведения работ по сбору необходимой информации с обеспечением соблюдения законодательства, регулирующего порядок обращения с соответствующей информацией, и развертыванию прототипа адаптированной демоверсии платформы Telescope AI.

28. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 декабря 2019 г. №1543** «О создании рабочей группы»:

приказано создать в прилагаемом составе рабочую группу в целях проработки мероприятий по сотрудничеству с компанией «Roche Diagnostics» в части внедрения интегрированных решений в клинической лабораторной диагностике, новых видов молекулярно-генетического тестирования в онкологии, скрининга донорской крови.

29. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 декабря 2019 г. №126** «Об установлении максимального количества наркотических средств и психотропных веществ в 2020 году»:

установлено максимальное количество наркотических средств, психотропных веществ, которое может изготавливаться, производиться, перерабатываться, храниться юридическими лицами, за исключением юридических лиц, указанных в части пятой статьи 12 Закона Республики Беларусь «О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах», в 2020 году согласно приложению.

30. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 декабря 2019 г. №127** «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 февраля 2015 г. №15»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 февраля 2015 г. №15 «Об установлении предельных максимальных тарифов на стоматологические услуги (ортодонтические, ортопедические и зуботехнические), на услуги по лучевой диагностике при оказании стоматологических услуг».

31. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 декабря 2019 г. №1545** «Об утверждении перечня медицинских изделий»:

утвержден прилагаемый перечень медицинских изделий, приобретение которых запланировано в 2020 году за счет средств республиканского бюджета, выделенных Министерству здравоохранения.

32. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2019 г. №1555** «Об утверждении Методических рекомендаций о порядке установления надбавки за выполнение лечебно-диагностической работы»:

утверждены Методические рекомендации о порядке установления работникам бюджетных научных организаций системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь надбавки за выполнение лечебно-диагностической работы согласно приложению.

33. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2019 г. №1561** «О внесении дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 сентября 2019 г. №1118»:

внесены дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 сентября 2019 г. №1118 «О создании комиссии по подготовке требований заявки на закупку лекарственных средств на 2020 год»:

приказано создать в прилагаемом составе комиссию №31 для разработки требований заявки на закупку лекарственных средств по разделу плана A04 «Противорвотные препараты» (Апрепитант);

приказано создать в прилагаемом составе комиссию №32 для разработки требований заявки на закупку лекарственных средств по разделу плана B02 «Гемостатические препараты» (Протамин сульфат);

приказано создать в прилагаемом составе комиссию №33 для разработки требований заявки на закупку лекарственных средств по разделу плана J02 «Противогрибковые препараты для системного применения» (Амфотерицин B).

34. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2019 г. №1569** «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 октября 2018 г. №1067»:

внесены изменения в Типовое положение о республиканском научно-практическом центре, подчиненном Министерству здравоохранения Республики Беларусь, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 октября 2018 г. №1067.

35. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2019 г. №1571** «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.08.2019 г. №966»:

внесены изменения в Инструкцию по организации разноуровневой системы акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в Республике Беларусь, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.08.2019 г. №966.

36. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2019 г. №131** «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 января 2017 г. №8»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 января 2017 г. №8 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения анализа рисков».

37. **Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 января 2020 г. №1/1** «Об утверждении Инструкции об определении требований к состоянию здоровья граждан, связанных с воинской обязанностью»:

утверждена прилагаемая Инструкция об определении требований к состоянию здоровья граждан, связанных с воинской обязанностью;

признаны утратившими силу:

постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. №51/170 «Об утверждении Инструкции об определении требований к

состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и учреждения образования, на военные факультеты учреждений среднего специального образования и учреждений высшего образования, осуществляющие подготовку кадров по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, а также граждан, направляемых для получения образования в организации иностранных государств по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь»;

постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 июля 2012 г. №33/85 «О внесении изменений в постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. №51/170»;

постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 декабря 2015 г. №31/114 «О внесении изменений и дополнения в постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. №51/170»;

постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 июля 2017 г. №10/76 «О внесении изменения в постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. №51/170».

38. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 января 2020 г. №2** «О предоставлении отчетности»:

утверждена форма учетно-отчетной документации центров, дружественных подросткам, согласно приложениям 1 и 2.

39. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 января 2020 г. №4** «О создании рабочей группы по разработке проекта приказа Минздрава»:

утвержден состав рабочей группы по разработке проекта приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об организации работы по раннему выявлению злокачественных новообразований головы и шеи, порядке осуществления диспансерного наблюдения пациентов с предопухолевыми заболеваниями головы и шеи» согласно приложению 1.

40. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 января 2020 г. №6** «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июля 2004 г. №172»:

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июля 2004 г. №172 «Об утверждении Положения о порядке формирования листа ожидания на плановые диагностические процедуры и хирургическое лечение в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»».

41. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 января 2020 г. №2** «О вопросах организации деятельности службы скорой медицинской помощи»:

установлены формы медицинских документов:

форма №109/у-19 «Журнал записи вызовов службы скорой медицинской помощи» согласно приложению 1;

форма №110/у-19 «Карта вызова бригады скорой медицинской помощи» согласно приложению 2;

форма №114/у-19 «Сопроводительный лист карты вызова бригады скорой медицинской помощи» согласно приложению 3;

форма №115/у-19 «Дневник работы службы скорой медицинской помощи» согласно приложению 4;

форма №118/у-19 «Журнал передачи информации о пациенте в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях» согласно приложению 5;

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке организации деятельности службы скорой медицинской помощи;

признаны утратившими силу:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2009 г. №110 «Об утверждении Инструкции о порядке организации деятельности службы скорой (неотложной) медицинской помощи»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 августа 2012 г. №125 «О внесении изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2009 г. №110».

42. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 января 2020 г. №9** «О создании рабочей группы для формирования Государственной программы»:

утвержден состав рабочей группы для формирования мероприятий Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2021–2025 годы».

43. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 января 2020 г. №3** «Об установлении Республиканского формуляра лекарственных средств на 2020 год»:

установлен Республиканский формуляр лекарственных средств на 2020 год согласно приложению.

44. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 января 2020 г. №11** «О введении в образовательный процесс типового учебного плана по специальности 2-79 01 32 «Зуболечебное дело»»:

приказано директорам учреждений образования, осуществляющих подготовку специалистов со средним специальным медицинским, фармацевтическим образованием организовать с 1 сентября 2020 г. образовательный процесс в группах набора 2020/2021 учебного года по специальности 2-79 01 32 «Зуболечебное дело» на основе образовательного стандарта, утвержденного постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 1 ноября 2019 г. №172, и типового учебного плана, утвержденного постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 1 ноября 2019 г. №171, со сроком подготовки специалистов 1 год 10 месяцев.

45. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 января 2020 г. №13** «О подготовке отчета»:

утвержден состав рабочей группы по подготовке отчета Республики Беларусь о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ/СПИД за 2019 год согласно приложению.

46. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 января 2020 г. №15** «Об утверждении Положения о порядке направления пациентов на консультацию и лечение в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»»:

утверждено прилагаемое Положение о порядке направления пациентов на консультацию и лечение в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии».

47. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 января 2020 г. №21** «О мерах по совершенствованию контроля качества ультразвуковых исследований плода»:

приказано главным врачам областных диагностических, областных медико-генетических центров, а также учреждений здравоохранения, на базе которых функционируют отделения пренатальной ультразвуковой диагностики, межрайонные (городские) центры (кабинеты) пренатальной диагностики в установленный срок:

обеспечить сохранение в указанных подразделениях учреждений здравоохранения в электронном виде на протяжении двух лет с момента проведения УЗИ изображений структур плода, полученных при первичном исследовании в каждом из скрининговых сроков, в соответствии с перечнем согласно приложению 1;

назначить в учреждении здравоохранения ответственного за хранение указанных изображений.

48. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 января 2020 г. №22** «О создании рабочей группы для разработки клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с анемиями» (взрослое население)»:

приказано создать рабочую группу Министерства здравоохранения в прилагаемом составе в целях разработки клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с анемиями» (взрослое население)».

49. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 января 2020 г. №25** «О создании рабочей группы»:

приказано создать рабочую группу в целях подготовки предложений по внесению дополнений и изменений в Кодекс Республики Беларусь об административных правонарушениях.

50. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 января 2020 г. №34** «О вопросах обеспечения функционирования системы поддержки принятия клинических решений»:

В целях создания системы поддержки принятия клинических решений (СПКР) в рамках реализации Компонента 1 «Создание электронного здравоохранения и системы поддержки клинических решений» приложения 1 к Соглашению о займе (Проект «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь») между Республикой Беларусь и Международным банком реконструкции и развития, ратифицированному Законом Республики Беларусь от 10 апреля 2017 г. №21-З, *установлены*:

примерная форма клинического протокола согласно приложению 1;

перечень заболеваний (состояний), клинические протоколы диагностики и лечения которых подлежат разработке для формирования базы данных, необходимой для обеспечения функционирования СПКР, согласно приложению 2;

перечень справочников для формирования базы данных, необходимой для обеспечения функционирования СПКР, согласно приложению 3.

51. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 января 2020 г. №35** «О критериях оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке применения критериев оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз.

52. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 января 2020 г. №39** «О распределении безвозмездной помощи»:

утверждено прилагаемое распределение наборов реагентов для определения микроорганизмов в пищевых продуктах и клиническом материале, полученных по Административному договору от 14 декабря 2017 г. на оказание материально-технической поддержки в рамках выполнения Распоряжения Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2017 г. №185-р.

53. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 января 2020 г. №47** «О совершенствовании системы обучения пациентов с сахарным диабетом»:

утверждены:

Положение о школе для обучения пациентов с сахарным диабетом («Школа диабета») согласно приложению 1;

Программа обучения в «Школе диабета» согласно приложению 2.

54. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 января 2020 г. №59** «Об утверждении плана мероприятий по улучшению условий и охраны труда в организациях системы Минздрава на 2020 год»:

утвержден план мероприятий по улучшению условий и охраны труда в организациях системы Минздрава на 2020 год согласно приложению.

55. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 января 2020 г. №67** «О мерах по предупреждению коронавирусной инфекции»:

В связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по респираторной инфекции, вызванной коронавирусом (2019nCOV) в КНР, в целях предупреждения заноса и распространения коронавирусной инфекции среди населения Республики Беларусь и обеспечения готовности организаций здравоохранения к оказанию медицинской помощи начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, главным государственным санитарным врачам областей и г. Минска, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения, в части их касающейся, *приказано обеспечить*:

работу санитарно-эпидемиологических организаций, службы скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений здравоохранения в режиме повышенной готовности с 30 января 2020 г.;

готовность службы скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений здравоохранения к оказанию медицинской помощи заболевшим с подозрением на коронавирусную инфекцию;

создание необходимых резервов лекарственных средств, изделий медицинского назначения, дезинфекционных средств, оборудования и инструментария для оказания медицинской помощи заболевшим коронавирусной инфекцией, а также средств индивидуальной защиты (халаты, перчатки, респираторы, очки);

проведение мероприятий по перепрофилированию, в случае необходимости, больничных отделений для оказания медицинской помощи заболевшим коронавирусной инфекцией;

назначение должностных лиц, ответственных за проведение комплекса мероприятий, направленных на обеспечение готовности к оказанию медицинской помощи, передачу информации, в соответствии с требованиями, о выявленных пациентах с подозрением на коронавирусную инфекцию;

проведение обучения работников санитарно-эпидемиологических организаций, службы скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений здравоохранения по действиям в случае выявления пациентов с подозрением на коронавирусную инфекцию;

проведение практических тренировочных занятий с персоналом бригад скорой медицинской помощи и приемных отделений по оказанию медицинской помощи пациентам с подозрением на коронавирусную инфекцию;

информирование Министерства здравоохранения обо всех случаях выявления пациентов с подозрением на коронавирусную инфекцию через государственное учреждение «Республиканский центр организации медицинского реагирования» по указанным телефонам и E-mail.

56. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 января 2020 г. №68** «Об утверждении годового плана государственных закупок лекарственных средств на 2020 год»:

утвержден прилагаемый годовой план государственных закупок лекарственных средств на 2020 г. за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения.

57. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 января 2020 г. №73** «Об утверждении годового плана государственных закупок медицинских изделий на 2020 г.»:

утвержден прилагаемый годовой план государственных закупок медицинских изделий на 2020 г. за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения.

58. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 января 2020 г. №74** «О вопросах организации проведения врачебных консультаций (консилиумов)»:

установлены:

примерная форма договора на организацию проведения врачебных консультаций (консилиумов) согласно приложению 1;

примерная форма договора на оказание услуг консультантом согласно приложению 2;

примерная форма договора на оказание услуг по организации проведения врачебных консультаций (консилиумов) согласно приложению 3;

форма графика дежурств консультантов по форме согласно приложению 4;

размер оплаты услуг консультантов по форме согласно приложению 5;

перечень государственных организаций здравоохранения для обязательного подключения к республиканской телемедицинской системе и видеоконференцсвязи по форме согласно приложению 6.

59. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 января 2020 г. №77** «О создании рабочей группы»:

приказано создать рабочую группу в прилагаемом составе с целью формирования рекомендованного перечня средств реабилитации, необходимых для ухода и повышения качества жизни пациентов, проходящих лечение в организациях здравоохранения.

60. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 января 2020 г. №80** «Об организации сотрудничества в области борьбы с инфекционными болезнями»:

приказано:

уполномочить государственное учреждение «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» на заключение Административного договора с Федеральным бюджетным учреждением науки «Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Российская Федерация)»;

наделить государственное учреждение «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» в соответствии с условиями вышеназванного договора полномочиями по организации:

– формирования планов распределения в организациях здравоохранения Республики Беларусь наборов тест-систем для лабораторной ПЦР-диагностики нового коронавируса 2019-nCOV;

– получения и передачи наборов тест-систем для лабораторной ПЦР-диагностики нового коронавируса 2019-nCOV в организации здравоохранения Республики Беларусь согласно плану распределения в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

61. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 января 2020 г. №81** «О задачах социально-экономического развития Республики Беларусь на 2020 год»:

утверждены прилагаемые плановые задания по экспорту услуг в организациях, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, на 2020 год согласно приложению.

62. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 февраля 2020 г. №84** «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 декабря 2011 года №1206»:

внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 декабря 2011 года №1206 «Об утверждении Рекомендаций по расчету нормативов государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики в области здравоохранения для оценки их выполнения».

63. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 февраля 2020 г. №94** «О создании рабочей группы»:

приказано создать в прилагаемом составе рабочую группу с целью совершенствования оказания медицинской помощи пациентам, страдающими нарушениями свертывания крови.

64. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 февраля 2020 г. №118** «О признании утратившим силу»:

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 августа 2009 г. №790 «Об утверждении форм первичной медицинской документации службы скорой (неотложной) медицинской помощи».

65. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 февраля 2020 г. №122** «Об анализе нормативных правовых актов»:

определен состав рабочей группы для анализа нормативных правовых актов по вопросам информатизации здравоохранения согласно приложению.

66. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 февраля 2020 г. №130** «Об утверждении Плана»:

утвержден прилагаемый План по реализации мероприятий пунктов 25, 28, 32 подпрограммы 5 «Профилактика ВИЧ-инфекции» государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016–2020 годы».

67. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 февраля 2020 г. №145** «О проведении паспортизации (оценки) деятельности Центров раннего вмешательства»:

утверждены:

состав комиссии по проведению паспортизации (оценки) деятельности Центров раннего вмешательства согласно приложению 1;

график проведения паспортизации (оценки) деятельности Центров раннего вмешательства согласно приложению 2.

68. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 февраля 2020 г. №146** «О некоторых вопросах деятельности Центров раннего вмешательства»:

утверждены:

стандартные требования к организации деятельности Центров раннего вмешательства в государственных организациях здравоохранения согласно приложению 1;

Положение о порядке проведения паспортизации (оценки) деятельности Центра раннего вмешательства в государственных организациях здравоохранения согласно приложению 2.

69. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 февраля 2020 г. №148** «О создании учебно-методического объединения в сфере дополнительного образования взрослых по профилю образования «Здравоохранение»»:

утверждены:

Положение об учебно-методическом объединении в сфере дополнительного образования взрослых по профилю образования «Здравоохранение» согласно приложению 1;

структура и состав учебно-методического объединения в сфере дополнительного образования взрослых по профилю образования «Здравоохранение» согласно приложению 2.

70. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 февраля 2020 г. №149** «О работе учебно-методического объединения по среднему специальному медицинскому, фармацевтическому образованию»:

утверждены:

Положение об учебно-методическом объединении в сфере среднего специального медицинского, фармацевтического образования согласно приложению 1;

состав учебно-методического объединения по среднему специальному медицинскому, фармацевтическому образованию согласно приложению 2;

состав бюро учебно-методического объединения по среднему специальному медицинскому, фармацевтическому образованию согласно приложению 3;

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.10.2015 №989 «О работе учебно-методического объединения по среднему специальному медицинскому, фармацевтическому образованию»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.04.2019 №429 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.10.2015 №989».

71. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 февраля 2020 г. №152** «Об утверждении состава рабочей группы по разработке протоколов ультразвуковых исследований»:

утвержден состав рабочей группы по разработке протоколов ультразвуковых исследований в соответствии с приложением 1.

72. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 февраля 2020 г. №158** «О создании рабочей группы по разработке проекта постановления Минздрава»:

утвержден состав рабочей группы по разработке проекта постановления Минздрава «Об утверждении Инструкции о порядке выписки пациентов, получивших радиофармпрепараты» согласно приложению 1.

73. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 февраля 2020 г. №162** «О создании рабочей группы»:

утвержден состав рабочей группы по разработке проектов постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении Инструкции о порядке проведения заместительной терапии пациентам с наркотическими зависимостями» и «Об утверждении клинического протокола «Применение заместительной терапии у пациентов с наркотическими зависимостями»».

74. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 февраля 2020 г. №9** «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июня 2012 г. №75»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июня 2012 г. №75 «Об установлении перечня заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

приложение к этому постановлению *дополнено* пунктом 7 следующего содержания: «7. Инфекция, вызванная коронавирусом COVID-19».

75. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 февраля 2020 г. №174** «Об утверждении Инструкции о порядке назначения лекарственных средств, изменяющих течение рассеянного склероза»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке назначения лекарственных средств, изменяющих течение рассеянного склероза, оценке эффективности проводимого лечения пациентам с рассеянным склерозом;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 октября 2018 г. №1102 «Об утверждении Инструкции о порядке назначения лекарственных средств Интерферон бета и Финголимод, оценке эффективности проводимого лечения пациентам с рассеянным склерозом».

76. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 февраля 2020 г. №184** «О республиканской комиссии по верификации элиминации кори и краснухи в Республике Беларусь»:

утверждены прилагаемые:

состав республиканской комиссии по верификации элиминации кори и краснухи в Республике Беларусь;

Положение о республиканской комиссии по верификации элиминации кори и краснухи в Республике Беларусь;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 марта 2012 г. №291 «О создании республиканской комиссии по верификации элиминации кори и краснухи в Республике Беларусь Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

77. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 февраля 2020 г. №186** «О создании рабочей группы по разработке проекта постановления Совмина»:

определен состав рабочей группы по разработке проекта постановления Совета Министров Республики Беларусь «Об утверждении Положения о порядке и условиях предоставления медицинской помощи, а также утверждении перечня медицинских услуг, предоставляемых иностранцам, задержанным за нарушение законодательства о правовом положении иностранцев в Республике Беларусь, на безвозмездной основе» согласно приложению.

78. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 февраля 2020 г. №204** «Об утверждении Плана мероприятий по элиминации вирусного гепатита С»:

утвержден План мероприятий по элиминации вирусного гепатита С в Республике Беларусь на 2020–2028 годы.

79. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 февраля 2020 г. №209** «О создании рабочей группы»:

утвержден состав рабочей группы для подготовки проекта приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О порядке оказания медицинской помощи пациентам с муковисцидозом (детское, взрослое население)» согласно приложению 1.

80. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 февраля 2020 г. №216** «Об организации исследования STEPS 2020 и проведении обучения интервьюеров»:

С целью проведения повторного исследования распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь (STEPS 2020) в рамках реализации проекта международной технической помощи «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь»:

утвержден список координаторов региональных рабочих групп по организации и проведению исследования STEPS 2020 в регионах согласно приложению 1;

организационному комитету по подготовке исследования STEPS 2020 и контролю его проведения *приказано*:

утвердить Инструмент STEPS 2020 для Беларуси (анкету);

подготовить список адресов домохозяйств по кластерам (1 этап выборки);

организовать и провести обучение координаторов и интервьюеров в установленный срок при поддержке Странового офиса ВОЗ в Беларуси (программа согласно приложению 2);

координаторам региональных рабочих групп по организации и проведению исследования STEPS 2020 *приказано*:

сформировать региональные рабочие группы специалистов для проведения интервью и лабораторных исследований в количестве не более 7 человек из числа работников организаций здравоохранения;

провести сверку адресов домохозяйств согласно отобранным на первом этапе выборки кластерам;

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю Комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям организаций здравоохранения, иным заинтересованным лицам *приказано обеспечить*:

содействие координаторам рабочих групп в организации и проведении STEPS 2020 в регионах;

активное участие медицинских работников амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения в части взаимодействия с координаторами региональных рабочих групп по организации и проведению исследования STEPS 2020;

широкое освещение проводимого исследования в региональных СМИ.

81. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 февраля 2020 г. №224** «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 ноября 2018 г. №1257»:

внесены изменения в Примерное положение об организациях переливания крови, структурных (обособленных) подразделениях организаций здравоохранения, осуществляющих в порядке, установленном законодательством, заготовку, переработку, хранение и реализацию крови, ее компонентов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 ноября 2018 г. №1257.

82. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 февраля 2020 г. №227** «О мероприятиях Министерства здравоохранения Республики Беларусь по импортозамещению фармацевтической продукции на 2020 год»:

утвержден План мероприятий Министерства здравоохранения Республики Беларусь по импортозамещению фармацевтической продукции на 2020 год;

определены:

исполнители Плана мероприятий Министерства здравоохранения Республики Беларусь по импортозамещению фармацевтической продукции на 2020 год в соответствии с приложением к данному приказу;

координатор Плана мероприятий Министерства здравоохранения Республики Беларусь по импортозамещению фармацевтической продукции на 2020 год – республиканское унитарное предприятие «Управляющая компания холдинга «Белфармпром»».

ВЫХОДНЫЕ ДАННЫЕ

“Вопросы организации и информатизации здравоохранения” – рецензируемый аналитико-информационный бюллетень. Издается с 1995 г., выходит 4 раза в год.

Зарегистрирован Министерством информации Республики Беларусь (свидетельство о государственной регистрации средства массовой информации № 383 от 15 мая 2009 г.).

Учредитель: государственное учреждение “Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения” (РНПЦ МТ).

Адрес редакции: 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 7а.
Главный редактор: Сачек Марина Михайловна.
Ответственный секретарь: Н.Е. Хейфец.
Редактор: Н.В. Новаш.
Компьютерная верстка: Н.Ф. Гелжец.
Подписано в печать 30.03.2020 г. Формат бумаги 60x84 1/8.
Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Уч.-изд. л. 12,4. Тираж 450 экз. Зак. №
Распространяется по подписке. Подписные индексы по каталогу РУП почтовой связи “Белпочта”:
74855 (для индивидуальных подписчиков); 748552 (для предприятий и организаций).
Отпечатано в типографии Государственного предприятия "СтройМедиаПроект". 220123, Минск, ул. В.Хоружей, 13/61.
Лицензия №02330/71 от 23.01.2014 г. Тел. (017) 288-60-88.