

---

---

# *К вступлению в силу обновленного закона «О здравоохранении»*

---

---

23 июля 2021 г. вступают в силу изменения в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении», внесенные законом «Об изменении законов по вопросам здравоохранения и оказания психологической помощи». По сути, обновленный закон представляет новую редакцию законодательного акта: дополнительно введены две новые главы – о государственном социальном заказе и об информационном обеспечении в области здравоохранения, существенные изменения затронули половину статей. При принятии закона отмечалось, что цель его разработки – совершенствование правовых механизмов оказания медицинской помощи, повышение ее доступности и качества. В совокупности все внесенные изменения направлены на обеспечение сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения, реализации его конституционных прав на охрану здоровья. В связи с вступлением в силу обновленного закона, открываем выпуск журнала разделом с поступившими в установленном порядке публикациями, в которых, при этом, затрагиваются вопросы, впервые урегулированные на законодательном уровне – это: введение университетских клиник в структуру государственной системы здравоохранения (абзац двенадцатый части второй статьи 10 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-ХІІ «О здравоохранении», далее – Закон); введение нового вида экспертизы – клиничко-экономической (фармакоэкономической) экспертизы – сравнительной комплексной оценки медицинской технологии, основной целью которой является принятие решения о возможности включения (исключения) медицинской технологии в клинические протоколы, Республиканский формуляр лекарственных средств, перечень основных лекарственных средств, Республиканский формуляр медицинских изделий и иные документы, определяющие порядок оказания медицинской помощи, что позволит внедрить в отечественное здравоохранение основанную на принципах доказательной медицины систему отбора медицинских технологий с доказанной эффективностью, допустимой безопасностью, использовать наиболее экономически выгодные медицинские технологии и повысить их доступность для населения (статья 37<sup>3</sup> Закона); дополнение перечня мер по охране здоровья населения, к которым отнесены, в том числе, создание и поддержание благоприятной среды жизнедеятельности без окружающего табачного дыма (абзац второй части второй статьи 63<sup>1</sup> Закона), то есть, имплементация целевой нормы Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в национальное законодательство о здравоохранении.

УДК 371.623.5:378.4] (091) (100+476)

## **УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА: ИСТОРИЯ, МОДЕЛИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В МИРЕ, ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

**Е.Н.Кроткова**

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

*История университетских клиник (далее – УК) начинается со времен Древнего Востока и неразрывно связана с развитием медицинского образования. В системе советского здравоохранения УК как структурные подразделения медицинских вузов не существовали. Возрождение УК в Российской Федерации и других странах СНГ началось в начале XXI в. и активно продолжается в*

настоящее время. Мировой опыт медицинского образования с каждым днем все больше доказывает, что с ростом требований к подготовке высококвалифицированных врачей увеличивается количество появляющихся УК, функционирующих по принципу кооперации или интеграции с учреждениями практического здравоохранения. В Республике Беларусь первые два года реализации пилотного проекта УК показали необходимость более широкого внедрения практики интеграции образовательного, научного и лечебного процессов в медицинских университетах с целью определения наиболее эффективной организационной модели для страны.

*Ключевые слова:* университетская клиника; история; модели функционирования; Республика Беларусь; пилотный проект.

Не вызывает сомнений, что интенсивное развитие практического здравоохранения требует нового уровня развития университетского образования и науки, формирования инновационной модели клинической подготовки нового поколения высококвалифицированных мотивированных специалистов, конкурентоспособных на рынке медицинских услуг, с необходимым уровнем профессиональных компетенций, к числу которых относятся, прежде всего, знания и навыки в сфере оказания медицинской помощи и клиническое мышление. Достижение данных компетенций обеспечивается не только теоретической подготовкой будущих врачей, но, прежде всего, за счет обучения студентов, интернов, клинических ординаторов на базе организаций здравоохранения, являющихся клиническими базами медицинских университетов [1]. В последние годы во всем мире система медицинского образования базируется на модели УК [2].

**Цель** настоящего исследования – анализ истории развития УК, возможных моделей их функционирования на примере различных стран мира, а также результатов первых двух лет реализации пилотного проекта создания Гродненской университетской клиники (далее – ГУК).

**История создания и развития УК** неразрывно связана с развитием медицинского образования. В III в. н.э. в персидском городе Гондишапур была основана академия, в состав которой входили университет, библиотека и университетский госпиталь [3]. Именно персидские госпитали «были похожи по философии, структуре и функциям на современный академический медицинский центр и послужили образцом для европейцев» [4]. Здесь традиционная модель обучения «мастер – подмастерье» преобразовалась в более привычный для нас вариант, при котором ученики работали в госпитале под контролем сотрудников, а по окончании сдавали экзамены, дающие право стать практикующими врачами [5]. После захвата Персии арабами центром развития медицины становится Багдад [6]. Персидский ученый Абу Бакр Мухаммед ибн Закария Ар-Рази разработал систему обучения студентов, при которой

они участвовали в обходах врачами своих пациентов, вели ежедневные записи о состоянии больных [7]. Авиценна в своем знаменитом трактате «Канон врачебной науки» изложил методики обучения молодых врачей методам диагностики, профилактики и лечения различных патологий [8]. В Европе академические медицинские центры стали возникать в Средневековье и во времена Ренессанса [9]. До XVIII в. медицина была предметом, скорее, теоретическим, чем практическим, но существовали отдельные школы и университеты, где стремились привить будущим врачам определенные практические навыки. В Падуанском и Венском университетах в XVI в. проводили занятия у постели больного. Студентам демонстрировали различные заболевания, методы диагностики и обследования больных. В XVII в. подобную практику стали применять в ряде университетов Нидерландов. В XVIII в. в Европе стали создаваться первые хирургические школы при госпиталях и больницах. В Берлине в 1724 г. открылся Collegium chirurgicum, а двумя годами позже была создана школа для подготовки хирургов при берлинском госпитале Charite. Во Франции в 1731 г. открылась Парижская хирургическая академия. Начиная со второй половины XVIII в., открываются крупные медико-хирургические академии в Вене (1784), Берлине (1795), Амстердаме (1768), Санкт-Петербурге (1783, 1798) и Москве (1798). Во второй половине XVIII в. складывается теория клинического преподавания, когда студенты не просто присутствовали на демонстрации больных, но и активно участвовали в клинических разборах, выявляли и анализировали признаки болезни, обсуждали диагноз и давали свои рекомендации по лечению [10].

В России до XVII в. системы медицинского образования (в современном понимании) не существовало. Медицине обучались за рубежом, а также приезжали работать медики-иностранцы. В середине XVII в., в 1653 г., при Стрелецком приказе была открыта костоправная школа. При Петре I в России была открыта первая госпитальная школа (при Московском сухопутном госпитале).

В 1783 г. в Петербурге учреждается лекарское училище, на базе которого впоследствии указом Павла I была создана Императорская медико-хирургическая академия. В 1755 г. был открыт Московский университет, созданный по проекту М.В.Ломоносова, в котором медицинский факультет начал функционировать с 1764 г. Почти полвека медицинский факультет вел преподавание, не имея клинической базы, что, следует отметить, было проблемой всех университетов Европы. Лишь в 1805 г. открылась первая клиника медицинского факультета – небольшая палата на несколько коек. Одной из главных целей создания клиник было обеспечение преподавания медицины у постели больного [11]. После слияния Московской медико-хирургической академии и медицинского факультета университета появились более крупные УК – хирургическая клиника на 50 мест, клиника внутренних болезней на 50 мест и клиники акушерства на 30 коек. К 1860 г. в России было уже 8 университетов с медицинскими факультетами, открытых и в других городах – Вильне, Казани, Харькове и т.д. [11].

Прообразом медицинского университета в городе Гродно является Гродненская медицинская академия, основанная в 1776 г. гродненским старостой Антонием Тизенгаузом при поддержке короля Станислава Августа Понятовского и просуществовавшая всего лишь 6 лет. Директором академии был назначен специально приглашенный французский ученый Жан Эммануил Жилибер, в договоре с которым предусматривалось, что, кроме преподавательской и научной деятельности, он, как директор, будет способствовать участию академии в улучшении услуг здравоохранения для населения, что можно отнести к передовому опыту для европейских реалий XVIII в., где медицинские высшие учебные заведения занимались только подготовкой кадров. Для слушателей медицинской академии имелась своя «клиническая база» – Шпиталь бонифратров (основан в 1728 г.), который оказывал медико-социальную помощь нуждающимся и был рассчитан на 60 коек. В Гродненской медицинской академии действовало повивальное отделение для подготовки повивальных бабок, имелись первые в регионе специальные здания для размещения и занятий слушателей, анатомический театр и музей, музей естественной истории, научная библиотека, ботанический сад.

Первый же набор в академию выявил сложности: местная шляхта не была заинтересована в медицинском образовании, поэтому были набраны дети крестьян и служащих из имений, которым было назначено казенное содержание. Для

преподавания приглашались профессора из европейских университетов (например, профессор анатомии И.И.Вирион из Страсбургского университета). В результате, было подготовлено несколько десятков специалистов, которые были направлены на работу в государственные имения Великого княжества Литовского.

В связи с отставкой Антония Тизенгауза от всех должностей, Академия была переведена в Вильню и преобразована в медицинский факультет Виленского университета. Однако, несмотря на недолгий срок существования Гродненской медицинской академии, можно с уверенностью утверждать, что на территории современной независимой Республики Беларусь именно Гродно – историческая родина прообраза первой УК [12].

В 30-е гг. XX в. все УК на территории Советского Союза были переданы в медицинские институты, а клинические базы преобразованы в областные, республиканские и всесоюзные больницы или специализированные центры. Таким образом, в системе советского здравоохранения УК как структурные подразделения медицинских вузов перестали существовать [13]. Возрождение УК в странах СНГ началось в начале XXI в. и активно продолжается в настоящее время.

**Модели УК в различных странах мира.** В современной России, Казахстане, странах Европейского Союза и США, других странах мира в крупных медицинских университетах есть УК, и часто не в единственном числе [2, 14–16]. Зарубежные УК действуют по нескольким моделям – кооперативной (кооперация университета и клиники как отдельно существующих организаций); комплексной (интеграция клиники в состав университета) [1]. Первая модель подразумевает независимое управление между всеми составляющими (УК George Washington University, University of Florida Health Science Center, Southern Illinois University, University of Cincinnati и др.) [17]. На сегодняшний день, по мнению ряда авторов, для УК наиболее оптимальной является вторая модель, которая предполагает полную организационную интеграцию, когда все компоненты системы возглавляются одним руководителем (ректором) и политика организации ориентирована под общие рамки университета. Несмотря на то, что для всех секторов характерно общее видение и совместное стратегическое планирование (функциональный характер взаимодействия), структурные компоненты могут являться отдельными юридическими лицами, например, Duke University, University of California, University of Alabama, University of Virginia, University of Michigan, University of

Pennsylvania, Wake Forest University, др., при этом, руководствующимися едиными принципами [18–20].

Выбор модели УК зависит от региональной экономики, тенденций рынка здравоохранения и стратегических инициатив страны и может циклично переходить от одной к другой модели, создавая смешанные формы. Так, например, University of Florida Health Science Center перешел от комплексной к кооперативной модели, но эффективность функционирования последней на практике не подтвердилась, и в этом университете сейчас возобладали стремление к объединению всех компонентов, реализующих стратегические целевые установки, в одну организацию с единым руководством [21, 22]. Тогда как в University of Pittsburgh медицинская школа и клинические базы функционируют отдельно друг от друга, но, при этом, придерживаются общего видения [2]. Внедрение модели УК позволяет получить ряд преимуществ: создание конкурентоспособной клиники новой формации с расширением перечня оказываемых медицинских услуг и внедрением новой системы управления, основанной на корпоративной ответственности; удовлетворение потребностей пациента через оказание пациент-ориентированной помощи на основе командного подхода; формирование академической культуры в организации; внедрение инновационных технологий на основе доказательной медицины. Объединение роли исследователя и клинициста дает возможность обучающимся соединять научные знания по всем дисциплинам с необходимыми ресурсами и временем, отведенным на исследовательскую деятельность. Большинство инновационных разработок разрабатываются в университетских клиниках (Duke University, University of California, др.), например, различные виды трансплантации органов, геномная терапия и др. Как показала практика, до 30% всех медицинских услуг, предоставляемых данной организацией, являются именно собственными разработками, полученными в результате научных исследований. Поиск новых экономически эффективных путей диагностики и лечения с последующим их внедрением позволил многим университетским клиникам повысить качество и безопасность оказываемых медицинских услуг. В США и странах ЕС УК служат основной базой подготовки врачей, а также оказывают содействие в обучении немедицинского персонала по различным медицинским, исследовательским и другим аспектам. Большая часть клиник в мире, попадающих в ежегодный перечень топ-клиник, – это УК, статус которых для пациентов определяется фактором престижа при выборе места и условий оказания медицинских услуг.

Реорганизация клинических баз с вузами в УК предполагает реструктуризацию всей системы и требует соблюдения основных принципов ее построения [2]:

- 1) ориентированность на пациента (предоставление медицинских услуг на основе высокого профессионализма с обеспечением высокого уровня качества, безопасности и удобства населения);
- 2) академичность (содействие в обеспечении процесса непрерывного образования на всех уровнях профессиональной деятельности);
- 3) соответствие лучшим международным стандартам качества медицинских услуг;
- 4) конкурентоспособность (за счет предоставления услуг высокого качества и внедрения новых разработок);
- 5) преемственность (от подготовки студента до эффективной деятельности подготовленного врача на клинических базах);
- 6) социальная ответственность;
- 7) финансовая устойчивость;
- 8) открытость в управлении.

Согласно литературным данным, в Германии действуют около 40 УК, которые расположены во всех федеральных землях. Ежегодно УК стационарно обслуживают около 1,7 миллиона пациентов. При этом, очень сложные или комплексные виды медицинской помощи в большинстве своем оказываются именно в УК [23]. В основе функционирования УК лежит трехстороннее соглашение между клиникой, медицинской школой и руководством вуза:

- 1) УК создает условия для обучения студентов в больнице, для практической и исследовательской деятельности профессорско-преподавательского состава медицинской школы;
- 2) медицинская школа отвечает за процесс обучения специалистов и проведение исследовательской работы, привлечение сотрудников УК к наставнической деятельности;
- 3) руководство вуза отвечает за функционирование всего учебного процесса, успешность обучения и поддержание финансирования.

Модели сотрудничества УК и вузов: кооперация университета и УК; интеграция УК в состав университета.

Финансирование УК осуществляется за счет средств местного бюджета, выделяемых правительством федеральной земли (до 35%); средств, выделяемых федеральным правительством (до 45%); средств, выделяемых научными организациями и специальными фондами (до 25%) [1].

В Израиле УК не интегрированы в университетскую среду, а функционируют как самостоя-



тельные центры, которые используются университетами в качестве своей клинической базы. Исключением являются клиника Хадасса и клиника университета Беэр-Шевы – больница «Сорока», где врачи могут одновременно заниматься лечением пациентов и проведением академических исследований, а также образовательной деятельностью. УК находятся в ведении министерства здравоохранения Израиля, городских департаментов здравоохранения или общественных организаций [2].

Во Франции УК (Centres hospitaliers universitaires, CHU) представляют собой медицинские организации, входящие в структуру университета или являющиеся самостоятельной организацией, связанной с университетом каким-либо соглашением. CHU составляют единую сеть по всей стране, объединяющую 32 региональные государственные больницы. В среднем, на каждый регион страны приходится по одной УК. Часть персонала УК является одновременно и медицинскими сотрудниками, и преподавателями, то есть работающими на две организации и получающими двойную заработную плату. Единая сеть УК обеспечивает треть госпитализаций в государственные больницы страны и весь комплекс врачебных услуг в области неотложной скорой помощи, помощи на дому, первичной медицинской помощи по всем видам заболеваний. Финансирование CHU осуществляется государством, за счет средств социального страхования, благотворительными организациями [23].

В Великобритании УК (University Hospitals или Teaching Hospitals) в Национальной системе здравоохранения управляются больничными трастами – Acute Trusts, которые обеспечивают качество предоставляемых пациентам медицинских услуг и рациональное использование выделенных средств, а также определяют стратегию развития больниц. Некоторые трасты являются региональными или национальными центрами по предоставлению услуг более специализированного характера, другие же связаны с университетами или медицинскими школами и участвуют в подготовке медицинских кадров. Ведущий национальный орган, оказывающий содействие молодым специалистам в прохождении врачебной практики на своей базе – Association of UK University Hospitals. В Ассоциацию входят 43 траста. При этом, один траст может отвечать за несколько УК [23].

В США функционируют более тысячи обучающих больниц, 400 ведущих больниц входят в Совет клиник при образовательных организациях и системах здравоохранения Ассоциации американских медицинских вузов. Развитие механизмов обеспе-

чения триединства образования, науки и практики на основе партнерства академических структур и УК в современных условиях привело к созданию академических медицинских центров (АМЦ). В настоящее время в США насчитывается 119 академических медицинских центров. АМЦ включает в себя, кроме медицинской школы, одну или несколько школ, осуществляющих подготовку кадров здравоохранения, а также находящиеся в собственности или аффилированные с университетом больницы [1]. Ежегодно УК предоставляют возможность стажировки более 75 тысячам врачей (в том числе, стоматологам). УК получают финансовую компенсацию расходов, которые они несут по обучению медицинского персонала и предоставлению лечения малообеспеченным гражданам, на основе коэффициента IRB, определяемого на основе соотношения числа врачей и количества койко-мест. Помимо этого, около половины расходов компенсируется за счет средств из государственных программ Medicaid и Medicare, спонсирующих медицинскую помощь нуждающимся, инвалидам и лицам пожилого возраста. Средства могут поступать и от частных спонсоров [23]. По мнению ряда ученых, модель УК будущего представляет собой научно-практический медицинский кластер, включающий компоненты: исследование – преподавание – обучение – практика – помощь больным, который может подготовить для практического здравоохранения специалистов, способных решать проблемы пациента на основе междисциплинарного сотрудничества и разумной кооперации в практическую деятельность [19, 24].

**Первые результаты реализации пилотного проекта Гродненской университетской клиники.** В Республике Беларусь первая УК организована в рамках реализации пилотного проекта во исполнение поручения Главы государства согласно постановлению Совета Министров Республики Беларусь от 11.12.2018 №886 решением Гродненского областного исполнительного комитета от 14.06.2019 №352 на базе учреждения здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница» (изменение наименования внесено в единый государственный реестр юридических лиц). УК в настоящее время является самым крупным учреждением области. Ежегодно медицинскую помощь в стационарных условиях получают более 39,5 тысяч человек, в амбулаторных условиях – более 220 тысяч жителей региона. Коечный фонд составляет 1051 койку, оказывается амбулаторная помощь по 49 специальностям [25]. Лечебно-консультативная работа выполняется профессорско-преподавательским составом 11 клинических кафедр [26].

Основная цель проекта – обеспечить участие практикующих врачей в образовательном процессе с целью развития практико-ориентированной направленности в высшем медицинском образовании и системе непрерывного медицинского образования персонала; реализовать лечебный потенциал профессорско-преподавательского состава медицинского университета; вывести на качественно новый уровень научную деятельность путем вовлечения в нее медицинских работников структурных подразделений организаций здравоохранения, реорганизованных в УК, привлечения талантливой молодежи к развитию инновационных научных направлений в медицине с последующим использованием результатов научно-исследовательской деятельности в образовательном процессе и в медицинской практике.

Создание УК осуществлено по принципу кооперативной модели и не привело к полному поглощению медицинским университетом учреждения здравоохранения. Руководство УК сохраняется за главным врачом, территориальная подчиненность – за облисполкомом. Определен срок реализации проекта – 2019–2022 гг.

За прошедшие два года выполнены все мероприятия «дорожной карты». На законодательном уровне урегулирована деятельность УК, а именно: внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения от 12.06.2018 №53 «Об особенностях осуществления преподавательской работы в учреждениях образования и иных организациях системы Министерства здравоохранения в части предоставления права осуществления высококвалифицированными врачами-специалистами в основное рабочее время преподавательской деятельности и участия в реализации образовательных программ высшего образования»; внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.09.2005 №35 «Об утверждении номенклатуры организаций здравоохранения»; приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.05.2019 №580 «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских, фармацевтических работников университетской клиники» установлена номенклатура должностей медицинских, фармацевтических работников учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника»; разработаны критерии оплаты труда работников кафедр с учетом выполнения лечебно-диагностической работы и работников клиники с учетом реализации образовательных программ; внесены изменения в штатное расписание и устав УЗ «Гродненская университетская клиника».

Для координации деятельности УК приказом Министерства здравоохранения Республики Бела-

русь от 01.03.2019 №261 «Об утверждении состава координационного совета университетской клиники» создан координационный совет, в состав которого введены уполномоченные представители Министерства здравоохранения, главного управления здравоохранения Гродненского облисполкома, учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет», созданной УК. Координационный совет наделен полномочиями, в том числе, согласования назначения на должности главного врача, заместителя главного врача по клинической работе, руководителей клинических отделов УК. Для осуществления клинической, образовательной и научной работы сформированы шесть клинических отделов, возглавляемых ведущими профессорами и доцентами университета. В структуру отделов включены соответствующие профильные структурные подразделения. Определены кураторы, консультанты, ординаторы клинических отделений из числа профессорско-преподавательского состава. Выполнена регистрация в госпитальной информационной системе «e-Doctor» и открыт доступ для сотрудников кафедр в информационную сеть клиники, персонифицировано ведение медицинской документации. Осуществлена реорганизация работы Клинического совета УЗ «Гродненская университетская клиника». Руководство клинической работой в УК осуществляет заместитель главного врача по клинической работе, должность которого может занимать лицо из числа профессорско-преподавательского состава медицинского университета по совместительству.

В реализации образовательных программ высшего образования приняли участие 37 врачей УК (2019 год – 14, 2020 – 23 врача), для студентов 3-го и 5-го курсов организовано проведение производственной практики в течение учебного года в свободное от учебы время с закреплением каждого за конкретным медицинским работником для индивидуального освоения практических навыков, работает «школа профессионального мастерства», врачами УК выполняется 7 диссертационных работ, за 2020 год опубликовано в 2,4 раза больше научных статей (173 – в 2019 г., 414 – в 2020 г.), получено 7 патентов, количество поданных рационализаторских предложений выросло с 85 до 108, внедрение заимствованных методик – с 255 до 299.

Проект «Университетская клиника» показал, что способность университета выстраивать деловые, а, самое главное, – продуктивные отношения со структурами регионального здравоохранения – это залог успеха как в решении вопросов кадрового обеспечения, так и в повышении уров-

ня оказания медицинской помощи в регионе. На 10,5% выросло количество консультаций, в 2 раза (с 4232 до 8296) консилиумов с участием профессорско-преподавательского состава, в том числе, в нерабочее время. Отмечен прогресс по инновационной деятельности: удельный вес высокотехнологичных и сложных хирургических вмешательств вырос с 13,7 до 15,6%, показатель использования малоинвазивных методов с 30,6 до 33,7%. Профессорами и преподавателями регулярно проводятся телемедицинские консультации. В ходе реализации проекта приобретено медицинского оборудования для инновационного развития клиники на сумму 3,9 млн руб., в том числе, на 2,8 млн руб. за счет средств Министерства здравоохранения.

**Заключение.** Как показывает история создания и развития УК, их функционирование – неотъемлемый компонент подготовки врача с III в. н.э. Выбор модели УК (интегративная, кооперативная, смешанная) зависит от региональной экономики, тенденций развития и финансирования здравоохранения, в процессе реорганизации можно циклично переходить от одной к другой модели.

Изучение международного опыта позволяет выделить ряд ключевых аспектов, определяющих эффективность интегрирования академических, исследовательских и лечебных компонентов в единую организационную структуру, и преимуществ создания УК: для здравоохранения – это расширение спектра оказываемых медицинских услуг и оказания высокоспециализированной медицинской помощи населению, внедрение новых методов и технологий, создание бренда УК как «лучшего поставщика медицинских услуг»; для высшего медицинского образования – повышение качества подготовки специалистов, эффективное взаимодействие с другими университетскими клиниками и увеличение академической мобильности, внедрение новых дисциплин и инновационных методов преподавания с ориентацией на потребности практического здравоохранения; для научных исследований – расширение спектра проводимых прикладных научных исследований, разработка новых технологий с последующим их внедрением в практику при условии клинической эффективности.

Опыт двухлетнего функционирования ГУК свидетельствует о реальном преобразовании учреждения из многопрофильной клинической больницы с главной функцией – оказания специализированной медицинской помощи населению – в учреждение, которое, осуществляя медицинскую деятельность, участвует в реализации образова-

тельных программ высшего образования практически в круглосуточном режиме.

Вместе с тем, дальнейшее развитие как лечебного, так и образовательного процессов в рамках реализации пилотного проекта сдерживается ограниченностью площадей ГУК, что обосновывает необходимость строительства учебного корпуса университета. Безусловно, повышение качества оказания медицинской помощи и организация ее в ГУК на четвертом технологическом уровне невозможны без оснащения клиники современным оборудованием. При определении наиболее эффективной модели функционирования УК, по нашему мнению, целесообразно использование профессорско-преподавательского центра по оказанию консультативной помощи населению региона в качестве амбулаторного компонента университетской клиники.

У нас нет сомнений в необходимости дальнейшей реализации данного проекта в Республике Беларусь с распространением практики создания УК при каждом медицинском вузе. Ведь наличие УК – это в настоящее время обязательный атрибут продвижения белорусских медицинских вузов в мировом образовательном пространстве.

#### Литература

1. Совершенствование механизмов взаимодействия организаций медицинского образования и организаций здравоохранения для обеспечения эффективной клинической подготовки медицинских кадров: аналитический обзор для формирования политики / В.В.Койков [и др.] // *Journal of Health Development*. – 2019. – Т.5, №34. – С.46–58.
2. *Накунов, Ж.* Основные принципы построения университетских клиник / Ж.Накунов, М.З.Шайдаров, Т.З.Сейсембеков // *Вестник ЮКГФА*. – 2015. – №4. – С.159–165.
3. *Modanlou, H.D.* Historical evidence for the origin of teaching hospital, medical school and the rise of academic medicine / H.D.Modanlou // *J. Perinatol*. – 2011. – Vol.31, No.4. – P.236–239. – doi: 10.1038/jp.2010.162.
4. *Miller, A.C.* Jundi-Shapur, bimaristans, and the rise of academic medical centres / A.C.Miller // *J. R. Soc. Med.* – 2006. – Vol.99, No.12. – P.615–617.
5. *Browne, E.G.* Islamic Medicine / E.G.Browne. – Tehran: Scientific and Cultural Publishing, 2004. – 138 p.
6. *Shanks, N.J.* Arabian medicine in the middle ages / N.Shanks, D.Al-Kalai // *J. R. Soc. Med.* – 1984. – Vol.77, No.1. – P.60–65.
7. *Nayemouri, T.* Zakariya Razi the Iranian physician and scholar. History of ancient medicine in Iran / T.Nayemouri // *Arch. Iran Med.* – 2008. – Vol.11, No.2. – P.229–234.
8. *Russell, G.A.* Avicenna (Ibn Sina) / G.A.Russell // *Encyclopedia of Life Sciences*. – Wiley, 2002. – P.1–4.
9. *Cruse, J.M.* History of medicine: the metamorphosis of scientific medicine in the ever-present past / J.M.Cruse // *Am. J. Med. Sci.* – 1999. – Vol. 318, №3. – P. 171–180.



10. *Сточик, А.М.* Становление государственной медицины во второй половине XVIII – первой половине XIX века. Сообщение 2: Создание государственных систем подготовки медицинских кадров и призрения социально незащищенных групп населения / А.М.Сточик, С.Н.Затравкин, А.А.Сточик // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2013. – №2. – С.41–45.
11. *Кочорова, Л.В.* Краткая история университетских клиник в России и в мире / Л.В.Кочорова, А.А.Потапчук, В.В.Афанасьева // Ученые записки СПбГМУ им. И.П.Павлова. – 2018. – №4. – С.26–31.
12. *Сурмач, М.Ю.* Развитие здравоохранения Гродненской области с XII века по настоящее время как социально-историческая основа корпоративной культуры / М.Ю.Сурмач, Н.Е.Хильмончик // Журнал ГрГМУ. – 2020. – Т.18, №4. – С.493–498.
13. *Долгошапка, О.Н.* Исторические корни создания университетских клиник / О.Н.Долгошапка, А.Н.Роговой, В.С.Стрионова // Университетская клиника. – 2017. – Т.13, №1. – С.104–108.
14. *Глыбочко, П.В.* Сеченовский университет: современная трансформация обучения должна быть направлена в первую очередь на повышение качества выпускника / П.В.Глыбочко // Медицинское образование и вузовская наука. – 2017. – №2. – С.6–11.
15. *Bayzhumanova, A.* Проблематика трансформации медицинских университетов в интегрированные академические медицинские центры в Казахстане и пути их решения / A.Bayzhumanova // ASJ. – 2020. – Т.2, №43. – С.21–25.
16. *Закиева, Л.Ф.* Типология современных медицинских учреждений / Л.Ф.Закиева // Медицина и здравоохранение: материалы VII Междунар. науч. конф. (Краснодар, январь 2019 г.). – Краснодар: Новация, 2019. – С.42–47.
17. *Зиганшина, З.Р.* Эффективный образовательный процесс на примере создания университетской клиники в Казанском федеральном университете / З.Р.Зиганшина // Казанский экономический вестник. – 2016. – №1 (21). – С.71–75.
18. Модель университетской клиники Uniclinic / А.А.Аканов [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2017. – №2. – С.378–383.
19. *Wietecha, M.* Governance of the Academic Health Center: Striking the Balance Between Service and Scholarship / M.Wietecha, S.Lipstein, M.J.Rabkin // Academic Medicine. – 2009. – Vol.84, No.2. – P.170–176.
20. *Karpf, M.* The Role of Academic Health Centers in Addressing the Social Determinants of Health. Academic Medicine / M.Karpf // Journal of the Association of American Medical Colleges. – 2019. – Vol.94, No.9. – P.1273–1275.
21. *Findlay, S.* Health care reform in the states: Florida; fresh thinking for a spending squeeze / S.Findlay // Business and Health. – 1995. – Vol.13. – P.43–44.
22. Университетские клиники в Германии: инновации от первоисточников [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.medical-express.m/lechenie-v-germaniy/obzor-universitetskih-klinik-germanii>. – Дата доступа: 16.03.2021.
23. Университетские клиники зарубежный опыт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ria.ru/20121012/772707038.html>. – Дата доступа: 16.03.2021.
24. *Акулин, И.М.* Организационно-правовые принципы концепции университетской клиники как основы для научно-практического междисциплинарного сотрудничества / И.М.Акулин // Петербургский юрист. – 2015. – №3. – С.20–42.
25. *Лазаревич, С.Н.* Клиника нового формата / С.Н.Лазаревич // Гродзенская праўда. – 2019. – 18 снежня (№99). – С.6.
26. *Снежицкий, В.А.* В современной медицине важен тандем науки и практики / В.А.Снежицкий // Гродзенская праўда. – 2019. – 29 мая (№42). – С.10.

## UNIVERSITY CLINIC: HISTORY, MODELS OF FUNCTIONING IN THE WORLD, FIRST RESULTS OF PILOT PROJECT IN THE REPUBLIC OF BELARUS

**E.N.Krotkova**

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

History of university clinics (UC) starts from the time of the Ancient East and is inextricably linked to development of medical education. UC did not exist as structural subdivisions of medical universities in the Soviet healthcare system. UC revival in the Russian Federation and other CIS countries began at the beginning of the 21st century and continued actively now. The world experience of medical education is proving more and more every day that the number of emerging UC functioning according to the principle of cooperation or integration with practical healthcare institutions increases with growth of requirements to the training of highly qualified physicians. The first two years of implementation of the UC pilot project in the Republic of Belarus showed the need for wider implementation of the practice of educational, scientific and medical processes in medical universities integrating in order to determine the most effective organizational model for the country.

Keywords: university clinic; history; functioning models; Republic of Belarus; pilot project.

### Сведения об авторе:

**Кроткова Елена Николаевна**, канд. мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 6231218; e-mail: [krotkova.elena73@mail.ru](mailto:krotkova.elena73@mail.ru).

Поступила 23.03.2021 г.