

УДК 616.12:614.21](1-28) (476.7)

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕЖРАЙОННЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ НА ПРИМЕРЕ БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.Ф.Побиванцева

Брестский областной кардиологический диспансер,
ул. Медицинская, 5, 224027, г. Брест, Республика Беларусь

С целью организации деятельности межрайонных кардиологических центров в Брестской области выполнен анализ факторов среды управления кардиологической службой: внедрения нормативных документов, работы проблемной подкомиссии по кардиологии главного управления по здравоохранению Брестского областного исполнительного комитета, реализации рекомендаций европейского и белорусского общества кардиологов. Изложен процесс организации деятельности межрайонных кардиологических центров в Брестской области. Впервые выделены тактические группы пациентов, позволяющие осуществить маршрутизацию потоков по выделенным уровням оказания кардиологической помощи, разработано положение о межрайонном кардиологическом центре. Для оценки эффекта организационного эксперимента изучена динамика демографической ситуации в связи с болезнями системы кровообращения в Брестской области. Организационный эксперимент позволил снизить заболеваемость и смертность от острых форм болезней системы кровообращения в регионе.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения; кардиологическая служба; организация медицинской помощи; межрайонные кардиологические центры; маршрутизация пациентов; Брестская область.

На итоговой коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь, состоявшейся 25 февраля 2020 г., создание межрайонных ресурсных центров обозначено как одна из приоритетных задач развития здравоохранения в 2020 году. Об эффективности такого рода центров в организации специализированной медицинской помощи свидетельствуют данные многих авторов. Так, Ю.В.Петельским изучена организация работы межрайонных ресурсных центров в организации помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на примере Гродненской области [1–3], Е.А.Матусевичем, А.В.Макаревич – организация на базе Браславской ЦРБ лечебно-консультативного центра по хирургии с функциями центра экстренной медицинской помощи для четырех соседних районов северо-западного региона Витебской области [4]. В обоих исследованиях продемонстрированы доказанная социальная и экономическая эффективность, повышение доступности медицинской помощи, прежде всего, для жителей сельских районов.

Вместе с тем, в начале 2010-х гг., на фоне неблагоприятно складывающихся медико-демографических процессов, в организации медицин-

ской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения наблюдалось отсутствие современных, научно обоснованных управленческих технологий, способствующих стабилизации заболеваемости. В частности, на уровне Министерства здравоохранения до сих пор не разработан документ, регламентирующий оказание помощи пациентам с этой патологией на всех этапах и уровнях в соответствии с современными требованиями. Действует приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.03.1993 №47 «О мерах по совершенствованию кардиологической помощи населению Республики Беларусь» [5] как основополагающий нормативный акт, определяющий организационную структуру этой помощи на период его создания (1993 год). Приказом была определена структура кардиологической службы, актуальная на момент разработки документа, но не соответствующая современным реалиям и включавшая только кардиологические кабинеты поликлиник и кардиологические отделения стационаров. Межрайонный уровень не выделялся. Высокотехнологичные методики на тот момент не применялись, соответственно, логистика отсутствовала, не предлагались способы формирования поточности па-

циентов («маршрутизации») по уровням оказания помощи в зависимости от выявленной патологии.

Остро требовалась разработка инструктивно-го документа, способного решить эту проблему и совершенствовать доступность оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения с учетом развивающихся в стране и в Брестской области высокотехнологичных методик.

SWOT-анализ организационных мероприятий, влияющих на основные демографические показатели, выявил, что одной из основных точек влияния (возможности – opportunities) является создание межрайонных кардиологических центров [6]. Роль таких центров заключается во внедрении высокотехнологичных методик с открытием ангиографических кабинетов в целях обеспечения их доступности для всех слоев населения, прежде всего, – из сельских районов, что особенно важно при острой коронарной патологии, для реализации принципа «золотого часа». Межрайонные центры становятся основным координирующим органом здравоохранения II уровня по оказанию помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, для обеспечения процесса оказания высокотехнологичной экстренной, неотложной и плановой помощи.

Нормативных правовых, локальных актов либо иных решений Министерства здравоохранения Республики Беларусь о создании межрайонных кардиологических центров (МРКЦ) не существовало и не существует по сегодняшний день, несмотря на основной вклад болезней системы кровообращения в смертность населения страны. При этом, в стране есть противотуберкулезные, кожно-венерологические, онкологические МРЦ (организованы соответственно на основании приказов Министерства здравоохранения от 08.11.2012 №1323 «Об утверждении Клинического руководства по мониторингу и оценке противотуберкулезных мероприятий в Республике Беларусь» (п.2.1), от 23.01.1998 №23 «О мерах по дальнейшему совершенствованию работы кожно-венерологической службы Республики Беларусь», от 02.06.1994 №125 «О совершенствовании онкологической помощи населению Республики Беларусь» [7–9]), хотя заболеваемость указанной патологией приносит относительно меньший социально-экономический ущерб государству.

Цель настоящей публикации – изложить опыт организации деятельности межрайонных кардиологических центров в Брестской области, начиная с подготовительного этапа до представления первых итогов работы.

Материалы, методы

Нами осуществлен анализ факторов среды управления кардиологической службой Брестской области: нормативных документов, регулирующих организацию деятельности кардиологической службы; содержания работы проблемной подкомиссии комиссии по кардиологии главного управления по здравоохранению (ГУЗО) Брестского областного исполнительного комитета; рекомендаций европейского и белорусского общества кардиологов о распределении пациентов с БСК по группам кардиоваскулярного риска 2006–2010 гг.

Изучена деятельность МРКЦ в Брестской области с этапа разработки нормативной документации в 2015 г. до настоящего времени. Впервые выделены тактические группы пациентов, что позволяет осуществить маршрутизацию потоков по выделенным уровням оказания кардиологической помощи. Показания для маршрутизации разработаны автором и утверждены ГУЗО Брестского облисполкома.

Для оценки эффекта эксперимента изучена в динамике демографическая ситуация в связи с болезнями системы кровообращения в Брестской области.

Результаты и обсуждение

Подготовительный этап создания МРКЦ заключался в изучении имевшейся нормативно-правовой базы, совершенствовании деятельности проблемной подкомиссии по кардиологии управления здравоохранения Брестского областного исполнительного комитета и в разработке нормативной документации межрайонных кардиологических центров в Брестской области.

Основным инструментом контроля качества деятельности кардиологической службы Министерством здравоохранения Республики Беларусь определена экспертная оценка, осуществляемая проблемными комиссиями. Приказами Министерства здравоохранения от 09.10.2007 №805, от 07.07.2009 №674, от 23.03.2009 №298, от 19.03.2010 №271, от 12.10.2010 №1074, от 04.03.2011 №212 создавались комиссии в составе ведущих специалистов страны по различным направлениям медицинской деятельности [10–15], которым вменены в обязанности мониторинг основных демографических показателей, осуществление выездов в регионы, проведение организационно-методической работы в соответствии с компетенцией. Однако, механизма либо унифицированного подхода для определения причинно-следственных связей в динамике основных демографических показателей для разработки действен-

ных организационно-методических мероприятий не предлагалось. Целью деятельности комиссий оставалась реализация контролирующей функции. Приказы управлений здравоохранения, издаваемые в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения, регулировали и уточняли содержание этой функции комиссий и подкомиссий на уровне региона.

Вместе с тем, как известно, способом влияния на демографические процессы в рамках компетенции организаций здравоохранения является разработка действенных алгоритмов, включающих в себя управленческий анализ использования организациями здравоохранения административных территорий имеющихся в распоряжении сил и средств [16]. В связи с этим, в рамках деятельности проблемной комиссии управления здравоохранения по кардиологии в Брестской области были предложены аналитические алгоритмы анализа и выявления причинно-следственных связей влияния на медико-демографические показатели [17–19]. При работе с использованием указанных алгоритмов началось накопление данных о пациентах с болезнями системы кровообращения, об организации медицинской помощи данному контингенту в регионе, начиная с диспансеризации населения, первичной и вторичной профилактики болезней системы кровообращения и до внедрения высокотехнологичных методик [20]. Электронные базы данных о пациентах с БСК в настоящее время (начиная с 2012 г.) создаются и взаимно дополняются на разных уровнях – от кардиолога районной поликлиники до куратора района в кардиологическом диспансере, откуда «стекаются» в областную базу. Данные регулярно обновляются и корректируются, находятся в работе, в них отмечаются все маршруты пациента и результаты оказания медицинской помощи.

Как показал анализ действовавших на тот период клинических протоколов оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями системы кровообращения (постановление Министерства здравоохранения от 30.12.2014 №117 [21]) и рекомендаций общества кардиологов, требовалась организация этапности и, следовательно, маршрутизации пациентов кардиологического профиля. В связи с этим, нами разработан и Брестским УЗО внедрен приказ от 05.02.2016 №5 «О создании межрайонных кардиологических центров» [22], которым (для организации указанной выше работы) утвержден Порядок оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в Брестской области (далее – Порядок).

Порядком определены уровни оказания помощи с болезнями системы кровообращения от районного (I) до республиканского (IV) с указанием конкретных учреждений здравоохранения, оказывающих помощь пациентам с болезнями системы кровообращения от фельдшерско-акушерского пункта до ГУ «РНПЦ «Кардиология». Включены как амбулаторный, так и стационарный этапы, в том числе, оказание высокотехнологичной специализированной (интервенционной, кардиохирургической) медицинской помощи. Порядком также утверждены объемы помощи пациентам в соответствии с уровнем ее оказания, начиная со скрининговых мероприятий по определению факторов риска развития болезней системы кровообращения у населения области на уровне ФАПов (приложение 2 к приказу управления здравоохранения Брестского облисполкома от 05.02.2016 №5 [22]) до специализированных высокотехнологичных методик.

Межрайонные кардиологические центры являются вторым уровнем оказания специализированной помощи. Созданы с целью совершенствования профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, улучшения доступности квалифицированной, в том числе, высокотехнологичной интервенционной лечебно-диагностической кардиологической помощи, увеличения охвата и повышения эффективности динамического диспансерного наблюдения за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также для проведения организационно-методической и профилактической работы по вопросам кардиологической помощи в соответствующем районе области. Приложением 3 к этому приказу утверждено «Положение о межрайонном кардиологическом центре» [22], которое определяет принципы их организации на основе коллективного пользования на базах городов Пинск, Барановичи, Брест как наиболее соответствующих по уровню оснащенности, квалификации персонала и географическому положению. Определены цели, задачи и функции межрайонных кардиологических центров, а также кадровое и материально-техническое обеспечение, в том числе, учитывая функциональную основу работы, предлагаются варианты оплаты труда работников межрайонных кардиологических центров в соответствии с существующей нормативной базой.

Важным организационным моментом, направленным на совершенствование технологического процесса, принятом в Порядке оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в Брестской области, является распределение па-

циентов в зависимости от групп кардиоваскулярного риска по тактическим группам А, В, С и дальнейшее их направление по требуемым уровням оказания помощи (табл. 1).

Порядком регламентировано требование четкого определения цели направления пациентов на консультацию к кардиологу межрайонного кардиологического центра и на уровне оказания помощи. Утверждены критерии отбора. Это пациенты, у которых были выявлены:

1) ишемические изменения при проведении нагрузочных проб на фоне адекватной антиангинальной терапии;

в анамнезе перенесенный острый коронарный синдром;

с сохраняющимся высоким классом стенокардии на фоне адекватной антиангинальной терапии;

2) имели место сложные нарушения ритма: фибрилляция предсердий, трепетание предсердий, синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW-синдром) и другие синдромы предвозбуждения, АВ-блокады 2 степени и выше и т.д.);

3) рефрактерная артериальная гипертензия;

4) впервые выявленные врожденные и (или) приобретенные пороки;

5) имеет место систолическая (диастолическая) дисфункция левого желудочка неуточненной этиологии.

Положением также утверждены критерии постановки под диспансерное наблюдение в МРКЦ. Определено, что диспансерному учету в МРКЦ подлежат пациенты, у которых имели место:

1) неэффективность методов лечения, ранее применяемых в районных, городских и других территориальных организациях здравоохранения в соответствии с уровнем оказания помощи по решению врача-кардиолога МРКЦ;

2) перенесенный острый инфаркт миокарда или повторный инфаркт миокарда в сроки до 2 лет;

3) имплантация искусственного водителя ритма (наблюдаются в МРКЦ пожизненно);

Таблица 1

Тактические группы пациентов с БСК и распределение по уровням оказания помощи

Распределение пациентов тактических групп (А, В, С) по уровням оказания помощи в зависимости от групп кардиоваскулярного риска	Уровень оказания помощи и диспансерного динамического наблюдения тактических групп пациентов (А, В, С)
А. Группа пациентов, нуждающихся в наблюдении на первом уровне оказания медицинской помощи: – пациенты низкого и умеренного кардиоваскулярного риска	I) Районный уровень (первичная медицинская помощь): – фельдшерско-акушерский пункт; – сельская врачебная амбулатория, сельская участковая больница; – амбулаторно-поликлиническое отделение ЦРБ, территориальная поликлиника
В. Группа пациентов, нуждающихся в наблюдении на втором уровне оказания медицинской помощи: – пациенты умеренного кардиоваскулярного риска; – пациенты высокого кардиоваскулярного риска в стабильном состоянии с уже откорректированным и эффективным лечением; – пациенты, которые были переведены с третьего уровня оказания медицинской помощи для наблюдения по месту жительства	II) Межрайонный уровень (специализированная медицинская помощь): – кардиологический кабинет центральной поликлиники (Пинск, Барановичи, Брест); – диспансерное отделение УЗ «БОКД»
С. Группа пациентов, нуждающихся в оказании консультативной помощи и (или) диспансерном динамическом наблюдении в условиях МРКЦ либо на третьем уровне оказания медицинской помощи: – пациенты очень высокого кардиоваскулярного риска с осложненным течением заболевания, тяжелой сопутствующей патологией и недостаточным ответом на проводимую терапию и реабилитационные мероприятия	III) Областной уровень; IV) Республиканский уровень: – РНПЦ «Кардиология»

4) проведенное кардиохирургическое и (или) интервенционное лечение в сроки до 2 лет;

5) артериальная гипертензия 3 степени (риск 3–4), рефрактерная к терапии;

6) угрожающие жизни формы нарушений сердечного ритма и проводимости, зафиксированные, в том числе, хотя бы однажды при холтеровском мониторировании ЭКГ; желудочковая экстрасистолия высоких градаций, фибрилляция/трепетание предсердий, желудочковая тахикардия, атриовентрикулярная тахикардия, синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, атриовентрикулярная или синоатриальная блокада 2ст. Мобиз 2, 3 ст., бифасцикулярные, трифасцикулярные блокады;

7) хроническая сердечная недостаточность IV функционального класса (ФВ менее 40–45%);

8) III–IV функциональный класс стенокардии в трудоспособном возрасте;

9) низкий реабилитационный потенциал при полном использовании всех методов реабилитации врачами-кардиологами, реабилитологами ЦРБ, центральной поликлиники.

В целях рационального использования коечного фонда определены критерии госпитализации пациентов с болезнями системы кровообращения в кардиологические отделения. Это:

хроническая форма ишемической болезни сердца в случае утяжеления ее течения или требующая подготовки и при необходимости проведения интервенционных методов диагностики и лечения, а также требующая выполнения диагностических процедур, которые могут быть выполнены только в условиях стационара;

рефрактерная артериальная гипертензия с высокой градацией рисков и тяжелой сопутствующей патологией с целью определения дальнейшей тактики;

первичная и вторичная (в том числе, развившаяся на фоне рецидивирующей ТЭЛА) легочная гипертензия в период декомпенсации или требующая выполнения диагностических процедур в условиях стационара;

острый и (или) хронический миокардит средней и тяжелой степени (в период обострения);

кардиомиопатии, требующие выполнения диагностических процедур в условиях стационара;

впервые возникшая и (или) требующая медикаментозной или немедикаментозной кардиоверсии фибрилляция предсердий;

синкопальные (пресинкопальные, постсинкопальные) состояния, предположительно возникающие на фоне нарушения ритма и проводимости (подтвержденные ЭКГ-диагностикой брадиаритмий, блокад и т.д.);

пациенты с нарушением ритма и проводимости, сопровождающимся нестабильной гемодинамикой и (или) прогрессирующим коронарной и (или) сердечной и (или) церебральной сосудистой недостаточности;

пациенты с нестабильными состояниями, обусловленными сердечно-сосудистой патологией, нуждающиеся в оказании специализированной медицинской помощи в условиях МРКЦ направляются на стационарное лечение после консультации врача-кардиолога МРКЦ;

острый коронарный синдром с подъемом и без подъема сегмента ST после перевода из ОРИТ;

острый инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия после перевода из ОРИТ.

Вторым остро значимым фактором, существенно усложняющим процесс совершенствования помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, было и остается то, что МРКЦ организованы на функциональной основе, несмотря на наибольшую социальную значимость болезней системы кровообращения в структуре заболеваемости и смертности населения. Имеют место проблемы финансирования для закупки оборудования для ультразвуковой и функциональной диагностики, рентгенэндоваскулярной хирургии (не предусмотрено финансирование на жителей других районов), для материального стимулирования работников. Существуют трудности в организации выездов в курируемые районы, так как на это время куратор не может выполнять свои обязанности по основной деятельности. Проблематично введение ставок среднего медицинского персонала для организации формирования баз данных о пациентах с БСК в регионе, работы по приглашению их на прием и т.д.

Анализ демографической ситуации в связи с болезнями системы кровообращения в Брестской области показал следующее.

За период с 2011 по 2018 год общая смертность населения в регионе по причине БСК снизилась с 741,5 до 722,1 на 100 тыс. чел., достигнув наименьшего значения в 2015 г. – 695,9 на 100 тыс. чел. При этом, значительно снизилась смертность по причине «старость» как основной статистической «конкурирующей» причины смерти (с 200,4 на 100 тыс. чел. в 2011 г. до 127,8 на 100 тыс. чел. в 2018 г.), обусловив лишь некоторый рост удельного веса хронической ИБС в структуре смертности (с 568,9 до 587,1 на 100 тыс. чел.) [23–25].

В трудоспособном возрасте смертность от БСК снизилась со 174,1 до 143,7 на 100 тыс. чел.,

**Динамика показателя смертности при острой кардиальной патологии
за период 2011–2018 гг.**

Нозологические формы	Население	2011 (случаев на 100 тыс.)	2018 (случаев на 100 тыс.)
Острый инфаркт миокарда (I21–I22)	все	12,2	11,4
	трудоспособное	4,7	4,5
Острое нарушение мозгового кровообращения (I60–I64)	все	88,7	66,3
	трудоспособное	29,6	24,2
Другие острые формы (I24.8)	все	8,0	3,3
	трудоспособное	9,5	4,1

определив снижение удельного веса всех основных нозологий раздела в структуре (ИБС: со 109,0 до 87,6 на 100 тыс. чел., ЦВБ: с 33,1 до 27,7 на 100 тыс. чел.). Максимальное снижение показателя достигнуто в 2015–2016 гг.: до 21,2 на 100 тыс. чел. и 21,7 на 100 тыс. чел. соответственно, некоторый рост до 24,7 на 100 тыс. чел. в 2017 г. и 27,7 на 100 тыс. чел. в 2018 г. отмечался в связи с изменением законодательства о пенсионном обеспечении (увеличился возраст выхода на пенсию, когда часть населения из категории «старше трудоспособного» перешла в категорию «трудоспособное население») [23–25].

Комплекс предложенных мер позволил снизить смертность населения от острой сердечно-сосудистой патологии как в общей популяции, так и в трудоспособном возрасте (табл. 2).

Кроме того, разработанная нами технология организации потоков пациентов, способствующая улучшению медико-демографических показателей, предполагает переход социального эффекта проводимого эксперимента в экономический, когда количество выживших лиц трудоспособного возраста и лиц старше трудоспособного возраста, занятых в трудовом процессе, смогли вносить свой вклад в показатели экономического развития региона и страны.

Значимый экономический эффект предполагается достичь также путем:

снижения распространенности заболеваний, требующих значительных затрат – ОИМ, ОНМК; снижения первичной инвалидности и ее тяжести по причине болезней системы кровообращения;

снижения сроков госпитализации и показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности по причине болезней системы кровообращения;

оптимизации процесса оказания медицинской помощи и соблюдения поточности пациентов по уровням оказания помощи.

Выводы

Таким образом, совершенствование технологического процесса оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, оптимизированное внедрение и развитие высокотехнологичных методик, в том числе, включение межрайонных кардиологических центров в этот процесс, а также распределение потоков пациентов из групп кардиоваскулярных рисков по уровням оказания помощи с учетом сил и средств, находящихся в распоряжении организаций здравоохранения региона, позволили Брестской области занять лидирующие позиции в стране по выполнению высокотехнологичных методик.

Результаты организационного эксперимента существенно повлияли на демографические показатели региона в части болезней системы кровообращения в пределах компетенции кардиологической службы.

Для дальнейшего успешного внедрения опыта в других регионах, в целях обеспечения доступности и качества оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения необходимо принять ряд документов на законодательном уровне и уровне Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Цель нормативно-правового регулирования – обеспечение работы межрайонных кардиологических центров в штатном режиме. Соответствующие предложения направлены нами в Палату представителей Национального собрания Республики Беларусь, а также в адрес Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Литература

1. Петельский, Ю.В. Новые организационные подходы к профилактике острых нарушений мозгового кровообращения в Гродненской области / Ю.В.Петельский, М.Ю.Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №2. – С.37–46.
2. Петельский, Ю.В. Медико-организационные технологии раннего вмешательства при острых нарушениях мозгового кровообращения в Гроднен-

- ской области / Ю.В.Петельский, М.Ю.Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №3. – С.43–50.
3. *Петельский, Ю.В.* Управленческая модель комплексной медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Гродненской области / Ю.В.Петельский, М.Ю.Сурмач // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. – 2019. – Т.17, №1. – С.62–71.
 4. *Матусевич, Е.А.* Оптимизация оказания хирургической помощи жителям сельских районов / Е.А.Матусевич, А.В.Макаревич // Здравоохранение. – 2018. – №12. – С.15–20.
 5. О мерах по совершенствованию кардиологической помощи населению Республики Беларусь: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 24 марта 1993 г., №47; с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 10 июля 2018 г., №702.
 6. Об утверждении Клинического руководства по мониторингу и оценке противотуберкулезных мероприятий в Республике Беларусь: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 8 ноября 2012 г., №1323.
 7. О мерах по дальнейшему совершенствованию работы кожно-венерологической службы Республики Беларусь: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 23 янв. 1998 г., №23.
 8. О совершенствовании онкологической помощи населению Республики Беларусь: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 2 июня 1994 г., №125.
 9. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии. Национальные рекомендации / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Белорусское научное общество кардиологов; авторы-составители: А.Г.Мрочек, Т.А.Нечесова, И.Ю.Коробко, М.М.Ливенцева, О.С.Павлова, А.М.Пристром. – Минск, 2010. – 52 с.
 10. О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.10.2006 №781: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 9 окт. 2007 г., №805.
 11. О совершенствовании работы проблемной комиссии и признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 октября 2007 г. №805: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 7 июля 2009 г., №674.
 12. Об утверждении Инструкции о порядке работы проблемной комиссии: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 23 марта 2009 г., №298.
 13. О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 июля 2009 года №674: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 19 марта 2010 г., №271.
 14. О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 июля 2009 года №674: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 12 окт. 2010 г., №1074.
 15. О совершенствовании работы проблемных комиссий Министерства здравоохранения Республики Беларусь и утверждении Инструкции о порядке работы проблемных комиссий: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 4 марта 2011 г., №212.
 16. *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.
 17. *Побиванцева, Н.Ф.* Аналитические алгоритмы как механизм управленческого контроля за основными демографическими показателями (на примере Брестской области) / Н.Ф.Побиванцева, М.Ю.Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2020. – №1. – С.54–65.
 18. О внесении изменений и дополнений в приказ управления здравоохранения от 01.09.2009 №76: приказ УЗО Брестского областного исполнительного комитета, 12 авг. 2011 г., №5.
 19. О продолжении работы постоянно действующей проблемной комиссии управления здравоохранения по изучению заболеваемости и смертности населения: приказ УЗО Брестского областного исполнительного комитета, 1 сент. 2016 г., №33.
 20. *Сурмач, М.Ю.* SWOT-анализ факторов управления здравоохранением в решении проблемы демографической безопасности на примере Брестской области / М.Ю.Сурмач, Н.Ф.Побиванцева // Актуальные проблемы медицины: сб. материалов итоговой научно-практической конференции (24 января 2020 г.) [Электронный ресурс] / отв. ред. В.А.Снежицкий. – Гродно: ГрГМУ, 2020. – С.682–685.
 21. Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 30 дек. 2014 г. №117.
 22. О создании межрайонных кардиологических центров: приказ УЗО Брестского областного исполнительного комитета, 5 февр. 2016 г., №5.
 23. Смертность в Республике Беларусь за 2011 г.: офиц. стат. сб. / М-во здравоохран. Респ. Беларусь, сектор методологии и анализа медицинской статистики. – Минск: ГУ РНМБ, 2012. – 304 с.: табл.
 24. Смертность в Республике Беларусь за 2018 г.: офиц. стат. сб. [Электронное издание] / М-во здравоохран. Респ. Беларусь, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» (РНПЦ МТ). – Минск: ГУ РНПЦ МТ, 2019. – 261 с.: табл.
 25. *Побиванцева, Н.Ф.* Медико-демографическая ситуация в связи с болезнями системы кровообращения в Брестской области как основа организационно-управленческих решений / Н.Ф.Побиванцева // Журнал Гродненского государственного

медицинского университета. – 2020. – Т.18, №2. – С.152–160.

EXPERIENCE OF ORGANIZATION OF WORK OF INTER-DISTRICT CARDIOLOGIC CENTERS ON THE EXAMPLE OF THE BREST REGION

N.F.Pabivantsava

Brest Regional Cardiology Dispensary, 5, Meditsinskaya Str., 224027, Brest, Republic of Belarus

Analysis of management environmental factors for cardiologic services (implementation of legal acts, activity of problem sub-commission on cardiology of the Directorate of Health of Brest Regional Executive Committee, realization of recommendations of European Society of Cardiology and Belarusian Scientific Society of Cardiologists) has been done to organize activity of inter-district cardiologic centers in the Brest Region. Process of organization of activity of inter-district cardiologic centers in the Brest Region is described. Tactical

groups of patients were identified for the first time, allowing patients' routing organization to selected levels of cardiologic care, Regulation on inter-district cardiologic center was developed. Demographic situation dynamics in connection with cardiovascular diseases in the Brest Region was studied to assess effect of the organizational experiment. The organizational experiment allowed morbidity and mortality reducing from acute forms of cardiovascular diseases in the region.

Keywords: cardiovascular diseases; cardiologic service; organization of medical care; inter-district cardiologic centers; patients' routing; Brest Region.

Сведения об авторе:

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

Поступила 07.04.2020 г.