

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. Пиневиц
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

Проблемные статьи и обзоры *Problem Articles and Reviews*

<i>Щавелева М.В., Ниткин Д.М., Глинская Т.Н.</i> Первые итоги переписи населения Республики Беларусь 2019 года	
<i>Schaveleva M.V., Nitkin D.M., Glinskaya T.N.</i> First Results of the Population Census 2019 in the Republic of Belarus	4
<i>Побиванцева Н.Ф.</i> Опыт организации работы межрайонных кардиологических центров на примере Брестской области	
<i>Pabivantsava N.F.</i> Experience of Organization of Work of Inter-district Cardiologic Centers on the Example of the Brest Region	9
<i>Хейфец Н.Е., Хейфец Е.Н.</i> Права человека в аспекте взаимоотношений врача и пациента в эру электронного здравоохранения. Часть 2. Вопросы врачебной тайны и конфиденциальности информации в законодательстве Республики Беларусь	
<i>Kheifets N.Ye., Kheifets Ye.N.</i> Human Rights in e-Health Era in Terms of Physician – Patient Relationship. Part 2. Doctor – Patient Confidentiality and Confidential Information Issues in Legislation of the Republic of Belarus	17
<i>Филимонова Е.С., Аleshkevich А.И.</i> Эпидемиология почечно-клеточного рака и современные подходы к патоморфологической классификации опухолей уrogenитальной системы (обзор литературы)	
<i>Filimonova E.S., Aleshkevich A.I.</i> Epidemiology of Renal Cell Carcinoma and Modern Approaches to Pathomorphological Classification of Urogenital System’s Tumors (Literature Review)	34

Научные исследования *Scientific Research*

<i>Смычек В.Б., Козлова С.В.</i> Концептуальное обоснование подходов к модернизации существующей системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха	
<i>Smychyok V.B., Kozlowa S.W.</i> Conceptual Foundation of Approaches to Modernization of Existing System of Medical and Social Assessment of Patients with Consequences of Hearing Organ Diseases	41
<i>Салко О.Б., Щавелева М.В., Ниткин Д.М., Шваб Л.В., Беляева Е.А.</i> Удовлетворенность оказанием медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом 1 типа	
<i>Salko O.B., Schaveleva M.V., Nitkin D.M., Schvab L.V., Belyayeva E.A.</i> Satisfaction with Medical Care Provision of Patients with Type 1 Diabetes	52
<i>Рожко В.А., Шаршакова Т.М., Вейлкин И.В.</i> Оценка уровня компетентности врачей амбулаторно-поликлинического звена при принятии организационно-медицинских решений	
<i>Rozhko V.A., Sharshakova T.M., Veyalkin I.V.</i> Assessment of Competence Level of Physicians of Outpatient Polyclinic Link in Organizational and Medical Issues’ Decision-making	59
<i>Гаврилик А.А., Бойко С.Л.</i> Социально-маркетинговые исследования для поиска путей повышения экспорта медицинских услуг в приграничном регионе	
<i>Haurlyk A.A., Boyko S.L.</i> Social and Marketing Research to Find Ways to Medical Services’ Export Increase in the Border Region	68

История здравоохранения Беларуси
History of Belarus' Public Health

<i>Пилипцевич Н.Н.</i> Сто лет истории сельского здравоохранения Беларуси	
<i>Pilipsevich N.N.</i> One Hundred Years of History of Belarus' Rural Public Health	72
<i>Кулешов М.Н.</i> К 80-летию здравоохранения Ляховичского района	
<i>Kuliashov M.N.</i> To the 80th Anniversary of Lyakhovichi District Healthcare System	81

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 (март 2020 г. – май 2020 г.)	
Normative-Legal Regulation on Rendering Medical Care and Ensuring Sanitary-Epidemiologic Well-being of the Population (March 2020 – May 2020)	86

Проблемные статьи и обзоры

УДК 351.755.361(476)“2019”

ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПЕРЕПИСИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ 2019 ГОДА

¹ М.В.Щавелева, ¹ Д.М.Ниткин, ² Т.Н.Глинская

¹ Белорусская медицинская академия последипломного образования,
ул. П.Бровки, 3, корп. 3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

² Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии,
Долгиновский тракт, 157, 220053, г. Минск, Республика Беларусь

Перепись населения – это тот инструмент, который позволяет получить сведения о численности и структуре населения государства и его административно-территориальных единиц в сочетании с целым рядом дополнительных характеристик. Этим и объясняется уникальность данных, получаемых во время переписи. В октябре 2019 года в Республике Беларусь была проведена очередная перепись численности населения. В феврале 2020 года Национальный статистический комитет (Белстат) представил первые результаты прошедшей переписи. Анализу данных результатов, а также законодательной базы проведения переписи населения Республики Беларусь и посвящена данная статья.

Ключевые слова: Республика Беларусь; перепись населения; численность и структура населения.

В соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 24 октября 2016 г. №384 «О проведении в 2019 году переписи населения Республики Беларусь» (с изменениями, внесенными Указом Президента Республики Беларусь от 2 октября 2018 г. №395 «Об изменении Указа Президента Республики Беларусь») [1] в октябре (04.10 – 30.10) 2019 года в стране была проведена очередная перепись населения. Следует отметить, что проведение данной переписи имело ряд особенностей:

– перепись проведена в условиях созданного и функционирующего правового поля, определившего проведение данной процедуры;

– это третья перепись с момента обретения суверенитета Республикой Беларусь: две предыдущие были проведены соответственно в 1999 (февраль), 2009 (октябрь) годах;

– организация переписи основывалась на международных стандартах;

– результаты переписи станут составляющей частью мировой переписи населения, проводимой по Всемирной программе переписей населения и жилищного фонда. Экономический и Социальный Совет ООН в 2015 г. настоятельно призвал государства - члены ООН провести по меньшей мере

одну перепись населения и жилищного фонда в рамках Всемирной программы переписей населения и жилищного фонда в период с 2015 по 2024 год [2]. В сентябре 2016 г. Совет глав государств СНГ на заседании в г. Бишкеке, поддерживая Резолюцию ООН «Всемирная программа переписей населения и жилищного фонда 2020 года», принял решение провести очередные переписи населения в государствах - участниках СНГ в максимально близкие к 2020 году сроки (предпочтительно октябрь 2019 г. – октябрь 2020 г.). Так называемый раунд 2020 года переписей населения стран СНГ начали Азербайджанская Республика и Республика Беларусь (2019 год). Остальные государства - члены СНГ запланировали проведение переписей населения на 2020–2022 гг. [3];

– разработанная программа переписи предполагала использование комбинированного подхода к ее проведению: опрос всего населения в сочетании с данными ряда имеющихся регистров;

– проведение опроса осуществлялось путем комбинации трех методов сбора информации: традиционный обход переписчиками населения по месту жительства – сбор данных на стационарных участках – с помощью Интернет-технологий [4].

По нашему мнению, особого внимания заслуживает законодательная база, существующая в нашей стране и лежащая в основе проведения переписей. В 2006 г. принят Закон Республики Беларусь «О переписи населения» (далее – Закон) [5], которым определено, что «целью проведения переписи населения является получение информации о населении Республики Беларусь, необходимой для разработки государственных прогнозов и программ социально-экономического развития Республики Беларусь, текущих расчетов и прогнозирования численности и состава населения, изучения размещения и использования трудовых ресурсов и осуществления научных исследований» [5, ст.3]. Отметим, что численность населения является одним из главных «бюджетообразующих» показателей. Так, при обеспечении и планировании деятельности здравоохранения в соответствии с законодательной базой [6, 7], определяющими являются норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на *одного жителя...*; нормативы обеспеченности врачами общей практики, участковыми врачами (терапевтами и педиатрами суммарно), койками, аптеками, бригадами скорой медицинской помощи *на определенное число жителей*. Это еще раз подчеркивает значимость проведения переписей населения.

Основными принципами проведения переписей в нашей стране являются: научная обоснованность; периодичность; всеобщность и одномоментность; конфиденциальность персональных данных; доступность и открытость итоговых данных; единство программы переписи населения, а также методов ее проведения и обработки персональных данных для всей территории Республики Беларусь [5, ст.4]. Пользователями результатов переписей признаны «государственные органы и иные организации, в том числе иностранные и международные организации, граждане Республики Беларусь, иностранные граждане и лица без гражданства, использующие итоговые данные» [5, ст.12]. Итоговые данные переписи являются общедоступными [5, ст.26, часть первая]: правительством определен порядок предоставления информации на бесплатной и платной основе [8].

Законом определено, что «переписи проводятся, как правило, не реже одного раза в десять лет». Решение о проведении переписи, дате и сроках ее проведения принимается Президентом Республики Беларусь по предложению республиканского органа государственного управления в области государственной статистики. Данное предложение должно вноситься не позднее, чем за три года до предполагаемой переписи [5, ст.14]. При этом, не позднее чем за два года перед проведением переписи проводится пробная перепись населения. Цель

последней – апробация проектов программы переписи, методов ее проведения и пр. Пробная перепись проходит в одной или нескольких административно-территориальных единицах Республики Беларусь. Решение о пробной переписи относится к компетенции Совета Министров Республики Беларусь [5, ст.21]. Последняя пробная перепись была проведена на территории Молодечненского района Минской области со 2 по 13 октября 2017 г. [7].

Согласно Закону, в программу переписи населения Республики Беларусь в обязательном порядке должны включаться вопросы, касающиеся пола; возраста; даты рождения; места рождения; владения языками; гражданства; состава домохозяйства; состояния в браке; количества детей; образования; места жительства (места пребывания); миграционной активности; жилищных условий; источников средств существования; занятости. Также Законом делегировано Совету Министров право принимать решения о включении в программу переписи населения дополнительных вопросов [5, ст.17]. Так, постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 июня 2018 г. №505 «Об утверждении программы переписи населения Республики Беларусь 2019 года» [10] была утверждена программа переписи 2019 года, которая нашла отражение в 49 вопросах (перепись населения Республики Беларусь 2009 года включала 37 вопросов). Особое внимание законодателем уделено защите персональных данных респондентов (ст.24 Закона) [5]. Механизм реализации этих мероприятий определен постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 10 сентября 2009 г. №1178 «Об утверждении положений об организационных мерах по защите персональных данных переписи населения Республики Беларусь и порядке предоставления итоговых данных переписи населения Республики Беларусь» [8].

Даже неполный обзор законодательной базы, лежащей в основе проведения переписей в нашей стране, дает представление о том, какое это трудо- и финансовозатратное мероприятие. К этому следует добавить, что Республика Беларусь – одна из немногих стран на постсоветском пространстве, где переписи населения проводятся регулярно и в сроки, соответствующие международным рекомендациям. В соответствии с данными рекомендациями переписи должны проводиться раз в 10 лет и желательны в годы, оканчивающиеся на цифры 9, 0 или 1, чтобы получить сопоставимую демографическую информацию в установленной последовательности. На территории нашей страны переписи подобным порядком проводятся с 1979 г. Для сравнения: после обретения суверенитета переписи населения проведены в Российской Федерации в 2002 и 2010 гг. (планируемая на 2020 год перепись

сена из-за пандемии, обусловленной COVID-19), в Украине – в 2001 г., в Литве – в 2001 и 2011 гг., в Латвии – в 2000 г., в Эстонии – в 2000 и 2010–2011 гг. В Узбекистане последняя перепись населения проведена в 1989 г. (в рамках раунда 2020 года переписей населения стран СНГ ее проведение запланировано на 2022 год) [3, 4].

Первые итоги переписи населения 2019 года были озвучены Белстатом 20 февраля 2020 г. На брифинге, посвященном презентации предварительных данных переписи 2019 года, сообщены следующие данные. Перепись при традиционном обходе населения переписчиками по месту жительства прошло 48% населения; на стационарных мобильных участках – 28%; 22% населения нашей страны прошло перепись по Интернету, 2% отказались от участия [4].

Численность населения на момент начала переписи (момент счета населения – 00:00 часов 4 октября 2019 г.) составила 9413446 чел. (перепись 2009 г. – 9503807; убыль 90361 человек) [9]. По данным текущего учета, на момент 01.10.2019 была зарегистрирована большая численность населения – 9454790 человек (табл. 1).

Расхождение в численности населения между двумя способами учета составляет 0,44% по отношению к численности населения на начало переписи 2019 года. Таким образом, численность населения, «утраченного» к началу проведения переписи, составила 41344 человека, что сопоставимо с числом жителей Горьковского района Могилевской области (40,5 тыс. человек). В связи с тем, что факты рождения и смерти являются юридически установленными и зарегистрированными, мы склонны, во многом, объяснять выявленную разницу в численности населения незарегистрированной миграцией (эмиграцией) населения, в первую очередь, трудовой. Дальнейший анализ итогов переписи населения позволит установить характер распределения «утраченного» населения по половоз-

растным группам. Официальные данные Белстата о половозрастной структуре среднегодовой численности населения по республике за 2019 год пока опубликованы без учета результатов переписи.

Вместе с тем, следует обратить внимание на разнонаправленность расхождений между двумя способами учета населения для различных регионов республики. В Брестской области отмечен самый большой «недоучет» населения во время переписи – 31341 человек (2,33% по отношению к численности населения региона на начало переписи). Город Минск и особенно столичная область продемонстрировали прирост недоучтенной ранее (на 01.10.2019) численности населения (табл. 1). Таким образом, перепись, наряду с фактом трудовой миграции, традиционно выявила факты перемещения населения между регионами республики [9].

Перепись установила, что в Республике Беларусь проживает 4351473 мужчины и 5061973 женщины, что составляет соответственно 46,2 и 53,8 процентов в структуре населения [9]. В стране на 1000 мужчин приходится 1163,3 женщины. Больше всего половая диспропорция выражена в г. Минске: 1186 женщин на 1000 мужчин, далее следуют Витебская (1179,7/1000) и Гомельская (1165,7/1000) области. Менее всего выражена данная диспропорция в Минской области – 1138,9 женщин на 1000 мужчин.

По данным А.Злотникова [4], динамика гендерного соотношения по результатам послевоенных переписей на территории нашей страны выглядит следующим образом (табл. 2).

Ярко выраженная гендерная диспропорция 1959 года объясняется последствиями Великой Отечественной войны. Ее преодоление продолжалось до 1999 г. Однако «сверхсмертность» мужчин трудоспособного возраста и трудовая миграция приостановили этот процесс.

Большая часть населения страны (77,5%) проживает в городской местности (2009 год – 74,3%);

Таблица 1

Численность населения Республики Беларусь по областям и г. Минску на 1 (4) октября 2019 г., человек

Регион	Численность населения по переписи населения Республики Беларусь 2019 года	Численность населения на 1 октября 2019 г. по данным текущего учета	Расхождения в данных между способами учета населения
Республика Беларусь	9413446	9454790	(–) 41344
Брестская область	1348115	1379456	(–) 31341
Витебская область	1135731	1164554	(–) 28823
Гомельская область	1388512	1405873	(–) 17361
Гродненская область	1026816	1036529	(–) 9713
г. Минск	2018281	1986572	(+) 31709
Минская область	1471240	1432480	(+) 38760
Могилевская область	1024751	1049326	(–) 24575

22,5% – в сельской [9]. При этом, больше всего сельских жителей (44,9%) проживало и проживает в Минской области, однако доля сельских жителей в области уменьшается по сравнению с данными предыдущих переписей. По-прежнему областью с самой малой долей сельских жителей (20,7% на 04.10.2019) остается Могилевская.

Самым населенным остается Минский район, численность его жителей продолжает увеличиваться. В республике по данным переписи зарегистрировано 2 района (Краснопольский и Россонский), численность населения в которых менее 10 тысяч человек. Еще в 3 районах республики – Дрибинском, Хотимском и Наровлянском – число жителей составляет менее 11 тыс. человек и может продолжать уменьшаться при негативных тенденциях естественного движения населения и миграционных процессов [11]. В свою очередь, это требует дополнительных мер по оптимизации организации оказания медицинской помощи населению данных районов при безусловном сохранении ее доступности и высокого качества оказания.

Нами проанализировано распределение районов в зависимости от численности проживающего в них населения по регионам страны (табл. 3).

В основу распределения районов на группы нами положен п.38.3 постановления Совета Министров Республики Беларусь «О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики», касающийся норматива обеспеченности бригадами скорой медицинской помощи. Последняя редакция (2018 г.) постановления вместо ус-

редненного норматива для регионов «1 бригада скорой медицинской помощи на 12 тысяч жителей» определила дифференцированный – в зависимости от численности населения районов: до 15 тысяч жителей; от 15 до 35 тысяч; свыше 35 тысяч [7]. Данный факт еще раз подтверждает важность «бюджетобразующей» функции численности населения (с учетом уточнений, вносимых переписями), в том числе, для планирования деятельности здравоохранения.

Заключение

Актуальность сведений, получаемых во время переписи, обусловлена необходимостью разработки прогнозов и программ социально-экономического развития; «бюджетобразующей» функцией данных о численности населения.

С 1979 года сроки проведения переписей в нашей стране соответствуют международным рекомендациям. Перепись 2019 года была проведена в условиях созданного и функционирующего правового поля, определившего проведение данной процедуры.

Республика Беларусь вместе с Азербайджанской Республикой открыли раунд 2020 года переписей населения стран СНГ в рамках Всемирной программы переписей населения и жилищного фонда.

Численность населения Республики Беларусь на момент начала переписи (04.10.2019) составила 9413446 чел.; убыль населения страны по отношению к переписи 2009 года составила 90361 человек (0,95%). Проведенная перепись зафиксировала расхождение в численности населения, полученной по результатам переписи, с данными

Таблица 2

Динамика гендерного соотношения населения, проживающего на территории Республики Беларусь, по результатам переписей населения 1959–2019 годов (в процентах)

Состав по полу / Годы переписи	1959	1970	1979	1989	1999	2009	2019
Доля мужчин	44,5	45,9	46,4	46,8	47,0	46,6	46,2
Доля женщин	55,5	54,1	53,6	53,2	53,0	53,4	53,8

Таблица 3

Распределение районов в зависимости от численности проживающего в них населения*

Область	До 15 тыс. жителей	До 35 тыс. жителей	Более 35 тыс. жителей	Всего
Брестская	-	6	10	16
Витебская	6	11	4	21
Гомельская	6	7	8	21
Гродненская	2	8	7	17
Минская	-	10	12	22
Могилевская	8	10	3	21
Всего	22	52	44	118

*Без учета населения областных центров, городов Барановичи, Пинск, Новополоцк, Жодино, Бобруйск.

текущего учета населения, что, по-видимому, является следствием миграционных процессов. Также зафиксированы: сохраняющееся преобладание в структуре населения по полу женского населения (53,8%); увеличение доли городских жителей (77,5%, темп прироста – 4,3%).

Литература

1. О проведении в 2019 году переписи населения Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 24 окт. 2016 г., №384 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
2. Всемирная программа переписей населения и жилищного фонда 2020 года [Электронный ресурс]: резолюция, принятая Экономическим и Социальным Советом ООН 10 июня 2015 года. – Режим доступа: <http://www.cisstat.com/census/N1519578.pdf>. – Дата доступа: 06.03.2020.
3. Переписи населения раунда 2020 года в странах СНГ: текущая ситуация [Электронный ресурс]: записка Статкомитета СНГ по второму вопросу повестки дня 60-го заседания Совета руководителей статистических служб государств-участников Содружества Независимых Государств. – Режим доступа: <http://www.cisstat.com/council/60crsc/1/zap-1.pdf>. – Дата доступа: 06.03.2020.
4. Злотников, А. Что показывают первые итоги переписи населения Беларуси / А.Злотников // Наука и инновации. – 2020. – №4. – С.52–57.
5. О переписи населения [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 13 июля 2006 г., №144-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
6. О государственных минимальных социальных стандартах [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 11 ноября 1999 г., №322-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
7. О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 30 мая 2003 г., №724 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
8. Об утверждении положений об организационных мерах по защите персональных данных переписи населения Республики Беларусь и порядке представления итоговых данных переписи населения Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 10 сент. 2009 г., №1178 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
9. Перепись населения 2019 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by/informatsiya-dlya-respondenta/perepis-naseleniya/perepis-naseleniya-raunda-2020-goda/>. – Дата доступа: 06.03.2020.
10. Об утверждении программы переписи населения Республики Беларусь 2019 года [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 28 июня 2018 г., №505 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
11. Численность населения на 1 января 2020 г. по Республике Беларусь в разрезе областей, районов, городов, поселков городского типа: статистический бюллетень [Электронный ресурс]. – Минск: Нац. стат. комитет Респ. Беларусь, 2020. – Режим доступа: https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public_bulletin/index_16754/. – Дата доступа: 20.04.2020.

FIRST RESULTS OF THE POPULATION CENSUS 2019 IN THE REPUBLIC OF BELARUS

¹M.V.Schaveleva, ¹D.M.Nitkin, ²T.N.Glinskaya

¹ Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

² Republican Scientific and Practical Centre of Pulmonology and Tuberculosis, 157, Dolginovsky tract, 157, 220053, Minsk, Republic of Belarus

Population Census is a tool, providing information on population size and structure in the state and its administrative units in combination with a number of additional characteristics. It explains a unique nature of data, obtained during censuses. The regular Population Census was conducted in the Republic of Belarus in October 2019. The National Statistical Committee of the Republic of Belarus presented the first results of the last census in February 2020. Authors analyze these results and legislative norms for conducting population census in the Republic of Belarus in this article.

Keywords: Republic of Belarus; population census; population size and structure.

Сведения об авторах:

Щавелева Марина Викторовна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37517) 2909840; (+37529) 5513754; e-mail: mvsch@tut.by.

Ниткин Дмитрий Михайлович, д-р мед. наук, профессор; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», ректор; тел. (+37517) 2909838; e-mail: rector@belmapo.by.

Глинская Татьяна Николаевна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», ученый секретарь; тел.: (+37517) 2890361; e-mail: glinsky@tut.by.

Поступила 18.05.2020 г.

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.

УДК [614.253.84+342.721]:[614.2:004]:34] (476)

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА В АСПЕКТЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В ЭРУ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЧАСТЬ 2. ВОПРОСЫ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

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

С целью оценки соответствия нормам международного права и сложившейся в мире практике правового регулирования вопросов обеспечения прав человека при автоматизированной обработке специальных персональных данных, связанных со здоровьем (ДСЗ), и их свободном обращении, в частности, касающейся решения проблем конфиденциальности информации, в целом, и дополнительной защиты специальных персональных ДСЗ, изучены разрабатываемые и действующие законодательные акты, регулирующие данную сферу в Республике Беларусь.

Ключевые слова: специальные персональные данные, связанные со здоровьем (ДСЗ); автоматизированная обработка ДСЗ; свободное обращение ДСЗ; права человека; право на неприкосновенность личной жизни; врачебная тайна; информированное согласие; информационное обеспечение здравоохранения; Республика Беларусь; законодательство.

Введение

В первой части работы [1], выполненной 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», изучена сложившаяся практика правового регулирования вопросов обеспечения прав человека (соблюдение врачебной тайны при свободном обращении данных, связанных со здоровьем (далее – ДСЗ), обязательное предварительное информированное добровольное согласие на услугу, право на выбор услуг, право на отказ от оказания услуги, право собственного доступа и контроля доступа иных лиц (в том числе, медицинских работников) к персональной информации в системе электронного здравоохранения (далее – ЭЗ), и т.д.) при оказании услуг ЭЗ в мире, в частности, акты европейского права о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных, в том числе, ДСЗ, и о свободном обращении таких данных (Конвенция Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных №108 [2], дополнительный Протокол к Конвенции 108 о наблюдательных органах и трансграничной передаче информа-

ции ETS 181 [3], Протокол о внесении изменений в Конвенцию Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных №223 [4], Рекомендация CM/Rec (2019) 2 Комитета министров Совета Европы государствам-членам о защите персональных ДСЗ (далее – Рекомендация CM/Rec (2019) 2) [5], постановление Европейского парламента и Совета ЕС 2016/679 от 27 апреля 2016 г. «О защите физических лиц при обработке персональных данных и о свободном обращении таких данных, и отмене Директивы ЕС 95/46 (Регламент ЕС по защите персональных данных)» (далее – РЗПД) [6], другие), в соответствии с которыми в большинстве случаев обработка персональных данных, включая ДСЗ, и их свободное обращение запрещены без осуществления специальных мер защиты (в случае ДСЗ – дополнительной защиты) этих данных и на основе свободного, ясно выраженного, информированного и недвусмысленного согласия субъекта данных или других указанных в законодательстве оснований [4, ст.5, п.2], определены принципы [5, п.4, пп.4.1.а–4.1.g] и законные основания [5, п.5, пп.5а; 6, преамбула, пункты 52–54] обработки ДСЗ.

В связи с выдвигающимися предположениями о том, что внедрение ЭЗ должно сопровождаться разработкой правового механизма, направ-

ленного 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, подчеркнуто, что в Рекомендации СМ/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 [5, 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, то есть, по мнению авторов, информирование пациента сверх объема, предусмотренного национальным законодательством о здравоохранении [7, ст.46, ч.1–3, 8] и Декларацией по защите прав пациента в Европе [8, раздел 2 «Информирование», пп.2.2, 2.4] (в силу общей направленности перечисленных ниже документов как раз на достижение цели внедрения ЭЗ, связанной с повышением доступности и качества медицинской помощи и эффективности систем здравоохранения, и отсутствия в них даже на стадии планирования мероприятий, реализация которых направлена на обслуживание субъекта данных), не входит в число задач Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы [9] по созданию централизованной информационной системы здравоохранения (далее – ЦИСЗ) для формирования единого информационного архива пациентов и обмена медицинскими данными, решаемых при реализации Концепции развития электронного здравоохранения в Республике Беларусь до 2022 года [10], введении понятия и последующем ведении интегрированной электронной медицинской карты [11].

Основываясь на этом заключении, вторая часть работы посвящена изучению, в сопоставлении с мировой практикой, вопросов врачебной тайны и, в целом, конфиденциальности информации в законодательстве Республики Беларусь.

Вопросы врачебной тайны в законодательстве Республики Беларусь. Понятие врачебной тайны определено в Законе Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-ХП «О здравоохранении» (далее – Закон №2435-ХП) [7]. В статье 51 Закона №2435-ХП [7, ст.51, ч.1, абз. 3] закреплён принцип

сохранности врачебной тайны, он также содержится в клятве врача Республики Беларусь [7, ст.55].

Врачебную тайну составляют информация о факте обращения пациента за медицинской помощью и состоянии его здоровья, сведения о наличии заболевания, диагнозе, возможных методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту медицинской помощи, а в случае смерти – и информация о результатах патологоанатомического исследования [7, ст.46, ч.6].

Очевидно, что к врачебной тайне в соответствии с требованиями белорусского законодательства относится лишь весьма ограниченный перечень сведений из стандартного массива персональных данных.

Информация о состоянии здоровья пациента предоставляется лечащим врачом пациенту или лицам, указанным в части второй статьи 18 Закона №2435-ХП, – его законным представителям. При этом совершеннолетний пациент вправе определить лиц, которым следует сообщать информацию о состоянии его здоровья, либо запретить ее сообщение определенным лицам [7, ст.46, ч.1].

Предоставление информации, составляющей врачебную тайну, без согласия пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона №2435-ХП, допускается по запросу в письменной форме и (или) в виде электронного документа, оформленного в соответствии с законодательством Республики Беларусь об электронных документах и электронной цифровой подписи [7, ст.46, ч.7]:

Министерства здравоохранения Республики Беларусь, главных управлений, управлений (отделов) здравоохранения областных исполнительных комитетов и Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета в целях организации оказания медицинской помощи пациенту, осуществления в пределах их компетенции контроля за правильностью ее оказания или при угрозе распространения инфекционных заболеваний, а также при осуществлении государственного санитарного надзора;

организаций здравоохранения в целях организации оказания медицинской помощи пациенту или при угрозе распространения инфекционных заболеваний;

органов уголовного преследования и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

органов внутренних дел о явке (неявке) лица, обязанного возмещать расходы, затраченные государством на содержание детей, находящихся на государственном обеспечении, в государственную организацию здравоохранения для прохождения медицинского осмотра, а также о прохождении (непрохождении) этим лицом медицинского осмотра;

органов, осуществляющих оперативно-розыскную деятельность, в связи с осуществлением такой деятельности;

страховых организаций, Белорусского бюро по транспортному страхованию для решения вопроса о назначении страховых выплат;

местных органов военного управления для медицинского освидетельствования граждан при призыве на воинскую службу;

органов дознания в связи с проведением экспертизы для решения вопроса о возбуждении уголовного дела;

органов внутренних дел о прохождении (непрохождении) медицинского переосвидетельствования водителей механических транспортных средств, самоходных машин, наличии заболевания или противопоказания, препятствующих управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами;

нанимателя в связи с проведением расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

в иных случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Беларусь.

Кроме случаев, указанных выше, без согласия лица, обязанного возмещать расходы, затраченные государством на содержание детей, находящихся на государственном обеспечении, или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона №2435-ХП, государственная организация здравоохранения предоставляет засвидетельствованную копию заключения врачебно-консультационной комиссии о наличии либо отсутствии заболеваний, при которых родители не могут выполнять родительские обязанности, по запросу в письменной форме и (или) в виде электронного документа, оформленного в соответствии с законодательством Республики Беларусь об электронных документах и электронной цифровой подписи [7, ст.46, ч.8]:

управлений (отделов) образования местных исполнительных и распорядительных органов – в случаях, когда дети находятся на государственном обеспечении в детских домах семейного типа, опекунских семьях, приемных семьях;

детских интернатных учреждений, государственных учреждений профессионально-техниче-

ского, среднего специального, высшего образования, детских домов семейного типа, опекунских семей, приемных семей – в случаях, когда дети находятся на государственном обеспечении в этих учреждениях, семьях;

прокурора.

В целях организации оказания медицинской помощи пациенту, а также предотвращения распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний информация, составляющая врачебную тайну, может направляться организацией здравоохранения в иные государственные организации здравоохранения, к компетенции которых относится решение соответствующих вопросов, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Беларусь [7, ст.46, ч.10].

Организации здравоохранения обязаны представлять информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона №2435-ХП, а также без запроса, указанного в абзаце первом части седьмой статьи 46 [7, ст.46, ч.11]:

в правоохранительные органы при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате противоправных действий, в том числе дорожно-транспортных происшествий, а также в случаях, если состояние или заболевание пациента могут угрожать жизни и (или) здоровью людей, в порядке и по перечню, установленным Советом Министров Республики Беларусь;

в органы государственного управления, осуществляющие организацию мероприятий и координирующие деятельность республиканских органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов в ходе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, актов терроризма и массовых беспорядков, в отношении лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, актов терроризма и массовых беспорядков;

в Министерство иностранных дел Республики Беларусь в отношении иностранных граждан, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, актов терроризма и массовых беспорядков.

Организации здравоохранения обеспечивают хранение медицинских документов в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны [7, ст.46, ч.13].

Использование информации о состоянии здоровья пациента в образовательном процессе и на-

учной литературе допускается только с согласия пациента либо лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона №2435-ХІІ [7, ст.46, ч.5].

9 апреля 2020 г. Палатой представителей Национального собрания Республики Беларусь принят в первом чтении проект Закона Республики Беларусь «Об изменении Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»» (далее – законопроект «О здравоохранении») [12], которым предусмотрено абзацы первый и второй части седьмой статьи 46 Закона №2435-ХІІ изложить в следующей редакции:

«Предоставление информации, составляющей врачебную тайну, без согласия пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 настоящего Закона, допускается по запросу в письменной форме и (или) в виде электронного документа, оформленных в соответствии с законодательством:

Министерства здравоохранения, главных управлений по здравоохранению областных исполнительных комитетов и Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета в целях организации оказания медицинской помощи пациенту, при осуществлении экспертизы качества медицинской помощи, оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, при угрозе распространения инфекционных заболеваний, а также при осуществлении государственного санитарного надзора...».

Эта же часть статьи 46 Закона №2435-ХІІ после абзаца одиннадцатого дополняется абзацем следующего содержания [12]:

«органов опеки и попечительства, иных организаций, уполномоченных в соответствии с законодательством осуществлять защиту прав и законных интересов детей, в связи с осуществлением ими контроля за условиями содержания, воспитания и образования детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей...».

Также в новой редакции излагается часть девятая статьи 46 Закона №2435-ХІІ [12]:

«После смерти пациента разглашение информации, составляющей врачебную тайну, не допускается, за исключением случаев:

предусмотренных в абзацах четвертом, шестом и одиннадцатом части седьмой настоящей статьи [то есть, по запросу органов уголовного преследования и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; органов, осуществляющих оперативно-розыскную деятельность, в связи с осуществлением такой деятельности (дополнение к действующей редакции Закона №2435-ХІІ); нанимателя в связи с проведе-

нием расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания];

если при жизни пациент дал в порядке, установленном Министерством здравоохранения, письменное согласие на разглашение информации, составляющей врачебную тайну, после его смерти в отношении определенного либо неопределенного круга лиц;

предоставления информации в отношении несовершеннолетнего пациента одному из его законных представителей;

предоставления информации в отношении пациента, признанного в установленном порядке недееспособным, его опекуну;

предоставления информации в отношении пациента, не способного на момент начала оказания медицинской помощи по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, супруге (супругу) или одному из близких родственников...».

В абзацах четвертом – шестом новой редакции статьи 9, в отличие от абзаца четвертого действующей, отсылающего к части второй статьи 18 Закона №2435-ХІІ, приводится исчерпывающий перечень законных представителей пациента в конкретных ситуациях.

Очевидно, что и действующая редакция Закона №2435-ХІІ, и планируемые в соответствии с законопроектом «О здравоохранении» изменения, в сравнении с Рекомендацией СМ/Rec (2019) 2 [5, пп.5а–5е] и РЗПД [6, преамбула, пункты 52–54], содержат достаточно широкий (и продолжающийся расширяться) перечень органов управления и организаций, получающих доступ к ДСЗ (с возможностью их обработки) без согласия пациента.

Конфиденциальность ДСЗ и предварительное информированное добровольное согласие пациента на их сбор, автоматизированную обработку, хранение и свободное обращение. В европейском праве защита физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных (в случае ДСЗ – дополнительная защита, поскольку при обработке информации может произойти ее раскрытие, то есть утрата конфиденциальности) базируется на том, что *подобная информация может обрабатываться только на основе согласия субъекта данных или на какой-либо другой законной основе* (при: оказании медицинской и медико-социальной помощи медицинскими и социальными работниками (предоставлении услуг по профилактике, диагностике, лечению и медицинской реабилитации); реализации целей общественного здравоохранения; реализации действий гуманитарного характера; обеспечении высокого стандарта качества и безопас-

ности медицинской помощи, включая обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями; защите жизненно важных интересов субъекта данных или другого лица, если согласие субъекта данных не может быть получено; реализации целей, связанных с обязательствами контролера, для осуществления их прав или прав субъекта данных в части трудоустройства и социальной защиты; решении социально значимых задач в сфере медицины, проведении научных, статистических исследований; реализации действий, вытекающих из признания требований по судебному иску, выполнении требований истца или защиты в суде; в случаях, представляющих существенный общественный интерес) [2, ст.9, п.2; 4, ст.5, п.2; 5, гл.2, пп.5а; 8, раздел 4 «Конфиденциальность и защита данных», пп.4.2; 13, с.77].

В отечественной нормативно-правовой базе наиболее полно и с учетом различных нюансов объем и процесс информирования человека (пациента), подвергающегося медицинскому вмешательству, при получении информированного согласия описаны в ТКП 184-2009 (02040) «Надлежащая клиническая практика», разработанном на основании ICH GCP (Руководство по надлежащей клинической практике (Guideline for Good Clinical Practice) Международной конференции по гармонизации технических требований к регистрации фармацевтических продуктов, предназначенных для применения человеком (International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use; ICH), которое, в свою очередь, разработано с учетом действующих требований надлежащей клинической практики ЕС, США, Японии, Австралии, Канады и ВОЗ, и утвержденном постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 мая 2009 г. №50 «О некоторых вопросах проведения клинических испытаний лекарственных средств» [14, п.4.8 «Информированное согласие испытуемых»].

При создании единого информационного пространства здравоохранения (электронного здравоохранения) операции по сбору, хранению, автоматизированной обработке и обмену (включая трансграничную передачу) ДСЗ становятся неотъемлемой составной частью процесса оказания медицинской помощи пациенту. В связи с этим и для последующей имплементации (в части, относящейся к исследуемой тематике) в формы документов, содержащих информированное согласие пациента на сбор, хранение, автоматизированную обработку и обмен его персональными данными, связанными со здоровьем, ниже при-

ведены требования данного раздела ТКП 184-2009 (02040) в полном объеме:

«...4.8.1. При получении и документальном оформлении информированного согласия исследователь должен соблюдать соответствующие требования законодательства Республики Беларусь, придерживаться правил Надлежащей клинической практики / Good Clinical Practice (НКП/GCP) и этических принципов Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (рекомендации для врачей по проведению биомедицинских исследований на людях). Перед началом испытания исследователь должен иметь письменное одобрение/положительное решение Комитета по этике / Экспертного совета исследовательского центра (КЭ/ЭСИЦ) формы письменного информированного согласия и любой другой письменной информации, предоставляемой испытуемым.

4.8.2. Форму письменного информированного согласия и другую письменную информацию, предоставляемую испытуемым, следует пересматривать по мере появления новой важной информации, способной повлиять на согласие испытуемых. Новые редакции формы письменного информированного согласия и письменной информации можно применять после предварительной оценки и одобрения/положительного решения КЭ/ЭСИЦ. Испытуемый или его законный представитель должны быть своевременно ознакомлены с новой информацией, способной повлиять на желание испытуемого продолжить участие в испытании. Факт сообщения этой информации должен быть документально подтвержден.

4.8.3. Ни исследователь, ни сотрудники, участвующие в испытании, не должны оказывать давление на испытуемого или вызывать у него необоснованную заинтересованность в участии или продолжении участия в клиническом испытании.

4.8.4. Ни устная, ни письменная информация о клиническом испытании, включая форму письменного информированного согласия, не должны содержать любой формулировки, прямо вынуждающей испытуемого или его законного представителя отказаться от своих законных прав или допускающей подобное толкование. Они также не должны содержать заявлений, освобождающих исследователя, исследовательский центр, заявителя или его представителей от ответственности за допущенную халатность, или формулировок, позволяющих подобную интерпретацию,

4.8.5. Исследователь или назначенное исследователем лицо должны в полной мере проинформировать испытуемого или, если испытуемый не способен дать информированное согласие, его

законного представителя обо всех значимых аспектах испытания, в том числе ознакомить его с письменными информационными материалами и одобрением/положительным решением КЭ/ЭСИЦ.

4.8.6. Устная информация и письменные информационные материалы о клиническом испытании, включая форму письменного информированного согласия, не должны содержать специальных терминов и должны быть понятны испытуемому или его законному представителю и, если потребуется, незаинтересованному свидетелю.

4.8.7. Исследователь или назначенное исследователем лицо до получения информированного согласия должны дать испытуемому или его законному представителю достаточное время для принятия решения об участии в испытании и предоставить возможность запросить информацию о подробностях клинического испытания. Испытуемый или его законный представитель должны получить исчерпывающие ответы на все вопросы о клиническом испытании.

4.8.8. До включения субъекта в клиническое испытание он сам или его законный представитель и лицо, проводившее разъяснительную беседу, должны подписать и датировать форму письменного информированного согласия.

4.8.9. Если испытуемый или его законный представитель не умеют или не могут читать, в течение всей беседы об информированном согласии должен присутствовать незаинтересованный свидетель. После того, как испытуемому или его законному представителю прочитали и разъяснили форму письменного информированного согласия и другие предоставляемые испытуемому письменные информационные материалы, испытуемый или его законный представитель дают устное согласие на участие субъекта в испытании и, если способны, лично подписывают и датируют форму информированного согласия. Свидетель также должен подписать и лично датировать форму письменного информированного согласия; этим он подтверждает, что информация, содержащаяся в этом документе и любых других письменных информационных материалах, была точно разъяснена и, очевидно, понятна испытуемому или его законному представителю, и что согласие на участие в клиническом испытании дано добровольно испытуемым или его законным представителем.

4.8.10. В беседе при получении информированного согласия, в самой форме письменного информированного согласия, а также в любых других письменных информационных материалах,

предоставляемых испытуемым, должны быть объяснены следующие вопросы:

- а) исследовательский характер клинического испытания;
- б) цель клинического испытания;
- в) лечение в ходе клинического испытания и вероятность распределения в одну из групп испытуемых;
- г) процедуры, применяемые в ходе испытания, включая все инвазивные процедуры;
- д) обязательства испытуемого;
- е) аспекты испытания, имеющие экспериментальный характер;
- ж) неудобства для испытуемого, а также объективно предсказуемый риск как для самого испытуемого, так и для эмбриона, плода или грудного ребенка;
- з) объективно ожидаемая польза (если испытание не имеет терапевтической цели, необходимо сообщить об этом испытуемому);
- и) альтернативные процедуры или курс(ы) лечения, которые могут быть назначены испытуемому, а также их потенциальные польза и риск;
- к) компенсация и (или) лечение, на которые испытуемый может рассчитывать в случае нанесения ему вреда в ходе клинического испытания;
- л) предполагаемый размер выплат испытуемому, если таковые предусмотрены, пропорционально длительности его участия в клиническом испытании;
- м) предполагаемые расходы испытуемого, связанные с его участием в испытании, если таковые ожидаются;
- н) добровольный характер участия в испытании, возможность отказа испытуемого от участия в испытании или выбытия из него в любой момент без каких-либо штрафов или потери привилегий испытуемого;
- о) лицо(а) осуществляющие мониторинг, аудитор(ы), КЭ/ЭСИЦ и регуляторный(ые) орган(ы) получают непосредственный доступ к записям в первичной медицинской документации испытуемого в объеме, определенном законодательством Республики Беларусь, для проверки процедур и (или) данных клинического испытания, не нарушая при этом анонимности испытуемого. Подписывая форму письменного информированного согласия, испытуемый или его законный представитель дают разрешение на такой доступ к этой документации;
- п) документация, идентифицирующая личность испытуемого, будет сохраняться в тайне и не будет доступна общественности в рамках, установленных законодательством Республики Бе-

ларусь. При публикации результатов клинического испытания анонимность испытуемого будет сохранена;

р) испытуемый или его законный представитель будут своевременно ознакомлены с новой информацией, которая может повлиять на желание испытуемого продолжить участие в клиническом испытании;

с) к какому лицу или лицам (с предоставлением списка) можно обратиться для получения дополнительной информации о клиническом испытании и правах испытуемых, а также в случае нанесения вреда испытуемому в ходе клинического испытания;

т) возможные обстоятельства и (или) причины, по которым участие испытуемого в клиническом испытании может быть прекращено;

у) предполагаемая длительность участия испытуемого в клиническом испытании;

ф) приблизительное количество испытуемых, участвующих в клиническом испытании.

4.8.11. До включения в испытание субъект или его законный представитель должны получить копию подписанной и датированной формы письменного информированного согласия и другие письменные информационные материалы, предназначенные для испытуемых. Во время участия в клиническом испытании испытуемый или его законный представитель должны получать копии датированных и подписанных актуализированных версий формы информированного согласия и копии любых поправок к письменным информационным материалам, предназначенным для субъекта.

4.8.12. Если в клиническом испытании (терапевтическом или неинтервенционном) участвуют испытуемые, которые могут быть включены в испытание только на основании согласия их законных представителей, испытуемому должна быть предоставлена доступная его пониманию информация об испытании, и, если испытуемый способен, он должен подписать и лично датировать форму письменного информированного согласия помимо письменного информированного согласия, данного его законным представителем.

4.8.13. Кроме случаев, описанных в п. 4.8.14, в неинтервенционные испытания (то есть испытания, которые не предусматривают непосредственной терапевтической пользы для субъектов) следует включать только тех субъектов, которые лично дают свое согласие, а также подписывают и датируют форму письменного информированного согласия.

4.8.14. В неинтервенционные испытания могут быть включены испытуемые с согласия их за-

конных представителей при соблюдении следующих положений:

а) цели испытания требуют включения испытуемых, состояние которых не позволяет им лично дать согласие на участие;

б) возможный риск для испытуемых невысок;

в) негативное воздействие на благополучие испытуемых сведено к минимуму и незначительно;

г) испытание не является противозаконным;

д) для включения таких испытуемых запрошено одобрение/положительное решение КЭ/ЭСИЦ, и в письменном одобрении/положительном решении учтены эти аспекты.

Подобные испытания следует проводить на пациентах, находящихся в состоянии или с заболеванием, которое является показанием к применению исследуемого препарата (исключения возможны только при наличии обоснования). В таких испытаниях состояние испытуемых требует особо тщательного контроля, а их участие в испытании должно быть прекращено, если они испытывают неоправданные страдания.

4.8.15. Если субъект находится в состоянии, требующем неотложной медицинской помощи, и у него невозможно получить согласие до включения в испытание, оно должно быть затребовано у его законного представителя, если последний присутствует при этом. Когда невозможно получить предварительное согласие субъекта и отсутствует его законный представитель, для включения субъекта в испытание должны быть предприняты меры, предусмотренные программой (протоколом) и (или) другим документом, с документированным одобрением/положительным решением КЭ/ЭСИЦ для защиты прав, безопасности и благополучия субъекта, а также соблюдения соответствующих требований законодательства Республики Беларусь. Субъект или законный представитель субъекта должны быть поставлены в известность об испытании в кратчайшие сроки, у них следует получить согласие на продолжение испытания и другое согласие в случае необходимости (см. п.4.8.10)...».

В условиях внедрения ЭЗ согласие субъекта данных (пациента) должно быть предоставлено на [13, с.78; 15, с.266–267]:

создание электронной медицинской записи/электронного медицинского архива (далее – ЭМА);

внесение информации из ЭМА пациента в ЦИСЗ;

доступ к данным в ЦИСЗ других медицинских работников;

обмен данными ЭМА, включая их трансграничную передачу.

В отечественном законодательстве о здравоохранении (Закон №2435-ХІІ) выражение согласия на оказание медицинской помощи регламентировано статьей 44 [7, ст.44], определяющей, что:

необходимым условием оказания медицинской помощи пациенту является наличие предварительного согласия совершеннолетнего пациента ... или лиц, указанных в части второй статьи 18 [Закона №2435-ХІІ], ознакомленных с целью медицинского вмешательства, прогнозируемыми результатами и возможными рисками [7, ст.44, ч.1];

согласие на простое медицинское вмешательство дается устно пациентом или лицами, указанными в части второй статьи 18 [Закона №2435-ХІІ] ... Отметка о согласии на простое медицинское вмешательство делается медицинским работником в медицинских документах [7, ст.44, ч.2];

несовершеннолетние в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет имеют право самостоятельно давать согласие на простое медицинское вмешательство [7, ст.44, ч.3];

отзыв согласия на простое медицинское вмешательство осуществляется лицами, давшими его ... Отметка об отзыве согласия на простое медицинское вмешательство делается медицинским работником в медицинских документах [7, ст.44, ч.4];

обязательным условием проведения сложного медицинского вмешательства является наличие предварительного письменного согласия совершеннолетнего пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 [Закона №2435-ХІІ] [7, ст.44, ч.5];

согласие пациента на сложное медицинское вмешательство вносится в медицинские документы и подписывается пациентом либо лицами, указанными в части второй статьи 18 [Закона №2435-ХІІ], и лечащим врачом [7, ст.44, ч.6];

в случае, если сложное медицинское вмешательство должно быть выполнено срочно (неотложно), а лица, указанные в части второй статьи 18 [Закона №2435-ХІІ], отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение принимается врачебным консилиумом, а при невозможности его проведения – лечащим врачом с оформлением записи в медицинских документах [7, ст.44, ч.7];

лечащий врач (врачебный консилиум), принявший решение и осуществивший неотложное сложное медицинское вмешательство, при первой возможности должен уведомить об этом руководителя организации здравоохранения, а также лиц, указанных в части второй статьи 18 [Закона №2435-ХІІ] [7, ст.44, ч.8];

согласие на сложное медицинское вмешательство может быть отозвано пациентом либо лицами, указанными в части второй статьи 18 [Закона №2435-ХІІ], за исключением случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни или здоровья пациента [7, ст.44, ч.9];

отзыв согласия на сложное медицинское вмешательство и информация о невозможности удовлетворения отзыва с указанием причин оформляются записью в медицинских документах и подписываются пациентом либо лицами, указанными в части второй статьи 18 [Закона №2435-ХІІ], и лечащим врачом [7, ст.44, ч.10];

согласие на оказание психиатрической помощи дается и оформляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь об оказании психиатрической помощи [7, ст.44, ч.11];

перечень простых медицинских вмешательств определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь [7, ст.44, ч.12].

Законопроект «О здравоохранении» [12] предусматривает внесение следующих дополнений в статью 44 Закона №2435-ХІІ:

дополнение части первой после слова «предварительного» словами «информированного добровольного»;

дополнение части шестой предложением следующего содержания: «Форма согласия пациента на сложное медицинское вмешательство устанавливается Министерством здравоохранения»;

дополнение статьи частью следующего содержания:

«При формировании электронной медицинской карты пациента, информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров (регистров) в здравоохранении согласие, отзыв согласия на внесение и обработку персональных данных пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 [Закона №2435-ХІІ], информации, составляющей врачебную тайну, отказ от их внесения и обработки оформляются на бумажных носителях или иным способом, не запрещенным законодательством, по формам и в порядке, которые определяются Министерством здравоохранения.»

Конфиденциальность ДСЗ в рамках конституционного права на защиту от незаконного вмешательства в личную жизнь. Право на защиту от незаконного вмешательства в личную жизнь гарантировано Конституцией Республики Беларусь [16, ст.28] (далее – Конституция). Согласно Конституции [16], «...Государство обес-

печивает неприкосновенность и достоинство личности... Никто не должен подвергаться пыткам, жестокому, бесчеловечному либо унижающему его достоинство обращению или наказанию, а также без его согласия подвергаться медицинским или иным опытам» (ст.25), и «...пользование информацией может быть ограничено законодательством в целях защиты чести, достоинства, личной и семейной жизни граждан и полного осуществления ими своих прав...» (часть третья ст.34).

Вместе с тем, в белорусском законодательстве отсутствует определение понятия «личная жизнь». В юридической литературе под личной (частной) жизнью понимают физическую и духовную область, контролируруемую самим человеком. Право на личную жизнь включает в себя, в частности, право на личную тайну, свободу располагать собой, недопустимость прослушивания и записи переговоров гражданина. Информацию о состоянии здоровья также относят к сфере частной жизни.

Граница между законным и незаконным вмешательством проведена в части первой статьи 23 Конституции: «...Ограничение прав и свобод личности допускается только в случаях, предусмотренных законом, в интересах национальной безопасности, общественного порядка, защиты нравственности, здоровья населения, прав и свобод других лиц».

Умышленное разглашение медицинским, фармацевтическим или иным работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента (разглашение врачебной тайны) образует состав уголовного преступления, предусмотренного статьей 178 Уголовного кодекса Республики Беларусь (далее – УК РБ) [17].

Незаконное собиране либо распространение сведений о частной жизни, составляющих личную или семейную тайну другого лица, без его согласия, повлекшие причинение вреда правам, свободам и законным интересам потерпевшего (ст.179 УК РБ), хищение имущества путем изменения информации, обрабатываемой в компьютерной системе, хранящейся на машинных носителях или передаваемой по сетям передачи данных, либо путем введения в компьютерную систему ложной информации (ст.212 УК РБ), несанкционированный доступ к информации, хранящейся в компьютерной системе, сети или на машинных носителях, сопровождающийся нарушением системы защиты (несанкционированный доступ к компьютерной информации), повлекший по неосторожности изменение, уничтожение, блокиро-

вание информации или вывод из строя компьютерного оборудования либо причинение иного существенного вреда, несанкционированный доступ к компьютерной информации, совершенный из корыстной или иной личной заинтересованности, либо группой лиц по предварительному сговору, либо лицом, имеющим доступ к компьютерной системе или сети (части 1 и 2 ст.349 УК РБ), изменение информации, хранящейся в компьютерной системе, сети или на машинных носителях, либо внесение заведомо ложной информации, причинившие существенный вред (модификация компьютерной информации) (ст.350 УК РБ), умышленное уничтожение, блокирование, приведение в непригодное состояние компьютерной информации или программы, либо вывод из строя компьютерного оборудования, либо разрушение компьютерной системы, сети или машинного носителя (компьютерный саботаж) (ст.351 УК РБ) и несанкционированное копирование либо иное неправомерное завладение информацией, хранящейся в компьютерной системе, сети или на машинных носителях, либо перехват информации, передаваемой с использованием средств компьютерной связи, повлекшие причинение существенного вреда (ст.352 УК РБ), влекут за собой уголовную [17], а несанкционированный доступ к информации, хранящейся в компьютерной системе, сети или на машинных носителях, сопровождающийся нарушением системы защиты (ст.22.6 Кодекса Республики Беларусь об административных правонарушениях, далее – КоАП [18]), и умышленное разглашение коммерческой или иной охраняемой законом тайны без согласия ее владельца либо умышленное незаконное разглашение персональных данных лицом, которому коммерческая или иная охраняемая законом тайна либо персональные данные известны в связи с его профессиональной или служебной деятельностью (ст.22.13 КоАП) – административную ответственность [18].

При этом, в настоящее время в законодательстве Республики Беларусь однозначно не определено понятие «персональные данные», вообще не выделяются специальные персональные данные, отсутствует отдельное законодательство о защите персональных данных, тем более, о защите связанных со здоровьем персональных данных пациентов, регистровой информации, иной необезличенной информации, содержащейся в различных базах (банках) данных и пр.

Относительно понятийного аппарата, определение термина «персональные данные» приведено в трех законодательных актах – Законе Респуб-

лики Беларусь от 10 ноября 2008 г. №455-3 «Об информации, информатизации и защите информации» (далее – Закон №455-3) [19], Законе Республики Беларусь от 21 июля 2008 г. №418-3 «О регистре населения» (далее – Закон №418-3) [20] и Законе Республики Беларусь от 13 июля 2006 г. №144-3 «О переписи населения» (далее – Закон №144-3) [21] и сформулировано следующим образом:

персональные данные – это основные и дополнительные персональные данные физического лица, подлежащие в соответствии с законодательными актами Республики Беларусь внесению в регистр населения, а также иные данные, позволяющие идентифицировать такое лицо [19, ст.1, абз.24];

персональные данные физических лиц (далее – персональные данные) – совокупность основных и дополнительных персональных данных, а также данных о реквизитах документов, подтверждающих основные и дополнительные персональные данные конкретных физических лиц [20, ст.2, абз.5];

персональные данные – первичные статистические данные о конкретном респонденте, сбор которых осуществляется при проведении переписи населения [21, ст.1, абз.3].

В первом случае – в Законе №455-3 – вместо конкретного определения термина дана отсылка к другому законодательному акту, регламентирующему процесс составления и ведения регистра населения.

В последних двух случаях определения несут утилитарную нагрузку регулирования общественных отношений исключительно в той области, на которую направлено их действие – составление и ведение регистра и проведение переписи населения соответственно.

Так, регистр населения – государственная централизованная автоматизированная информационная система, основу которой составляет база персональных данных граждан Республики Беларусь, а также иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих в Республике Беларусь [20, ст.2, абз.2], и Закон №418-3 определяет порядок внесения персональных данных физических лиц в регистр населения, их актуализации, исключения, хранения, восстановления, предоставления, использования и защиты.

В свою очередь, перепись населения – систематическое сплошное государственное статистическое наблюдение, при проведении которого осуществляется сбор персональных данных на установленную дату в целях формирования и распро-

странения итоговых данных, характеризующих демографическое и социально-экономическое положение населения Республики Беларусь [21, ст.1, абз.2], и Законом №144-3 регламентированы процессы обработки (в ходе которой персональные данные обезличиваются) [21, ст.22], защиты [21, ст.24] и хранения [21, ст.25] персональных данных. При этом, подходы к защите и хранению первичных и обезличенных (то есть персональных данных, из которых исключены сведения, позволяющие идентифицировать конкретного респондента [21, ст.1, абз.4]) персональных данных различаются: персональные данные являются конфиденциальными, не подлежат распространению (разглашению), в том числе представлению в государственные органы и иные организации, и используются исключительно для формирования итоговых данных [переписи] [21, ст.24, ч.1], однако, требование конфиденциальности, установленное в отношении персональных данных, не распространяется на обезличенные персональные данные [21, ст.24, ч.2]; переписная документация на бумажных и электронных носителях информации подлежит хранению в архивах органов государственной статистики не более трех лет; по истечении установленных сроков временного хранения переписная документация на электронных носителях информации подлежит передаче на постоянное хранение в государственные архивные учреждения в порядке, установленном законодательством; обезличенные персональные данные на электронных носителях информации хранятся в органах государственной статистики до минования надобности, а их архивные копии по истечении трех лет подлежат передаче на постоянное хранение в государственные архивные учреждения в порядке, установленном законодательством [21, ст.25, ч.1, 2]. Организационные меры по защите персональных данных переписи населения определены в Положении об организационных мерах по защите персональных данных переписи населения Республики Беларусь, утвержденном постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 10 сентября 2009 г. №1178 «Об утверждении положений об организационных мерах по защите персональных данных переписи населения Республики Беларусь и порядке предоставления итоговых данных переписи населения Республики Беларусь» [22]: персональные данные подлежат защите в течение сроков, установленных законодательством; лица, входящие в состав переписного персонала, предупреждаются о необходимости обеспечения конфиденциальности персональных данных; после заполнения переписи-

ных листов, ознакомления с ними и уточнения по требованию респондента включенных в них данных доступ к персональным данным имеют только уполномоченные работники органов государственной статистики; Национальный статистический комитет: определяет подразделения или должностных лиц, ответственных за защиту персональных данных; организует работу по защите персональных данных при их передаче по сети электро-связи общего пользования; обеспечивает защиту персональных данных при их обработке в информационных системах в соответствии с требованиями законодательства об информации, информатизации и защите информации; обеспечивает применение особого режима допуска в помещения, где обрабатываются персональные данные; разграничивает доступ к персональным данным по кругу лиц при их обработке; обеспечивает размещение программно-технических средств обработки персональных данных в помещениях, соответствующих установленным требованиям технических нормативных правовых актов, в том числе системы противопожарного нормирования и стандартизации, и оборудованных охранной сигнализацией; принимает иные меры по защите персональных данных.

Законом №418-З к основным персональным данным отнесены следующие сведения о физическом лице [20, ст.8, ч.1]:

- идентификационный номер;
- фамилия, собственное имя, отчество;
- пол;
- число, месяц, год рождения;
- место рождения;
- цифровой фотопортрет;
- данные о гражданстве (подданстве);
- данные о регистрации по месту жительства и (или) месту пребывания;
- данные о смерти или объявлении физического лица умершим, признании безвестно отсутствующим, недееспособным, ограничено дееспособным.

К дополнительным персональным данным относятся данные [20, ст.10, ч.1]:

- о родителях, опекунах, попечителях, семейном положении, супруге, ребенке (детях) физического лица;
- о высшем образовании, ученой степени, ученом звании;
- о роде занятий;
- о пенсии, ежемесячном денежном содержании по законодательству о государственной службе, ежемесячной страховой выплате по обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

- о налоговых обязательствах;
- об исполнении воинской обязанности.

К данным о реквизитах документов, подтверждающих указанные персональные данные, относятся [20, ст.11, абз. 2–7]:

- название документа;
- серия;
- номер;
- дата выдачи (принятия);
- срок действия;
- наименование организации, выдавшей (принявшей) документ.

Следует отметить, что общие положения по защите персональных данных приведены именно в Законе №455-З. Основания для этого заложены в приведенном выше определении персональных данных [19, ст.1, абз.24], поскольку, в соответствии с этим определением, к персональным данным относятся не только данные физического лица, подлежащие внесению в регистр населения, но также иные данные, позволяющие идентифицировать такое лицо, а исходя из положений части первой статьи 18 указанного закона («...Никто не вправе требовать от физического лица предоставления информации о его частной жизни и персональных данных, включая сведения, составляющие личную и семейную тайну, тайну телефонных переговоров, почтовых и иных сообщений, касающиеся состояния его здоровья, либо получать такую информацию иным образом помимо воли данного физического лица, кроме случаев, установленных законодательными актами Республики Беларусь...» [19, ст.18, ч.1]), можно заключить, что к числу персональных данных законодатель относит также сведения, составляющие личную и семейную тайну, тайну телефонных переговоров, почтовых и иных сообщений, касающиеся состояния здоровья физического лица.

Режим защиты персональных данных устанавливается с момента, когда персональные данные были предоставлены физическим лицом, к которому они относятся, другому лицу, либо когда предоставление персональных данных осуществляется в соответствии с законодательными актами Республики Беларусь [19, ст.32, ч.1]. Меры к защите персональных данных должны приниматься до уничтожения персональных данных, либо до их обезличивания, либо до получения согласия физического лица, к которому эти данные относятся, на их разглашение [19, ст.32, ч.3].

Последующая передача персональных данных разрешается только с согласия физического лица, к которому они относятся, либо в соответствии с

законодательными актами Республики Беларусь [19, ст.32, ч.2].

В связи с отсутствием в настоящее время данного понятия в белорусском законодательстве, в Законе №455-З не регламентируются отношения по защите специальных персональных данных, к которым относятся ДСЗ.

13 июня 2019 г. Палатой представителей Национального собрания Республики Беларусь принят в первом чтении проект Закона Республики Беларусь «О персональных данных» (далее – законопроект «О персональных данных») [23].

Законопроект «О персональных данных» содержит определение специальных персональных данных (персональные данные, касающиеся расовой либо национальной принадлежности, политических взглядов, религиозных или других убеждений, *здоровья* или половой жизни, судимости, а также биометрические и генетические персональные данные [23, ст.1, абз.13]), также определены общие требования к сбору, обработке, распространению, предоставлению персональных данных (статья 4). Установлено, что согласие субъекта персональных данных представляет собой свободное, конкретное, информированное выражение воли субъекта персональных данных, посредством которого субъект персональных данных разрешает сбор, обработку (за исключением обезличивания), распространение, предоставление своих персональных данных (часть первая статьи 5).

Статья 9 «Сбор, обработка, распространение, предоставление специальных персональных данных» законопроекта, непосредственно регулирующая вопросы, относящиеся к теме настоящего исследования, представлена в следующем виде:

«1. Сбор, обработка (за исключением обезличивания), распространение, предоставление специальных персональных данных без согласия субъекта персональных данных запрещаются, за исключением случаев, предусмотренных в пункте 2 настоящей статьи.

2. Сбор, обработка (за исключением обезличивания), распространение, предоставление специальных персональных данных осуществляются без согласия субъекта персональных данных:

если персональные данные сделаны общедоступными самим субъектом персональных данных;

в целях организации оказания медицинской помощи при условии, что такие персональные данные обрабатываются медицинским работником, фармацевтическим работником или иным работником здравоохранения, на которого возложены обязанности по обеспечению защиты персональных данных и на которого в соответствии с зако-

нодательством распространяется обязанность сохранять врачебную тайну;

для осуществления правосудия, исполнения судебных постановлений и иных исполнительных документов, совершения исполнительной надписи, оформления наследственных прав;

для целей ведения административного и (или) уголовного процесса, осуществления оперативно-розыскной деятельности;

в случаях, предусмотренных уголовно-исполнительным законодательством, процессуально-исполнительным законодательством об административных правонарушениях, законодательством в области национальной безопасности, об обороне, о борьбе с терроризмом и противодействии экстремизму, о предотвращении легализации доходов, полученных преступным путем, финансирования террористической деятельности и финансирования распространения оружия массового поражения, о Государственной границе Республики Беларусь, о противодействии коррупции, о гражданстве, о порядке выезда из Республики Беларусь и въезда в Республику Беларусь, о статусе беженца, дополнительной защите, убежище и временной защите в Республике Беларусь;

в целях обеспечения функционирования единой государственной системы регистрации и учета правонарушений; в целях ведения криминалистических учетов;

для организации и проведения государственных статистических наблюдений, формирования официальной статистической информации; для осуществления административных процедур;

в связи с реализацией международных договоров Республики Беларусь о реадмиссии;

при документировании населения; в целях оформления и использования биометрических документов;

в случаях, предусмотренных в абзацах шестнадцатом и семнадцатом статьи 6 настоящего Закона [«...в случаях, когда сбор, обработка, распространение, предоставление персональных данных являются обязательными в соответствии с законодательными актами; в случаях, когда законодательными актами прямо предусматриваются сбор, обработка, распространение, предоставление персональных данных без согласия субъекта персональных данных...»].».

То есть, непосредственно в статье 9 законопроекта «О персональных данных» приведен исчерпывающий перечень случаев сбора, обработки (за исключением обезличивания), распространения, предоставления специальных персональных данных без согласия субъекта персональных данных.

В целом оценивая законопроект [23], следует отметить его сходство с РЗПД. Это, в частности, относится к понятию персональных данных, общим подходам к обработке персональных данных, перечню основных прав субъекта персональных данных, включая право на «забвение», наличие органа по защите персональных данных. Однако, в отличие от РЗПД, где многие вопросы регламентируются с помощью принципиально установленных обязательных норм, законопроект в большей степени ориентирован на более детальное регулирование конкретных прав и обязанностей субъектов. Кроме того, в белорусском проекте не предусматриваются такие требования, как конфиденциальность по умолчанию (учет принципов защиты персональных данных, в том числе специальных персональных данных, включая ДСЗ, по умолчанию – *privacy by default*), которая должна быть предусмотрена непосредственно при создании медицинских информационных систем (далее – МИС), в которых обрабатываются персональные данные, в том числе, специальные персональные данные, включая ДСЗ (предусмотренная конфиденциальность – *privacy by design*), а также необходимость информирования лица, если персональные данные получаются от третьих лиц, не регулируется вопрос о принятии решения на основании автоматического анализа данных и др.

Тем не менее, принятие данного закона значительно приблизило бы национальное законодательство к мировым стандартам обеспечения прав человека относительно защиты персональных данных при их автоматизированной обработке.

Вопросы информационного обеспечения здравоохранения в законодательстве Республики Беларусь. Следует отметить, что в настоящее время на законодательном уровне (Закон №2435-ХП [7]) вопросы информационного обеспечения отрасли не урегулированы. При этом, проект Закона Республики Беларусь «Об изменении Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»» (законопроект «О здравоохранении» [12]) содержит отдельную главу 7 «Информационное обеспечение в области здравоохранения», включающую статьи 37⁵ «Информационное обеспечение в области здравоохранения», 37⁶ «Централизованная информационная система здравоохранения» и 37⁷ «Оказание медицинской помощи, медицинское наблюдение и проведение медицинских экспертиз с применением телемедицинских технологий» следующего содержания:

«...Статья 37⁵. Информационное обеспечение в области здравоохранения

В рамках информационного обеспечения в области здравоохранения осуществляются:

создание, развитие, сопровождение и эксплуатация централизованной информационной системы здравоохранения;

оказание медицинской помощи, медицинское наблюдение и проведение медицинских экспертиз с применением телемедицинских технологий.

Статья 37⁶. Централизованная информационная система здравоохранения

Централизованная информационная система здравоохранения представляет собой интегрированную информационную систему, обеспечивающую централизованное хранение и обработку медицинской информации в здравоохранении, включая базы (банки) данных, реестры (регистры) о пациентах, информационное взаимодействие и доступ в установленном порядке субъектов информационных отношений к указанной информации.

Централизованная информационная система здравоохранения является государственной информационной системой.

В рамках эксплуатации централизованной информационной системы здравоохранения осуществляются:

сбор, получение, передача, обработка, накопление, хранение, поиск, предоставление медицинской информации, а также защита информации в области здравоохранения;

формирование электронной медицинской карты пациента и других электронных медицинских документов, единого электронного архива медицинской информации о пациентах, иных информационных ресурсов, государственной статистики здравоохранения;

обезличивание в порядке, определенном Министерством здравоохранения, сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь;

обеспечение доступа граждан к электронным сервисам в сфере здравоохранения;

удаленное представление информации государственным органам и организациям в предусмотренных законодательными актами случаях.

Информационные ресурсы централизованной информационной системы здравоохранения включают:

электронную медицинскую карту пациента, медицинские документы;

сведения, содержащиеся в едином электронном архиве медицинской информации о пациентах;

сведения об организациях здравоохранения;

сведения о лицах, которым оказывается медицинская помощь;

сведения о медицинских документах и сведения об организации здравоохранения, в которой медицинские документы созданы и хранятся;

сведения статистического наблюдения в сфере здравоохранения, а также сводную аналитическую информацию по вопросам осуществления медицинской деятельности и оказания медицинской помощи;

сведения об организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

классификаторы, справочники, нормативно-справочную и иную информацию в области здравоохранения.

Централизованная информационная система здравоохранения обеспечивает возможность предоставления гражданам доступа к услугам в сфере здравоохранения с использованием личного электронного кабинета пациента. Личный электронный кабинет пациента представляет собой веб-интерфейс доступа пациента к общегосударственной автоматизированной информационной системе, предназначенный для обеспечения электронного взаимодействия с централизованной информационной системой здравоохранения.

Поставщиками информации в единую централизованную информационную систему здравоохранения являются:

Министерство здравоохранения;

местные исполнительные и распорядительные органы;

иные государственные органы в соответствии с полномочиями, установленными законодательством;

организации здравоохранения;

другие организации, в том числе организации, которые наряду с основной деятельностью осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность;

индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую, фармацевтическую деятельность.

Владельцем централизованной информационной системы здравоохранения является Министерство здравоохранения.

Получение, передача, сбор, обработка, накопление, хранение, предоставление медицинской информации, содержащейся в централизованной информационной системе здравоохранения, осуществляются медицинскими работниками без согласия пациентов или лиц, указанных в части второй статьи 18 настоящего Закона, за исключением случая, когда пациент или лица, указанные в части второй статьи 18 настоящего Закона, отказались от внесения ин-

формации, составляющей врачебную тайну, в централизованную информационную систему здравоохранения.

Предоставление информации, составляющей врачебную тайну, из централизованной информационной системы здравоохранения осуществляется в соответствии со статьей 46 настоящего Закона.

Защита сведений, содержащихся в централизованной информационной системе здравоохранения, осуществляется в соответствии с законодательством об информации, информатизации и защите информации.

Статья 37⁷. Оказание медицинской помощи, медицинское наблюдение и проведение медицинских экспертиз с применением телемедицинских технологий

Телемедицинские технологии представляют собой информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами или лицами, указанными в части второй статьи 18 настоящего Закона, при необходимости:

проведения врачебных консультаций (консилиумов);

вынесения дополнительно медицинского заключения по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики оказания медицинской помощи;

осуществления лечащим врачом дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента после очного приема (осмотра, консультации);

проведения медицинских экспертиз.

При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

Документирование информации об оказании медицинской помощи, медицинском наблюдении, проведении медицинских экспертиз с применением телемедицинских технологий, включая внесение сведений в медицинские документы, осуществляется с использованием электронной цифровой подписи медицинского работника.

Применение телемедицинских технологий должно исключать возможность разглашения врачебной тайны.

Особенности оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий определяются Министерством здравоохранения.».

Соответствующие изменения Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» [12, глава

7], вне всякого сомнения, будут способствовать правовому урегулированию проблемных вопросов создания единого информационного пространства здравоохранения (электронного здравоохранения), в том числе, вопросов конфиденциальности и защиты персональных ДСЗ, играющих ключевую роль в обеспечении успеха внедрения системы ЭЗ. При этом, наиболее дискуссионным остается вопрос о принципе получения информированного согласия, основывающемся на презумпции согласия или несогласия. В большинстве развитых стран действует презумпция согласия, то есть согласие субъекта данных (пациента) на сбор и автоматизированную обработку персональных ДСЗ подразумевается по умолчанию (consent by default), и чтобы эти действия не осуществлялись, пациент должен явно выразить свое несогласие. Аналогичное указание присутствует в части восьмой статьи 37⁷ «Централизованная информационная система здравоохранения» законопроекта «О здравоохранении» [12, ст.37⁷, ч.8]: «...Получение, передача, сбор, обработка, накопление, хранение, предоставление медицинской информации, содержащейся в централизованной информационной системе здравоохранения, осуществляются медицинскими работниками без согласия пациентов или ... [их законных представителей] за исключением случая, когда пациент или ... [его/ее законные представители] отказались от внесения информации, составляющей врачебную тайну, в централизованную информационную систему здравоохранения...».

Однако, учитывая отсутствие в настоящее время в Республике Беларусь утвержденного законодательства о персональных данных и, соответственно, отсутствие особого режима «двойной защиты» ДСЗ как всех персональных данных и как специальных персональных данных, а именно, как персональных данных, связанных со здоровьем; низкий уровень правовой культуры общества в целом и, в особенности, в области прав человека; неучастие в Совете Европы и неприсоединение к соответствующим конвенциям, в нашей стране при создании ЦИСЗ предпочтительным является подход, базирующийся на презумпции несогласия, то есть от пациента должно быть получено добровольное (без давления на него), конкретное, явно выраженное, информированное согласие на любые действия по сбору, хранению, автоматизированной обработке и передаче ДСЗ, а то, что во впервые вводимой норме сделан выбор в пользу установления презумпции согласия, по мнению авторов, ошибочно.

Заключение

Вопросы, составившие предмет настоящего исследования, в нашей стране, по большей части, на законодательном уровне не урегулированы, поэтому принятие законопроектов «Об изменении Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»» и «О персональных данных» в предлагаемых редакциях [12; 23] будет способствовать становлению национального регуляторного механизма, базирующегося на нормах международного права и сложившейся в мире практике правового регулирования вопросов обеспечения прав человека при автоматизированной обработке ДСЗ и их свободном обращении. При этом, считаем, что в вопросе о принципе получения информированного согласия, основывающемся на презумпции согласия или несогласия, в законопроекте «Об изменении Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»» сделан ошибочный выбор в пользу установления презумпции согласия.

Литература

1. Хейфец, Н.Е. 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 // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2020. – №1 (102). – С.10–29.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХП // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
 8. 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.
 9. 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, 2020.
 10. Об утверждении Концепции развития электронного здравоохранения Республики Беларусь: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 20 марта 2018 г., №244.
 11. О некоторых вопросах формирования интегрированных электронных медицинских карт в Республике Беларусь: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 25 мая 2018 г., №536.
 12. Об изменении Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь (проект; принят Палатой представителей Национального собрания Республики Беларусь в первом чтении 9 апр. 2020 г.). – Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3941&p0=2019119001>. – Дата доступа: 16.04.2020.
 13. Хейфец, Н.Е. Взаимодействие врача и пациента в эру электронного здравоохранения: проблемные вопросы гарантии прав человека при формировании нормативно-правовой базы в Республике Беларусь / Н.Е.Хейфец, Е.Н.Хейфец // Цифровая трансформация общества, экономики, менеджмента и образования: сборник трудов II международной научной конференции (DSEME 2019), Екатеринбург, Российская Федерация, 5–6 дек. 2019 г.: в 2 т. / Russian Chapter Association for Information Systems, STU MIAS School of HRM Institute, Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н.Ельцина; ред.: Зузана Дворакова (Zuzana Dvorakova) [и др.]. – Sedlcany: Ustav personalistiky, 2020. – Т.2. – С.74–84. – ISBN 978-80-88327-04-2.
 14. ТКП 184-2009 (02040) «Надлежащая клиническая практика» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/000394_772849_TKP_Clinic_Praktic_Part1.pdf. – Дата доступа: 10.04.2019.
 15. Хейфец, Н.Е. Права человека в аспекте взаимоотношений врача и пациента: учет европейских норм при формировании нормативно-правовой базы электронного здравоохранения в Республике Беларусь / Н.Е.Хейфец, Е.Н.Хейфец // Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VII Всероссийской с международным участием заочной науч.-практ. конф.: в 2 ч. / под ред. з.д.н. РФ, проф. В.С.Лучкевича. – Ч.2. – СПб., 2020. – С.256–269.
 16. 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.
 17. Уголовный кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс]: 9 июля 1999 г. №275-3: принят Палатой представителей 2 июня 1999 г.: одобр. Советом Респ. 24 июня 1999 г.: в ред. Закона Респ. Беларусь от 17.07.2018 г. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
 18. Кодекс Республики Беларусь об административных правонарушениях [Электронный ресурс]: 21 апр. 2003 г. №194-3: принят Палатой представителей 17 дек. 2002 г.: одобр. Советом Респ. 2 апр. 2003 г.: в ред. Закона Респ. Беларусь от 09.01.2019 г. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
 19. Об информации, информатизации и защите информации [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 10 нояб. 2008 г., №455-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
 20. О регистре населения [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 21 июля 2008 г., №418-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
 21. О переписи населения [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 13 июля 2006 г., №144-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
 22. Об утверждении положений об организационных мерах по защите персональных данных переписи населения Республики Беларусь и порядке предоставления итоговых данных переписи населения Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 10 сент. 2009 г., №1178 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
 23. О персональных данных [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь (проект; принят Палатой представителей Национального собрания Республики Беларусь в первом чтении 13 июня 2019 г.). – Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3941&p0=2019023001>. – Дата доступа: 19.06.2019.

HUMAN RIGHTS IN E-HEALTH ERA IN TERMS OF PHYSICIAN – PATIENT RELATIONSHIP. PART 2. DOCTOR – PATIENT CONFIDENTIALITY AND CONFIDENTIAL INFORMATION ISSUES IN LEGISLATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS

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

Acting Belarusian laws and developed draft laws have been analyzed to assess their compliance with the standards of international human rights law and current world practice of legal regulation of natural persons protection with regard to automatic processing of special personal health-related data (HRD) and on the free movement of such data as it relates to solution of issues of right to privacy, doctor – patient confidentiality and protection of special personal HRD.

Keywords: special personal health-related data (HRD); automatic processing of special personal HRD; free movement of special personal HRD; human rights; right to privacy; doctor – patient confidentiality; informed consent; public health information support; Republic of Belarus; legislation.

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 17.04.2020 г.

УДК 616.61-018-006.6-036.22+616.6:[616.64+618.1]-006-091

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (обзор литературы)

^{1,2}Е.С.Филимонова, ¹А.И.Алешкевич

¹Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

²Минский городской клинический онкологический диспансер,
пр. Независимости, 64, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

В обзоре приведены данные мировой статистики и Белорусского канцер-регистра по эпидемиологии почечно-клеточного рака, а также основные факторы риска развития злокачественного процесса почки и современные подходы к патоморфологической классификации опухолей уrogenитальной системы. Освещены основные показатели канцерспецифической выживаемости пациентов в зависимости от распространенности и гистологической степени злокачественности опухоли почки, а также рекомендации по использованию четырехуровневой системы градации почечно-клеточного рака.

Ключевые слова: эпидемиология почечно-клеточного рака; факторы риска развития опухоли почки; патоморфологическая классификация опухолей уrogenитальной системы; четырехуровневая система градации рака почки.

Эпидемиология почечно-клеточного рака.

В структуре общей онкологической заболеваемости процентное соотношение новых случаев выявления злокачественного процесса почки к опухолям иных локализаций составляет не менее 3%. Отмечается стойкий прирост показателя заболеваемости с ежегодным увеличением на 2%. В отчете Американского общества онкологов за 2018 год указано, что показатель заболеваемости почечно-клеточным раком (ПКР) в США сохраняет 2-ю позицию в структуре всей онкозаболеваемости мочевыделительной системы. Согласно данным Международного агентства по изучению рака (International Agency for Research of Cancer, IARC), в 2018 г. в мире было зарегистрировано 403262 новых случаев поражения почки опухолью (2,2% в структуре общей онкологической заболеваемости), тогда как число зарегистрированных случаев смерти с установленным патоморфологическим диагнозом почечно-клеточного рака составило 175098 (1,8%) [1–4].

Показатель канцерспецифической выживаемости пациентов с клинически локализованным почечно-клеточным раком, подвергшихся органосохраняющему хирургическому лечению, составляет более 95% [5]. Пик заболеваемости соответствует возрастному промежутку в 65–74 года (рис. 1). Мужчины страдают от этого заболева-

ния почти в 1,5 раза чаще, чем женщины [6, 7]. Главными причинами изменения основных статистических показателей по выявлению почечно-клеточного рака являются увеличение продолжительности жизни населения и широкое внедрение в клинические протоколы современных лучевых методов диагностики, позволяющих выявлять скрыто протекающие формы онкологического заболевания.

Изучение статистических данных Белорусского канцер-регистра в период с 2008 по 2017 гг. указывает на отсутствие статистически значимого изменения показателя смертности за анализируемый период, который остается стабильным, составив на конец 2017 г. 6 случаев на 100 тысяч взрослого населения. Показатели одногодичной летальности и отношения смертности к заболеваемости составили 14,7 и 22,9% соответственно. В 2017 г. под диспансерным наблюдением в Республике Беларусь состояли 16774 пациента с установленным диагнозом ПКР, а в структуре онкологической заболеваемости злокачественные новообразования почки заняли 7-е место у мужчин и 10-е место у женщин (рис. 2) [8].

За последние два десятилетия отмечается стойкое увеличение количества случаев выявления опухолевого поражения почки на ранней стадии заболевания, что влечет за собой необходимость

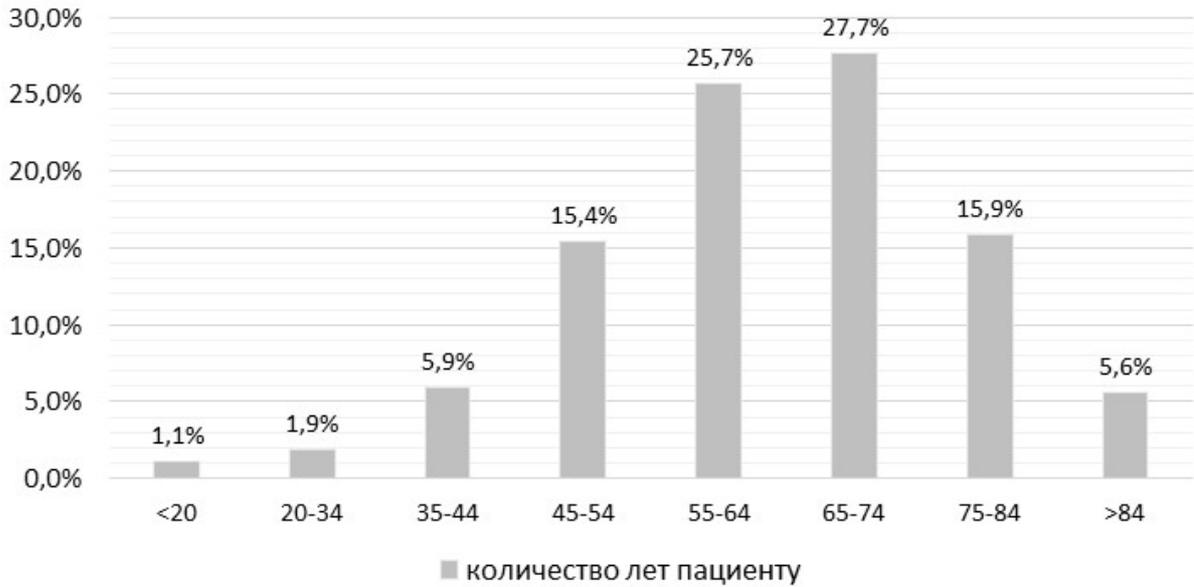


Рис. 1. Распределение показателя заболеваемости раком почки (в процентах) по возрастным интервалам в США (2012–2016 гг.)

адаптации потенциала современных визуализирующих методов исследования в алгоритмах диагностики и выбора тактики хирургического лечения данной патологии.

Основные факторы риска развития опухоли почки. Основные причины развития опухоли – курение и алкоголь, низкая физическая активность, высокое кровяное давление, избыточная масса тела, возраст пациента более 60 лет, отягощенный семейный анамнез, болезнь Гиппеля-Линдау и воздействие экзогенных канцерогенов. Одним из крупнейших проспективных ис-

следований по вопросу развития опухолевого процесса почки является работа К.Ф.Адамс с соавт., в которой представлены результаты анализа данных 320618 пациентов в сроки наблюдения с 1992 по 2003 гг. Ученые обнаружили зависимость между частотой развития опухолевого поражения почки и увеличением массы тела на 30 кг и более. Показатель относительного риска заболевания составил 2,02. Это может быть связано с более высокими концентрациями эстрогена, инсулина и факторов роста в жировой ткани пациента [1, 9].

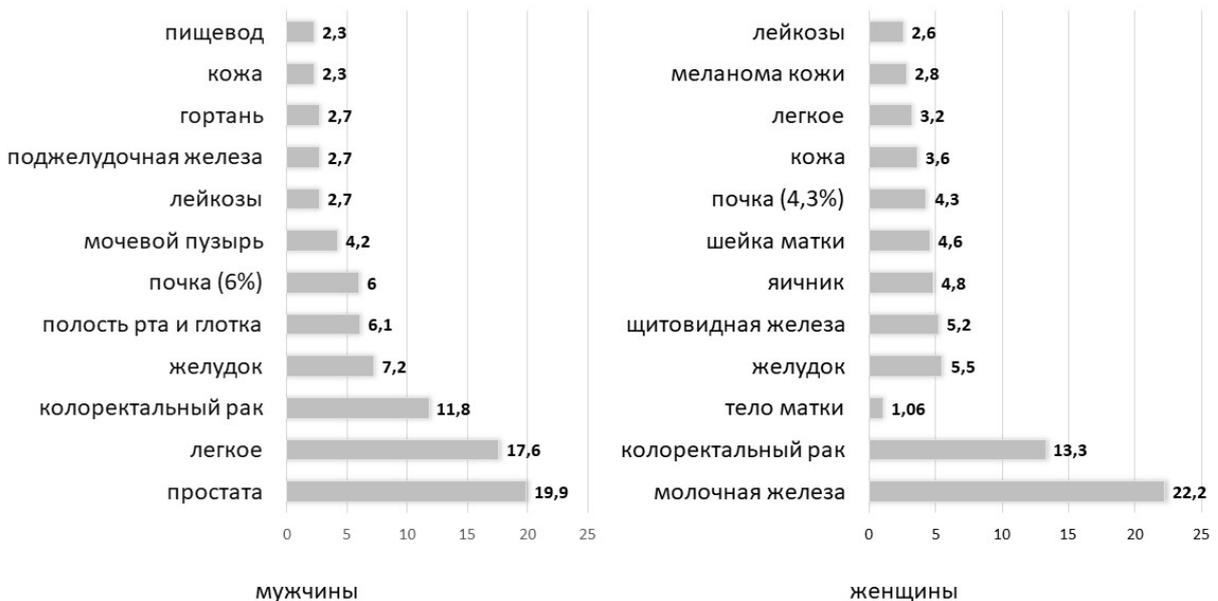


Рис. 2. Структура заболеваемости мужского и женского населения Республики Беларусь злокачественными новообразованиями в 2017 г. (в процентах)

Наличие в анамнезе хронической почечной недостаточности также сопряжено с повышенным риском развития опухоли почки. P.H.Weng с соавт., наблюдая за более чем 120000 пациентов с установленным диагнозом хронической болезни почек в течение 7 лет, установили, что относительный риск развития почечно-клеточного рака у пациентов, страдающих болезнью почек с развитием почечной недостаточности, составил 3,3 [10].

Оценка популяционного риска, проведенная в США, показала, что в 50% случаев причина появления опухоли почки остается невыясненной, поэтому дальнейшее исследование генетических нарушений может внести большой вклад в установление этиологии заболевания [11, 12].

Современные подходы к патоморфологической классификации опухолей уrogenитальной системы. Первое упоминание о раке почки относится к 1613 г., когда немецкий врач D.Sennert в работе «Practicae Medicinae» подробно описал злокачественный опухолевый процесс почки. В 1883 г. P.Gravitz дал описание опухоли почки как дополнительного объемного образования, исходящего из паренхимы органа. Впервые для опухолевого процесса почки было введено определение «гипернефроидный рак» или «гипернефрома» из-за внешнего сходства патологического образования с внутренней структурой надпочечника [13].

В настоящее время при микроскопическом изучении операционного материала врачи-патологоанатомы в основном пользуются классификацией опухолей уrogenитальной системы, утвержденной в 2004 г. Базируясь на современных рекомендациях Международного общества уропатологов (International Society of Urological Pathology, ISUP), пересмотревших подходы к патоморфологии и стадированию злокачественных заболеваний мочеполовой системы, а также учитывая результаты последних эпидемиологических, клинико-морфологических и молекулярно-генетических исследований, возникла необходимость разработки и принятия нового пересмотра классификации опухолей мочеполовой системы.

С 2016 г. вступило в силу 4-е издание морфологической классификации опухолей мочевого и мужской половой систем, утвержденное на Международном согласительном съезде в 2015 г. [14]. Ниже перечислены основные изменения, внесенные в классификацию уrogenитальной системы:

при патоморфологическом исследовании мультилокулярной кистозной опухоли почки и светло-

клеточного почечно-клеточного рака рекомендовано изучать внутреннюю структуру новообразования почки по количеству элементов некроза, так как в первом случае клеточный состав опухоли имеет более высокую степень дифференцировки и не наблюдается массовая гибель злокачественных клеток, в связи с чем не происходит формирования метастазов и, как правило, заболевание имеет более благоприятное течение [15];

упразднена группа наследственных вариантов почечно-клеточного рака. Советом экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) принято решение о том, что большинство генетически обусловленных опухолей почки могут быть включены в определенную нозологическую группу, либо могут быть представлены в виде отдельных нозологий [15];

рекомендовано рассматривать почечно-клеточный рак с MiT-транслокацией в рамках одной нозологической группы по причине схожести иммуногистохимических и морфологических характеристик. Данный подтип опухоли чаще всего встречается у детей и подростков, реже бывает обнаружен в более позднем возрасте. На генетическом уровне данный подтип рака почки обусловлен образованием химерных генов с участием гена TFE3, который является иммуногистохимическим маркером при проведении дифференциальной диагностики с другими подтипами рака почки) [15];

информация о более низком метастатическом потенциале в случае тубулокистозного почечно-клеточного рака по сравнению с раком из протоков Беллини послужила основой для выделения первого подтипа рака в отдельную нозологическую группу (менее 1% в структуре всего ПКР) [15];

последние клинико-морфологические исследования доказали, что светлоклеточно-папиллярный вариант ПКР может возникнуть в неизменной почке и только ПКР, ассоциированный с приобретенными кистами почек, возникает на поздней стадии заболевания [15];

базируясь на результатах крупного международного молекулярно-генетического исследования, было принято решение о продолжении разделения папиллярного почечно-клеточного рака на два подтипа. Отмечается, что при исследовании первого подтипа клетки опухоли небольшие по размеру с бледной цитоплазмой, а при втором подтипе определяются крупные клетки с эозинофильной цитоплазмой. Необходимо дифференцировать данные подтипы рака почки, так как прогноз заболевания во втором случае значительно хуже [16];

при дифференциальной диагностике сукцинат-дегидрогеназа-дефицитного подтипа почечно-клеточного рака с другими эозинофильно-клеточными опухолями почки следует учитывать и тот факт, что в первом случае отмечается более высокий риск прогрессирования рака и развития регионарного или отдаленного метастазирования [17];

не рекомендуется использовать термин «карциноид» при диагностике пациентов с нейроэндокринными опухолями почки [18];

при патоморфологическом исследовании наличие некроза в структуре опухоли является одной из причин, влияющих на течение заболевания. Наличие некроза более 10% объема опухоли является фактором неблагоприятного исхода заболевания [19];

некоторые подтипы рака почки до сих пор не выделены в отдельные нозологии. Типичным примером является ПКР, ассоциированный с нейробластомой [20].

Распределение опухолевого процесса почки на стадии. Необходимо учитывать, что прогноз развития заболевания для всех подтипов ПКР различается в зависимости от стадии и гистологической степени злокачественности опухоли (табл. 1) [12, 21].

С 2006 г. отмечается устойчивая тенденция к улучшению показателей выживаемости пациентов с раком почки, вероятно, из-за увеличения доли случайно выявленных опухолей во время прове-

дения профилактических осмотров и благодаря появлению новых препаратов для лечения рака, блокирующих мутантную тирозинкиназу [22].

Согласно клиническим рекомендациям, Американский объединенный комитет по изучению рака (American Joint Committee on Cancer, AJCC) и Союз по международному контролю за онкологическими заболеваниями (Union for International Cancer Control, UICC) разработали новую версию TNM-классификации для определения стадии и прогнозирования течения онкологического заболевания. В стадию T3a включены все случаи опухолевой инвазии в чашечно-лоханочную систему и синус почки. Также данной стадии заболевания соответствует не только макроскопическое распространение опухоли на почечную вену и ее сегментарные ветви, но и микроскопическая опухолевая инвазия в основные почечные сосуды (табл. 2) [8, 23].

Основными целями разработки нового пересмотра TNM-классификации, подготовленного Союзом по международному контролю за онкологическими заболеваниями, стали анализ данных и результатов исследования заболеваемости населения раком почки, а также изучение вопроса прогнозирования результатов лечения ПКР в большинстве стран мира, в том числе, с менее развитой системой здравоохранения. Существенным недостатком данной классификации является отсутствие изменений во многих разделах 8-го издания по

Таблица 1

Характеристика основных подтипов почечно-клеточного рака

Подтип ПКР	Доля в структуре ПКР (в процентах)	Распространенность опухолевого процесса (T3-4, N+, M+) (в процентах)	Показатели канцерспецифической выживаемости (относительный риск)
Светлоклеточный	80–90	28	–
Папиллярный	6–15	17,6	0,64–0,85
Хромобластный	2–5	16,9	0,24–0,56

Таблица 2

Соответствие стадии опухолевого процесса категориям TNM и показателям 5-летней выживаемости

Стадия	Категория TNM			5-летняя выживаемость (в процентах)
I	pT1	N0	M0	91,8
II	pT2	N0	M0	
III	pT1	N1	M0	64,7
	pT2	N1	M0	
	pT3	N0/N1	M0	
IV	pT4	N0/N1	M0	12,7
	Любая T	N2	M0	
	Любая T	Любая N	M1	

сравнению с 7-м изданием, учитывая результаты современных молекулярных и клинических исследований. Благодаря работе экспертов из Американского объединенного комитета по изучению рака, впервые был указан уровень доказательности для объективизации изменений при стадировании опухолевого процесса [24, 25]. На данный момент в Республике Беларусь используется классификация TNM, соответствующая 7-й редакции руководства по стадированию рака, утвержденная Комитетом по клинической классификации и прикладной статистике в 2009 г. (табл. 3).

Четырехуровневая система ядерной градации почечно-клеточного рака. На сегодняшний день рекомендовано использовать четырехуровневую систему стадирования ПКР, заменяя традиционную систему оценки опухоли по Фурман. В отличие от системы градации узла по Фурман, требующей сложной оценки клеточных ядер и внутриклеточных ядрышек, новая классификация основана только на изучении строения внутриклеточных ядрышек опухолевого узла (табл. 4) [23, 26]. Распределение опухолевого процесса почки по шкале оценки степени злокачественности опу-

холи (G_{1-4}) используется для большинства подтипов почечно-клеточного рака, за исключением хромофобного. Неблагоприятным прогностическим фактором является наличие микроскопической инвазии в кровеносные и лимфатические сосуды, при которой отмечается резкое снижение медианы опухолевоспецифической выживаемости пациента [27, 28].

Выводы. Опухолевое поражение почки является распространенным заболеванием с ежегодным приростом заболеваемости, в силу чего оно представляет серьезную медико-социальную проблему как в Республике Беларусь, так и во всем мире. Принимая во внимание основные изменения, внесенные в новую классификацию опухолей урогенитальной системы и в систему стадирования почечно-клеточного рака, а также учитывая результаты последних эпидемиологических, клинико-морфологических и молекулярно-генетических исследований, в скором времени будут внесены коррективы в протоколы диагностики и хирургического лечения почечно-клеточного рака.

Внедрение в клиническую практику нового метода малоинвазивной хирургической техни-

Таблица 3

Классификация TNM, 7-е издание

Категория	Общая характеристика
T	Первичная опухоль
TX	Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T0	Первичная опухоль не определяется
T1	Опухоль до 7 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой
T1a	Опухоль 4 см или менее
T1b	Опухоль более 4 см, но менее 7 см
T2	Опухоль более 7 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой
T2a	Опухоль более 7 см, но не более 10 см
T2b	Опухоль более 10 см, ограниченная почкой
T3	Опухоль распространяется в крупные вены либо околопочечные ткани, но не в надпочечник и не за пределы фасции Героты
T3a	Опухоль макроскопически распространяется на почечную вену или ее сегментарные ветви или опухоль поражает околопочечную жировую клетчатку и/или жировую клетчатку почечного синуса, но не выходит за пределы фасции Героты
T3b	Опухоль распространяется на полую вену на уровне ниже свода диафрагмы
T3c	Опухоль макроскопически распространяется на полую вену выше диафрагмы или поражает стенку полых вен
T4	Опухоль распространяется за пределы фасции Героты (включая непрерывное распространение на ипсилатеральный надпочечник)
N	Опухоль поражает регионарные лимфатические узлы
NX	Недостаточно данных для оценки регионарных лимфоузлов
N0	Нет признаков метастатического поражения регионарных лимфоузлов
N1	Метастаз в одном лимфатическом узле
N2	Метастазы в нескольких лимфатических узлах
M	Отдаленные метастазы
M0	Нет признаков отдаленных метастазов
M1	Имеются отдаленные метастазы

Четырехуровневая система ядерной градации ПКР

Степень дифференцировки (Grade)	Характеристика ядер
Grade 1	Ядрышки отсутствуют при увеличении в 400 раз
Grade 2	Ядрышки определяются при увеличении в 400 раз, слабо различимы при увеличении в 100 раз
Grade 3	Ядрышки видны при увеличении в 100 раз
Grade 4	Отмечается выраженный ядерный плеоморфизм, определяются многоядерные гигантские клетки и клетки с рабдоидной и/или саркоматоидной дифференцировкой

ки оперативного вмешательства на почке (энуклеорезекции) имеет множество преимуществ при сравнении с выполнением классической резекции почки: появляется возможность удаления опухолевого узла практически из любого сегмента почки с максимальным сохранением почечной ткани при значительно меньшей продолжительности ишемического повреждения, снижается риск повреждения сосудов и предупреждается возможное кровотечение в системе значимых гемодинамических сдвигов, уменьшается риск формирования мочевых свищей, а также улучшаются показатели функционального состояния почечной ткани в послеоперационном периоде с достижением значительного уровня абластики при аналогичных показателях опухолевоспецифической выживаемости, что, в совокупности, приводит к уменьшению длительности госпитализации вследствие улучшения общей клинической картины после выполнения операции, снижаются затраты на реабилитацию, и наблюдается более высокое качество жизни пациента в целом.

Литература

1. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012 / J.Ferlay [et al.] // Eur. J. Cancer. – 2013. – Vol.49. – P.1374–1403.
2. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries / F.Ferlay [et al.] // CA: A Cancer Journal for Clinicians. – 2018. – V.68, No.6. – P.394–424.
3. Siegel, R.L. Cancer statistics, 2018 / R.L.Siegel, K.D.Miller, A.Jemal // CA Cancer J. Clin. – 2018. – Vol.68, No.1. – P.7–30.
4. International variations and trends in renal cell carcinoma incidence and mortality / A.Znaor [et al.] // Eur. Urol. – 2015. – Vol.67, No.3. – P.519–530.
5. Longterm oncologic outcomes of laparoscopic radical nephrectomy for kidney cancer resection: Dundee cohort and metaanalysis of observational studies / C.Tait [et al.] // Surg. Endosc. – 2011. – Vol.25, No.10. – P.3154–3161.
6. Wong Ho, C. Contemporary renal cell cancer epidemiology / C.Wong Ho, S.Devesa // Cancer J. – 2008. – Vol.14, No.5. – P.288–301.
7. SEER (CSR) [Electronic resource]: SEER Cancer Statistics Review. – Mode of access: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/kidrp.html>. – Date of access: 22.03.2020.
8. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2008–2017) / А.Е.Океанов [и др.]; под ред. О.Г.Суконко. – Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова, 2018. – С.14–74.
9. Moyad, M.A. Review of potential risk factors for kidney (renal cell) cancer / M.A.Moyad // Semin. Urol. Oncol. – 2001. – Vol.19, No.4. – P.280–293.
10. Cancer specific mortality in chronic kidney disease: longitudinal follow up of a large cohort / P.H.Weng [et al.] // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. – 2011. – Vol.6, No.5. – P.1121–1128.
11. Linehan, W.M. The genetic basis of cancer of the kidney / W.M.Linehan, M.M.Walther, B.J.Zbar // J. Urol. – 2003. – Vol.170, Issue 6. – P.2163–2172.
12. Histopathology of surgically treated renal cell carcinoma: survival differences by subtype and stage / K.A.Keegan [et al.] // J. Urol. – 2012. – Vol.188, Issue 2. – P.391–397.
13. Delahunt, B. History of the Development of the Classification of Renal Cell Neoplasia / B.Delahunt, J.N.Eble // Clinics in Laboratory Medicine. – 2005. – Vol.25, No.2. – P.231–246.
14. Moch, H. WHO classification 2016 and first S3 guidelines on renal cell cancer: What is important for the practice? / H.Moch // Pathologie. – 2016. – Vol.37, No.2. – P.127–133.
15. Бежанова, С.Д. Опухоли почек. Новая классификация опухолей уrogenитальной системы Всемирной организации здравоохранения 2016 г. / С.Д.Бежанова // Архив патологии. – 2017. – Т.79, №2. – С.48–52.
16. Comprehensive molecular characterization of papillary renal-cell carcinoma / W.M.Linehan [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2016. – Vol.374, No.2. – P.135–145.
17. Succinate dehydrogenase (SDH)-deficient renal carcinoma: a morphologically distinct entity: a clinicopathologic series of 36 tumors from 27 patients

- /A.J.Gill [et al.] // Am. J. Surg. Pathol. – 2014. – Vol.38, No.12. – P.1588–1602.
18. Moch, H. Neuroendocrine tumors of the kidneys / H.Moch // Pathologie. – 2015. – Vol.36, No.3. – P.278–282.
19. Prognostic utility of the recently recommended histologic classification and revised TNM staging system of renal cell carcinoma / H.Moch [et al.] // Cancer. – 2000. – Vol.89, No.3. – P.604–614.
20. Translocation carcinomas of the kidney after chemotherapy in childhood / P.Argani [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2006. – Vol.24, No.10. – P.1529–1534.
21. Histological subtype is an independent of outcome for patients with renal cell carcinoma / B.C.Leibovich [et al.] // J. Urol. – 2010. – Vol.183, Issue 4. – P.1309–1316.
22. Treatment and overall survival in renal cell carcinoma: a Swedish population based study (2000–2008) / T.Wahlgren [et al.] // Br. J. Cancer. – 2013. – Vol.108, No.7. – P.1541–1549.
23. The international society of urological pathology (ISUP) grading system for renal cell carcinoma and other prognostic parameters / B.Delahunt [et al.] // Am. J. Surg. Pathol. – 2013. – Vol.37, No.10. – P.1490–1504.
24. The eighth edition AJCC cancer staging manual: continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging / M.B.Amin // CA. Cancer. J. Clin. – 2017. – Vol.67, No.2. – P.93–99.
25. American Joint Committee on Cancer acceptance criteria for inclusion of risk models for individualized prognosis in the practice of precision medicine / M.W.Kattan [et al.] // CA. Cancer. J. Clin. – 2016. – Vol.66, No.5. – P.370–374.
26. О стадировании онкоурологических заболеваний по обновленной TNM-классификации 8-го издания / А.А.Киричек [и др.] // Онкоурология. – 2018. – Т.14, №1. – С.166–172.
27. Rhabdoid differentiation is associated with aggressive behavior in renal cell carcinoma: a clinicopathologic analysis of 76 cases with clinical follow-up / C.G.Przybycin [et al.] // Am. J. Surg. Pathol. – 2014. – Vol.38, No.9. – P.1260–1265.
28. Герминальные нонсенс-мутации в гене *SMARCB1* у российских пациентов с рабдоидными опухолями почек / Д.С.Михайленко [и др.] // Онкоурология. – 2017. – Т.13, №2. – С.14–19.

EPIDEMIOLOGY OF RENAL CELL CARCINOMA AND MODERN APPROACHES TO PATHOMORPHOLOGICAL CLASSIFICATION OF UROGENITAL SYSTEM'S TUMORS (LITERATURE REVIEW)

^{1, 2} **E.S.Filimonova, ¹ A.I.Aleshkevich**

¹ Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

² Minsk City Clinical Oncologic Dispensary, 64, Nezavisimosti Ave., 220013, Minsk, Republic of Belarus

This review provides data from world statistics and Belarusian Cancer Register on renal cell carcinoma epidemiology, as well as main risk factors of malignant process in kidney forward and modern approaches to pathomorphological classification of urogenital system's tumors. Basic indicators of cancer-specific survival of patients depending on kidney tumor prevalence and histological degree of malignancy, as well as recommendations on use of four-level gradation system of renal cell carcinoma are highlighted.

Keywords: renal cell carcinoma; epidemiology; risk factors for kidney tumors' development; pathomorphological classification of urogenital system's tumors; four-level gradation system of renal cell carcinoma.

Сведения об авторах:

Филимонова Елена Сергеевна; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии, соискатель; УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер», врач кабинета компьютерной томографии; тел.: (+37529) 1806578; e-mail: elena.filimonova.med@gmail.com.

Алешкевич Александр Иосифович, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», зав. кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии.

Поступила 23.03.2020 г.

УДК 616.28-008.1:[343.148.22+616-058]:005.59/.6 (476)

КОНЦЕПТУАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОДХОДОВ К МОДЕРНИЗАЦИИ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА СЛУХА

В.Б.Смычѣк, С.В.Козлова

¹ Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации,
Колодищанский сельсовет, 93, 223027, район д. Юхновка,
Минский район, Минская область, Республика Беларусь

В настоящее время в Республике Беларусь оценка степени выраженности ограничений жизнедеятельности у лиц со стойкими нарушениями функции слуха осуществляется с использованием критериев, разработанных с позиций Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН), которая рассматривает возникающие проблемы в функционировании индивидуума вследствие слухового дефицита без учета влияния факторов окружающей среды и не отражает в полном объеме современное представление о болезни с позиций биопсихосоциальной модели. Существующая система оценки функциональных нарушений у лиц со слуховыми нарушениями основана на использовании устаревшей классификации тугоухости, предложенной экспертами ВОЗ в 1975 г., а также на применении методик определения функции слуха и эффективности слухопротезирования, имеющих большую долю субъективности. На сегодняшний день отсутствует структурированное описание составляющих реабилитационного потенциала лиц со слуховыми нарушениями, что приводит к упущению реализации всех возможностей для достижения социальной интеграции этой категории граждан. С целью совершенствования подходов к проведению медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь проведен анализ существующих понятийно-концептуальных и методических норм по данному вопросу, а также предложены пути решения выявленных проблем.

Ключевые слова: последствия заболеваний органа слуха; слуховые нарушения; Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ); медико-социальная экспертиза; инвалидность; реабилитационный потенциал.

Введение. В настоящее время в Республике Беларусь оценка степени выраженности ограничений жизнедеятельности у лиц со стойкими нарушениями функции слуха осуществляется с использованием критериев, разработанных с позиций Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) [1, 2]. Освидетельствование граждан со слуховым дефицитом проводится с целью дальнейшего определения их нуждаемости в различных видах и формах социальной за-

щиты, реализация которых обеспечивает создание нормальных условий для полноценного и эффективного участия этой категории граждан в жизни общества наравне с другими.

Применяемая модель МКН предложена экспертами ВОЗ более 20 лет назад [3, 4]. Она рассматривает возникающие проблемы в функционировании индивидуума вследствие слухового дефицита без учета влияния факторов окружающей среды, теряя, таким образом, возможность выявления группы причин и механизмов, на ко-

которые можно воздействовать для достижения физического, психологического и социального благополучия этой категории лиц.

Кроме того, существующий комплексный подход в медико-социальной оценке последствий стойких слуховых нарушений основан на устаревшей классификации тугоухости и методиках определения функции слуха и эффективности слухопротезирования, имеющих большую долю субъективности [5].

В настоящее время возникла необходимость в оптимизации экспертизы нарушений жизнедеятельности пациентов со слуховыми нарушениями, которая должна включать как применение современных классификаций, так и модернизацию методов ее проведения, для выявления проблем функционирования лиц в условиях слухового дефицита.

С целью совершенствования подходов к проведению медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь нами проведен анализ существующих понятийно-концептуальных и методических норм по данному вопросу, а также предложены пути решения выявленных проблем.

Цель исследования – провести анализ фактического состояния системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха, выявить существующие проблемы и разработать пути их решения.

Материалы и методы. Для достижения цели настоящего исследования были использованы следующие методы: аналитический, экспертных оценок, клинический, клинико-инструментальный, клинико-экспертный.

Сформирована репрезентативная выборка, объем которой составил 129 пациентов трудоспособного возраста (от 17 до 56 (61) лет) с нарушениями слуха различной степени выраженности, проходивших освидетельствование в медико-реабилитационных комиссиях и ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» за период с 2016 по 2018 гг. Из них: 69 (53,49%) женщин и 60 (46,51%) мужчин. Все лица, включенные в исследование, или использовали различные слуховые протезы, или нуждались в их применении. Этой категории граждан на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии» было проведено клинико-функциональное обследование с целью уточнения степени выраженности имеющихся у них слуховых нарушений, и выполнена оценка эффективности слухопротезирования.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel и StatSoft Statistica.

Результаты и обсуждение

Анализ полноты понятийных основ в концептуальной модели Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Нами проведен анализ составляющих в классификации, который показал, что существующий ряд терминов требует пересмотра. Их применение в медико-социальной экспертизе пациентов со слуховыми нарушениями имеет принципиальное значение для повышения объективности выносимого экспертного решения, а, значит, и для дальнейшего определения необходимого объема социальной помощи этой категории граждан, включая проведение реабилитационных мероприятий.

Детального пересмотра требуют следующие термины, используемые в МКН:

линейность модели;

социальная недостаточность;

функциональный класс (ФК), введенный в 1995 г. белорусскими учеными Л.С.Гиткиной и др. с целью оценки степени выраженности нарушений функций и ограничений жизнедеятельности [6–8].

Анализ концепции модели МКН показал, что, воздействуя на последствия болезни на одном уровне, можно привести к минимизации их проявлений на другом уровне. Возникающие морфо-функциональные изменения со стороны отдельных органов и систем организма в результате воздействия вызывающих расстройство здоровья различных факторов физической и социальной окружающей среды приводят к частичной или полной утрате способности индивидуума осуществлять деятельность в объеме, соответствующем определенному возрасту биологического развития человека. При этом, появившиеся ограничения жизнедеятельности вследствие нарушений функций в дальнейшем обуславливают невозможность выполнения личностью обычной для ее социального положения роли в жизни. Возникающие проблемы в привычной деятельности человека ставят его в невыгодные условия в сравнении с другими людьми с точки зрения общественных норм, тем самым препятствуя интеграции индивидуума в общество, в результате чего возникает потребность в его социальной защите.

Таким образом, сформулированная медико-социальная модель болезни в МКН рассматрива-

ет возникающие проблемы в функционировании индивидуума только с позиции последствий заболевания, при которой одно нарушение порождает развитие другого, следовательно, отображая состояние системы в виде линейной модели. Однако представленная последовательность ее структур исключает оценку влияния результатов множественных взаимодействий различных компонентов на состояние здоровья в двух направлениях. Кроме того, отсутствие в классификации полного раскрытия иных причин, а именно, роли факторов социальной и физической окружающей среды как в формировании последствий заболеваний, так и в их преодолении, препятствует созданию обоснованных и эффективных механизмов по решению возникающих проблем.

Применение МКН, остающейся классификацией последствий болезни, не описывает «составляющие здоровья» человека, которые формируют его нормальное функционирование. Описание только последствий болезни индивидуума приводит к недооценке сохраненных возможностей в функциональной деятельности, привычной для лиц с отсутствием нарушений, использование которых позволит минимизировать инвалидизирующие проявления болезни. Концептуальная понятийная недостаточность в существующей модели делает систему неэффективной вследствие отсутствия инструмента, с помощью которого можно исследовать все аспекты здоровья и некоторые составляющие благополучия, относящиеся к здоровью, для того, чтобы не только оценить степень медико-социальной дезадаптации индивидуума, возникающую в результате нарушений, связанных с изменением здоровья, но и создать реабилитационную технологию для устранения порождающих ее причин.

Используемый термин «социальная недостаточность» в МКН не детализирован на уровне рубрик и подразделов классификации, следовательно, появляются трудности в выявлении в полном объеме возникающих у человека с изменением здоровья проблем, которые приводят к невозможности отвечать требованиям общественных норм его окружения. В связи с вышеизложенным, появляется необходимость в пересмотре этого термина или введении нового понятия.

Для решения, в какой степени и каким способом необходимо устранить проблемы, возникающие у людей с изменениями здоровья, используется понятие функциональный класс (ФК) в соответствии с действующими нормативными правовыми документами, регламентирующими проведение медико-социальной экспертизы в Респуб-

лике Беларусь. ФК ранжируется по 5-балльной шкале, принятой за 100%, и позволяет оценить степень выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности, возникающих у этой категории лиц. ФК 0 характеризует нормальное состояние параметра, ФК 1 – легкое его нарушение (до 25%), ФК 2 – умеренное – среднее (от 25 до 50%), ФК 3 – значительное (от 51 до 75%), ФК 4 – резко выраженное и полное нарушение данного параметра (от 76 до 100%) [1].

Анализируя применение понятия ФК 4 для описания имеющихся резко выраженных и полных нарушений, нами сделан вывод о том, что, несмотря на проведение различных реабилитационных мероприятий лицам с изменениями здоровья, у них остаются 25% функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, приводящих к инвалидизирующим последствиям заболевания, на которые невозможно повлиять в таком объеме, который позволит адаптировать их к труду и приведет к отсутствию нужды в посторонней помощи и уходе. Следовательно, этот показатель остается достаточно высоким вследствие, с одной стороны, недостаточно полной и структурированной оценки степени выраженности проблем в функционировании индивидуума с изменениями здоровья, с другой стороны, – отсутствия учета облегчающих факторов физической и социальной окружающей среды, что автоматически создает препятствие для уменьшения этого показателя.

Анализ метода экспертной аудиологической диагностики пациентов со слуховыми нарушениями. В настоящее время в Республике Беларусь оценка последствий заболеваний органа слуха осуществляется путем применения метода экспертной аудиологической диагностики, который включает:

- проведение аудиологического обследования (психоакустические и объективные методы обследования);

- оценку степени выраженности нарушений слуха через ФК с определением:

- степени тугоухости;

- возможности компенсации слухового дефекта путем применения акустического средства коррекции имеющейся тугоухости;

- расстояния, выраженного в метрах, на котором воспринимается «живая» разговорная речь как без слухового протеза, так и с ним [2, 5].

Нами было проведено клинко-функциональное обследование 129 пациентов трудоспособного возраста с нарушениями слуха различной степени выраженности по существующему методу

экспертной аудиологической диагностики, обратившихся за медицинской помощью в РНПЦ оториноларингологии за период 2016–2018 гг., с последующим определением степени выраженности выявленных у них слуховых нарушений через ФК.

Степень тугоухости у обследуемого контингента выставлялась с использованием классификации, предложенной экспертами ВОЗ в 1975 г., по которой степень выраженности слуховых нарушений рассчитывается по данным тональной пороговой аудиометрии как средняя арифметическая пороговых значений по воздушной проводимости на 3 частотах (500 Гц, 1000 Гц, 2000 Гц) для каждого уха в отдельности [2, 9]. Однако, речевой диапазон слуха человека, в котором отмечается наилучшая его способность различать высоту звука, находится в пределах 500–4000 Гц [10–12]. Отсутствие принятия во внимание частоты 4000 Гц при оценке степени тугоухости по классификации ВОЗ 1975 г. приводит к получению информации о возможности восприятия всех речевых сигналов, обеспечивающих разборчивость речи, не в полном объеме, что, в свою очередь, влечет за собой неадекватную оценку степени потери слуха.

При оценке слуховой функции путем применения акуметрии, из 129 человек, включенных нами в исследование, у 54, что соответствует 41,9% (95% ДИ от 33,4 до 50,4%) полученные количественные результаты были не соизмеримы с данными, представленными на аудиограмме.

В ходе обследования данной группы пациентов установлено, что использование «живой» речи в оценке эффективности слухопротезирования дает большое разнообразие трактуемых показателей восприятия фразовой речи разговорной громкости в метрах со слуховым протезом (табл. 1).

Как видно из представленных данных, у 2 (1,5%; 95% ДИ от 0,2 до 5,5%) человек отмеча-

лась прибавка в слухе с акустическим средством коррекции слухового дефицита с максимального расстояния от аппарата до 0,5 м, у 6 (4,7%; 95% ДИ от 1,7 до 9,9%) – 0,5 м – до 1 м, у 5 (3,9%; 95% ДИ от 1,3 до 8,8%) – 1 м – до 2 м, у 19 (14,7%; 95% ДИ от 9,1 до 22,0%) – 2 м – до 3 м, у 3 (2,3%; 95% ДИ от 0,5 до 6,7%) – 3 м – до 4 м, у 32 (24,8%; 95% ДИ от 17,6 до 33,2%) – 4 м до 5 м, у 38 (29,5%; 95% ДИ от 21,8 до 38,1%) – 5 м и более. При этом, у 24 (18,6%; 95% ДИ от 12,3 до 26,4%) пациентов полностью отсутствовало восприятие предоставляемого речевого материала на слуховой основе.

В то же время, возникают определенные трудности в трактовке таких результатов восприятия фразовой речи со слуховым аппаратом, как оценка слышимости речевого материала на расстоянии до 4 м, до 5 м. Например, предъявляемые на слух пациенту фразы бытового характера, обеспечивающие феномен догадки, он воспринимает на удаленности от исследователя до 5 м, а незнакомые – только до 3 м, в результате чего остается открытым вопрос, на каком расстоянии от собеседника человек с нарушением слуха должен находиться, чтобы достигнуть удовлетворительной разборчивости речи.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что применяемый метод акуметрии для количественной оценки слуховой функции, а также эффективности слухопротезирования имеет следующие недостатки:

используется различный речевой материал, предъявляемый на слуховой основе, как обладающий, так и лишенный информационной избыточности;

слова произносятся с неодинаковой громкостью;

исследователи отличаются между собой ясностью и чистотой своего произношения;

Таблица 1

Результаты оценки восприятия фразовой речи разговорной громкости у пациентов со слуховыми протезами

Расстояние, с которого воспринимается речевого материала, м	Параметры распределения пациентов со слуховыми протезами (n=129)		
	абс. число	%	95% ДИ
0	24	18,6	от 12,3 до 26,4%
у аппарата – до 0,5	2	1,5	от 0,2 до 5,5%
0,5 – до 1	6	4,7	от 1,7 до 9,9%
1 – до 2	5	3,9	от 1,3 до 8,8%
2 – до 3	19	14,7	от 9,1 до 22,0%
3 – до 4	3	2,3	от 0,5 до 6,7%
4 – до 5	32	24,8	от 17,6 до 33,2%
5 и более	38	29,5	от 21,8 до 38,1%
Всего	129	100	

помещения, в которых проводится исследование, имеют разные акустические свойства.

Нами также отмечено, что используемое в экспертизе понятие «социально-адекватного слуха», являющегося одним из критериев, на основании которого определяется наличие инвалидизирующих последствий заболеваний органа слуха, также основано на количественной оценке результатов акуметрии путем определения расстояния в метрах, с которого воспринимаемый речевой материал становится доступным для понимания.

Кроме того, на основании проведенного обследования пациентов со слуховыми нарушениями можно утверждать, что существующий метод оценки эффективности слухопротезирования слишком упрощен вследствие того, что осуществляется только в условиях отсутствия шума. При этом не учитывается восприятие речевой информации в сложных акустических ситуациях, хотя человек живет в мире различных звуковых сигналов. Разборчивость предоставляемого материала на слуховой основе ухудшается при воздействии различных акустических помех. Отсутствие данных о проблемах в восприятии речевой информации на фоне шума в условиях слухового дефицита не позволяет разработать мероприятия по их устранению.

При определении степени выраженности выявленных слуховых нарушений у обследованного контингента через ФК по существующему методу, из 129 пациентов у 6 (4,7%; 95% ДИ от 1,7 до 9,9%) были выявлены легкие (ФК 1) слуховые нарушения, у 65 (50,4%; 95% ДИ от 41,5 до 59,3%) – умеренные (ФК 2), у 57 (44,2%; 95% ДИ от 35,5 до 53,2%) – выраженные (ФК 3), у 1 (0,8%; 95% ДИ от 0,02 до 4,2%) – резко выраженные. Нами установлено, что ФК 3 нарушений функции слуха одновременно включает возможность компенсации дефекта слуха путем применения акустического средства коррекции имеющейся тугоухости и ее отсутствие. То есть, выраженные слуховые нарушения диагностируются как у лиц, основным способом коммуникации у которых является вербальный (устная речь) с использованием в случае необходимости слухо-зрительного подкрепления, так и у лиц, которые общаются только при помощи тактильной и жестовой речи при отсутствии сформированности на достаточном уровне навыка чтения с губ. В связи с этим, выявленные проблемы приводят к разной степени выраженности возникающих вследствие слухового дефицита ограничений способности к общению и ориентации, обучению и трудовой деятельности, а, следовательно, и к различным объемам оказани

ния социальной помощи этой категории граждан.

Анализ метода медико-социальной оценки ограничений жизнедеятельности у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха при определении инвалидности. В настоящее время в Республике Беларусь, в соответствии с нормативными правовыми документами, комплексная оценка степени выраженности различных показателей, характеризующих нарушение основных категорий жизнедеятельности человека со слуховым дефицитом, осуществляется через понятие ФК. Оцениваются следующие категории жизнедеятельности: способность к ориентации; способность к общению; способность к обучению; способность к трудовой деятельности и способность к ведущей возрастной деятельности в детском возрасте [2].

Нами проведена медико-социальная оценка ограничений жизнедеятельности у 129 пациентов со слуховыми нарушениями различной степени выраженности, включенных в исследование, по существующему в Республике Беларусь методу.

Установлено, что имеющиеся нарушения слуха у обследованного контингента привели в 59 (45,7%; 95% ДИ от 36,9 до 54,7%) случаях к легкому (ФК 1) ограничению способности к общению, в 63 (48,8%; 95% ДИ от 39,9 до 57,8%) – к умеренному (ФК 2), в 1 (0,8%; 95% ДИ от 0,02 до 4,2%) – выраженному (ФК 3). Еще у 6 (4,7%; 95% ДИ от 1,7 до 9,9%) человек не выявлено проблем в общении.

Проведенный нами анализ существующих параметров оценки категории «способность к общению» выявил ряд их недостатков. При характеристике темпа и объема предоставляемого речевого материала применяются определители, понятие которых не раскрыто. Кроме того, в оценке категории способности к общению не учитывается ни уровень речевого развития, ни сформированность навыка чтения с губ, что приводит к понятийной недостаточности используемой терминологии, следовательно, к невозможности дать структурированную оценку всех проблем, возникающих при общении в условиях слухового дефицита. Отсутствие полного раскрытия роли факторов окружающей среды в формировании ограничений способности к общению порождает потерю понимания причин, их вызывающих, следовательно, и возможных способов преодоления появляющихся трудностей.

При оценке степени выраженности проблем, возникших в категории «способность к ориентации», у 129 пациентов, включенных в исследование, установлено, что 59 (45,7%; 95% ДИ от 36,9

до 54,7%) человек имели легкие (ФК 1) нарушения в слуховой ориентации, 63 (48,8%; 95% ДИ от 39,9 до 57,8%) – умеренные, 1 (0,8%; 95% ДИ от 0,02 до 4,2%) – выраженные, 6 (4,7%; 95% ДИ от 1,7 до 9,9%) не испытывали трудностей. Однако, существующая оценка критериев, характеризующих степень выраженности нарушений способности к ориентации при слуховых нарушениях, основывается только на возможности различать звуковой стимул с последующим определением локализации источника звука в пространстве. При этом, в описании оцениваемых критериев не отражается величина проблем, возникающих в восприятии и адекватном реагировании на поступающую речевую информацию в различных акустических ситуациях в условиях слухового дефицита.

Проведенная оценка степени выраженности ограничений способности к обучению и трудовой деятельности у обследованного контингента с применением действующих нормативных правовых документов показала, что у 105 (81,4%; 95% ДИ от 73,6 до 87,7%) из 129 человек возникли легкие нарушения вследствие слухового дефицита в этих категориях жизнедеятельности, у 22 (17,0%; 95% ДИ от 11,0 до 24,7%) – умеренные, у 1 (0,8%; 95% ДИ от 0,02 до 4,2%) – выраженные, у 1 (0,8%; 95% ДИ от 0,02 до 4,2%) проблемы отсутствовали. По полученным результатам нами установлено, что описание степени выраженности ограничений способности к обучению и трудовой деятельности с применением действующих нормативных документов не позволяет в полном объеме охарактеризовать возникающие трудности у пациентов с последствием заболеваний органа слуха в этих категориях жизнедеятельности в связи с отсутствием детального представления о влиянии факторов физиче-

ской и социальной окружающей среды на функционирование этой категории лиц.

Полученные результаты медико-социальной оценки ограничений жизнедеятельности 129 пациентов с последствиями заболеваний органа слуха, включенных в исследование, представлены в табл. 2.

В соответствии с действующими нормативно-методическими документами, регламентирующими установление инвалидности, среди 129 пациентов, включенных в исследование, у 2 (1,5%; 95% ДИ от 0,2 до 5,5%) лиц в возрасте 17 лет, имеющих легкое ограничение жизнедеятельности (ОЖ) определена первая СУЗ, у 5 (3,9%; 95% ДИ от 30,3 до 47,7%) в возрасте 17 лет и у 70 (54,3%; 95% ДИ от 45,3 до 83,1%) старше 18 лет с умеренным ОЖ – вторая СУЗ и III группа инвалидности соответственно, у 1 (0,8%; 95% ДИ от 0,02 до 4,2%) пациента, имеющего выраженное ОЖ, – II группа инвалидности. У 51 (39,5%; 95% ДИ от 31,02 до 48,5%) обследованного пациента из 129 оснований для установления категории «ребенок-инвалид» и группы инвалидности не выявлено.

У 54 (41,9%; 95% ДИ от 33,2 до 50,9%) из 129 пациентов, включенных в исследование, была установлена III группа инвалидности без срока переосвидетельствования. Одним из оснований для признания освидетельствуемого лица со слуховым дефицитом инвалидом III группы является стойкое умеренное нарушение жизнедеятельности, соответствующее ФК 2, вследствие выраженного изолированного нарушения слуховой функции (ФК 3), частично компенсируемого акустическими средствами коррекции тугоухости, приводящее к умеренно выраженной социальной недостаточности [1]. Однако, из 54 пациентов, имеющих III группу инвалидности, у 21 (38,9%; 95% ДИ от 30,3 до 47,7%) диагностированы умеренные (ФК

Таблица 2

Степень выраженности ограничений жизнедеятельности у пациентов со слуховыми нарушениями

Категории жизнедеятельности	Степень выраженности ограничений жизнедеятельности в ФК (n=129)							
	ФК 0		ФК 1		ФК 2		ФК 3	
	n (%)	95% ДИ	n (%)	95% ДИ	n (%)	95% ДИ	n (%)	95% ДИ
способность к общению	6 (4,7)	1,7–9,9	59 (45,7)	36,9–54,7	63 (48,8)	39,9–57,8	1 (0,8)	0,02–4,2
способность к ориентации	6 (4,7)	1,7–9,9	59 (45,7)	36,9–54,7	63 (48,8)	39,9–57,8	1 (0,8)	0,02–4,2
способность к обучению и трудовой деятельности	1 (0,8)	0,02–4,2	105 (81,4)	73,6–87,7	22 (17,0)	11,0–24,7	1 (0,8)	0,02–4,2

2) слуховые нарушения, приводящие к легким (ФК 1) ограничениям способности к общению, ориентации, обучению и трудовой деятельности, не вызывающим инвалидизирующие последствия заболеваний органа слуха, в результате чего экспертное решение было вынесено ошибочно.

Анализ метода оценки реабилитационного потенциала (РП) пациентов со слуховыми нарушениями. Нами проведен анализ существующего в Республике Беларусь метода оценки РП пациентов со слуховыми нарушениями, который включает его определение с позиций интегральной оценки трех групп факторов: медицинских, психологических и социальных.

Выявлено, что для диагностики РП лиц с нарушениями слуха используются общие критерии, которые применяются в оценке реальных возможностей восстановления нарушенных функций и способностей организма вследствие различных заболеваний. Отсутствует структурированное описание всех трех формирующих РП и его количественная градация, что приводит к возникновению трудностей при его определении.

При диагностике РП 129 пациентов, включенных в исследование, выявлено, что в настоящее время недооценивается в полном объеме значимость его психологической и социальной составляющих. Нами установлено, что при невысоком уровне РП по медицинской составляющей, характеризующемся отсутствием возможности восстановления или компенсации функции слуха в полном объеме, применение других механизмов (психологических, социально-средовых) повышает его оценку, следовательно, увеличивает степень возможного восстановления биопсихосоциального статуса индивидуума со слуховым дефицитом и его интеграции в общество.

Проблематика эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха. Основным результатом проведенного нами анализа эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь стало выявление в ней как понятийно-концептуальных, так и методических проблем.

Понятийно-концептуальные проблемы обусловлены применением МКН с ее понятийной недостаточностью, которая представлена следующей терминологией:

- линейность модели;
- термин «социальная недостаточность»;
- понятие «функциональный класс».

Методические проблемы возникают в результате использования методов, имеющих ряд недостатков.

При проведении экспертной аудиологической диагностики пациентов со слуховыми нарушениями применяются: во-первых, устаревшая классификация степеней тугоухости, во-вторых, оценка эффективности слухопротезирования с отсутствием единых условий ее проведения, в-третьих, недостаточная детализация критериев оценки слухового дефицита.

Метод медико-социальной оценки ограниченной жизнедеятельности у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха при определении инвалидности основан на слабоструктурированной детализации параметров, не учитывает результат влияния факторов физической и окружающей среды на функционирование этой категории граждан.

При оценке реабилитационного потенциала пациентов с нарушением слуха отсутствует детализованная оценка его медицинской, психологической и социальной составляющих.

Схематическое отражение проблематики эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь представлено на рис. 1.

Понятийно-концептуальные и методические основы модернизации системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями. В результате анализа недостатков существующей системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями сформулированы требования к ее модернизации в рамках сохранения структурно-функциональной схемы. Новая система должна:

- 1) использовать более объективные методы оценки эффективности коррекции нарушений слуха техническими средствами;
- 2) учитывать не только последствия заболевания, но и сохраненные возможности в функциональной деятельности, привычной для лиц с нормальным слухом;
- 3) включать критерии оценки функционирования лиц в условиях слухового дефицита с учетом влияния факторов окружающей физической и социальной среды;
- 4) быть независимой от человеческой ошибки;
- 5) обеспечивать формирование объективных, обоснованных, социально-ориентированных критериев инвалидности.

Таким образом, совершенствование системы медико-социальной экспертизы пациентов со слу-



Рис. 1. Проблемные вопросы функционирования системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь

ховыми нарушениями должно включать как модернизацию ее теоретической основы, так и разработку новой методической базы по определению инвалидности.

На основании вышеизложенного можно сформулировать два приоритетных направления модернизации системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями:

- 1) создание новых теоретических основ путем применения МКФ;
- 2) разработка современных методов, алгоритмов и критериев оценки последствий заболеваний органа слуха.

На рис. 2 схематично представлены понятийно-концептуальные и методические основы модернизации системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями.

При проведении работ по первому направлению должны быть научно обоснованы и разработаны критерии и метод количественной оценки определителей категорий доменов функции слуха, структуры уха, активности и участия пациентов со слуховыми нарушениями, факторов окружающей физической и социальной среды.

Теоретическим инструментом анализа и способов преодоления выявленных трудностей в функционировании лиц со слуховым дефицитом станет новый документ – Международная классификация функционирования, ограничений жиз-

недеятельности и здоровья (МКФ), разработанная и предложенная к применению взамен МКН экспертами ВОЗ в 2001 г. [7, 8, 13].

В ходе исследований по второму направлению, во-первых, будет модернизирован метод экспертной аудиологической диагностики.

Для эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями требуется применение не только МКФ, но и современной классификации степеней тугоухости. Она предложена экспертами ВОЗ в 1997 г. и выявляет во всем диапазоне основных частот речи (500, 1000, 2000, 4000 Гц) проблемы в ее восприятии, которые испытывает человек со слуховым дефицитом [14]. Применение новой классификации нарушений слуха обеспечит единый подход к оценке их степени выраженности между оториноларингологами и врачами-экспертами.

Новая методическая база экспертизы нарушений жизнедеятельности пациентов с последствиями заболеваний органа слуха также должна включать для оценки эффективности слухопротезирования такой информативный метод, как речевая аудиометрия. Ее использование обеспечит единые подходы к характеристике «речевого слуха» как социальной категории и исключит элементы субъективизации со стороны исследователя (эксперта).



Рис. 2. Понятийно-концептуальные и методические основы модернизации системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями

Во-вторых, будут научно обоснованы и разработаны методы медико-социальной оценки ограничений жизнедеятельности пациентов с последствиями заболеваний органа слуха при определении инвалидности и оценки реабилитационного потенциала этой категории лиц.

Так как теоретико-методологические аспекты МКФ в полном объеме соответствуют требованиям современной концепции инвалидности, она также будет являться фундаментом для создания новой методической базы системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха. Ее применение решит существующие в ней методические проблемы путем структурированной и объективной оценки возникающих у лиц со слуховым дефицитом в условиях влияния факторов физической и социальной среды нарушений функций и ограничений жизнедеятельности с последующей разработкой критериев оценки реабилитационного потенциала.

Выводы

1. Детальный анализ существующей в Республике Беларусь системы медико-социальной экспертизы пациентов с нарушениями слуха показал, что она основана на классификации, имеющей концептуальную понятийную недостаточность, не отражающей современное представление о последствиях заболеваний органа слуха.

2. Использование существующих методик для оценки эффективности слухопротезирования дает

большое разнообразие трактуемых показателей восприятия фразовой речи разговорной громкости в метрах со слуховым протезом. Так у 2 (1,5%; 95% ДИ от 0,2 до 5,5%) человек отмечалась прибавка в слухе с акустическим средством коррекции слухового дефицита с максимального расстояния от аппарата до 0,5 м, у 6 (4,7%; 95% ДИ от 1,7 до 9,9%) – 0,5 м – до 1 м, у 5 (3,9%; ДИ от 1,3 до 8,8%) – 1 м – до 2 м, у 19 (14,7%; 95% ДИ от 9,1 до 22,0%) – 2 м – до 3 м, у 3 (2,3%; 95% ДИ от 0,5 до 6,7%) – 3 м – до 4 м, у 32 (24,8%; 95% ДИ от 17,6 до 33,2%) – 4 м до 5 м, у 38 (29,5%; 95% ДИ от 21,8 до 38,1%) – 5 м и более. При этом, у 24 (18,6%; 95% ДИ от 12,3 до 26,4%) пациентов полностью отсутствовало восприятие предоставляемого речевого материала на слуховой основе.

3. Применяемый метод экспертной аудиологической диагностики пациентов со слуховыми нарушениями не обеспечивает объективности выносимого экспертного решения, так как основан на устаревшей классификации тугоухости и методах определения функции слуха и оценки эффективности слухопротезирования, включающих большую степень субъективности и отсутствие унифицированных условий оценки.

4. Анализ показателей инвалидности 129 пациентов, включенных в исследование, выявил, что из 54 человек, которым была установлена III группа инвалидности по существующему методу оцен-

ки ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности, у 21 (38,9%; 95% ДИ от 30,3 до 47,7%) диагностированы умеренные (ФК 2) слуховые нарушения, приводящие к легким (ФК 1) ограничениям способности к общению, ориентации, обучению и трудовой деятельности, не вызывающим инвалидизирующие последствия заболеваний органа слуха.

5. Параметры оценки медико-социальных последствий заболеваний органа слуха, основанные на МКН, не позволяют в полном объеме охарактеризовать возникающие трудности у пациентов со слуховым дефицитом в отдельных категориях жизнедеятельности, что приводит к недооценке появившейся в результате этого потребности в социальной помощи.

6. Оценка последствий заболеваний органа слуха с применением МКН, не учитывающей влияние факторов физической и социальной окружающей среды, приводит к потере возможности выявления причин и механизмов, на которые можно воздействовать для уменьшения социальной дезадаптации лиц со слуховым дефицитом.

7. Используемый на современном этапе метод определения РП лиц со слуховыми нарушениями не дает структурированного описания его составляющих и не позволяет объективно и достоверно оценить их реабилитационные возможности.

8. Существующие подходы к оценке биопсихосоциального статуса пациентов с последствиями заболеваний органа слуха содержат ряд проблем, которые должны быть устранены путем применения современных классификаций и унифицированных методик.

9. Функционирующая в настоящее время система медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха не обеспечивает соответствие современным требованиям к созданию необходимых условий для интеграции в общество этой категории лиц, в результате чего необходимо разработать систему нового поколения.

10. Модернизация системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями обеспечит принятие адекватного экспертного решения, правильную организацию реабилитационной помощи, а также улучшит качество медицинских услуг по ее проведению.

Литература

1. Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инва-

лидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 25 окт. 2007 г., №97 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

2. Метод оценки ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности [Электронный ресурс]: утв. Первым заместителем Министра здравоохранения Респ. Беларусь 6 марта 2014 г.; регистрационный №018-0214 / организация-разработчик: РНПЦ МЭиР; авт.: Е.В.Власова-Розанская [и др.]. – Минск, 2018. – 119 с. – Режим доступа: <http://med.by/methods/pdf/018-0214.pdf>. – Дата доступа: 16.01.2020.
3. Руководство по классификации болезней и причин инвалидности. Пересмотр МКН 1989 года. – М., 1994. – 105 с.
4. *Смышчёр, В.Б.* Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б.Смышчёр, Г.Я.Хулуп, В.К.Милькаманович. – Минск: Юнипак, 2005. – 420 с.
5. Методические подходы к оценке ограничений жизнедеятельности и составлению программ медико-социальной реабилитации больных с последствиями заболеваний органа слуха [Электронный ресурс]: метод. рекомендации: утв. Первым заместителем министра здравоохранения Респ. Беларусь 11 мая 2000 г.; регистрационный №10-0001 / организации-разработчики: Белорусский НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов; Республиканская клиническая больница патологии слуха, голоса и речи; авт.: Н.А.Надеина [и др.]. – Минск, 2000. – 60 с. – Режим доступа: <http://med.by/methods/pdf/10-0001.pdf>. – Дата доступа: 16.01.2020.
6. *Смышчёр, В.Б.* Реабилитация больных и инвалидов / В.Б.Смышчёр. – М.: Мед. лит., 2009. – 560 с.
7. *Смышчёр, В.Б.* Современные аспекты инвалидности / В.Б.Смышчёр. – Минск: БГАТУ, 2012. – 268 с.
8. *Смышчёр, В.Б.* Основы МКФ / В.Б.Смышчёр. – Минск, 2015. – 432 с.
9. *Roeser, R.J.* Roeser's Audiology Desk Reference / R.J.Roeser. – New York, Stuttgart: Thieme, 1996. – 398 p.
10. Руководство по аудиологии и слухопротезированию / Я.Б.Лятковский [и др.]; под ред. Я.Б.Лятковского. – М.: МИА, 2009. – 240 с.
11. *Королева, И.В.* Введение в аудиологию и слухопротезирование / И.В.Королева. – СПб: КАРО, 2012. – 400 с.
12. *Таварткиладзе, Г.А.* Руководство по клинической аудиологии / Г.А.Таварткиладзе. – М.: Медицина, 2013. – 676 с.
13. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
14. *Бобошко, М.Ю.* К вопросу об оценке степени тугоухости / М.Ю.Бобошко, Л.Е.Голованова, О.Н.Владимирова // Российская оториноларингология. – 2015. – №5 (78). – С.24–27.

CONCEPTUAL FOUNDATION OF APPROACHES TO MODERNIZATION OF EXISTING SYSTEM OF MEDICAL AND SOCIAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF HEARING ORGAN DISEASES

V.B.Smychyok, S.W.Kozlowa

Republican Scientific and Practical Center for Medical Assessment and Rehabilitation, 93, Kolodishchansky Village Council, 223027, district of the village of Yukhnovka, Minsk District, Minsk Region, Republic of Belarus

Estimation of severity degree of restrictions of ability to function in persons with persistent violations of hearing function is carried out now in the Republic of Belarus with use of criteria developed from positions of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) which considers arising problems in functioning of an individual as a result of hearing deficiency without taking into account influence of environmental factors and does not fully reflect modern vision of illness from positions of biopsychosocial model. Existing system for functional impairment assessment in persons with hearing loss is based on use of outdated classification of hearing loss proposed by WHO experts in 1975, as well as on application of methods for determining hearing function and hearing care effectiveness with a large proportion of

subjectivity. There is no structured description of rehabilitation potential components of persons with hearing impairment now, which leads to missed opportunities of social integration achieving of this category of citizens. Analysis was carried out of existing conceptual and methodological norms on this issue to improve approaches to medical and social assessment of patients with consequences of hearing organ diseases in the Republic of Belarus, and ways were proposed to address problems identified.

Keywords: consequences of hearing organ diseases; hearing disorders; International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); medical and social assessment; disability; rehabilitation potential.

Сведения об авторах:

Смычѣк Василий Борисович, д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки Республики Беларусь; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», директор; тел.: (+37517) 5166919; e-mail: rnpс@meir.by.

Козлова Светлана Владимировна, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», зам. директора по клинической работе; тел.: (+37529) 6794196; e-mail: kozlowasweta@tut.by.

Поступила 17.01.2020 г.

УДК 614.812:616.379-008.64 (476)

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

¹ О.Б.Салко, ² М.В.Щавелева, ² Д.М.Ниткин, ² Л.В.Шваб, ¹ Е.А.Беляева

¹ Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения,
ул. Макаенка, 17, 220114, г. Минск, Республика Беларусь

² Белорусская медицинская академия последипломного образования,
ул. П.Бровки, 3 корп.3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Одним из основных условий повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом (СД) является активное и многоаспектное участие в ведении заболевания самого пациента, особенно это актуально для пациентов с СД 1 типа. На этом фоне возрастает значимость исследований удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью, их участия в ведении заболевания. В статье проанализированы данные анкетирования пациентов с СД 1 типа (442 человека) по вопросам самооценки здоровья, удовлетворенности различными аспектами получаемой медицинской помощи, их вовлеченности к обучению в Школах диабета, участия в ведении заболевания.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа; пациент; удовлетворенность; медицинская помощь; самооценка; инсулин; Школа диабета.

Согласно опубликованному Всемирной организацией здравоохранения Глобальному докладу по диабету (далее – Доклад), данное заболевание выступает чувствительным индикатором оценки эффективности систем здравоохранения. Это объясняется тем, что сахарный диабет (СД) – четко определенное и довольно легко диагностируемое заболевание. Оптимальное ведение СД требует «координации действий различных специалистов на различных уровнях системы здравоохранения, постоянного мониторинга, доступности основных лекарственных средств и технологий, а также активного участия пациентов в процессе помощи» [1]. При этом, затраты на ведение СД очень велики: прямые ежегодные медицинские затраты на диабет в мире составляют более 827 миллиардов долларов США; общие глобальные расходы на оказание медицинской помощи при диабете более чем утроились с 2003 по 2013 год [1]. Но, как отмечено в Докладе, эти расходы «покажутся пустяком в сравнении с будущими экономическими затратами при оказании помощи низкого качества или вовсе не оказании помощи при диабете». СД характеризуют хронический характер течения болезни, частое развитие осложнений, приводящих, в свою очередь, к существенному сокращению продолжительности жизни и ухудшению ее качества [1]. В большей степени все вышесказанное касается СД 1 типа – заболевания, которое невозможно предотвратить, но для

которого вполне реально предупредить развитие осложнений и преждевременные смерти [1], в том числе, за счет адекватного отношения к своему заболеванию самих пациентов. Ни одно другое хроническое заболевание не нуждается в участии самого заболевшего так, как СД [2].

Стандартный клинический способ оценки эффективности лечения СД – определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) [1, 3]. Цель и критерий оценки – «удержание» биомаркера в определенном диапазоне. Как указывалось нами ранее [4], основными составляющими организации медицинской помощи пациентам с СД 1 типа являются обеспечение качественными инсулинами, обучение и самоконтроль, профилактика и раннее выявление осложнений заболевания, удовлетворенность пациентов оказанием медпомощи; ведение регистра СД. Таким образом, только по клиническим параметрам, в частности, уровню HbA1c, невозможно дать полноценную характеристику диабетологической помощи, в частности, нельзя игнорировать мнение пациента, в том числе, его самооценку здоровья и качества жизни (КЖ) [5]. В Докладе указано, что «ориентация услуг на потребности пациентов, а не только на болезни, и отношение к пациентам как к полноправным участникам процесса помощи, а не только бенефициарам, могут стать гарантом получения пациентами надлежащих услуг в нужное время». Все большую значимость получает возмож-

ность управления своим заболеванием, косвенным свидетельством которой выступает самооценка пациентом уровня знаний о СД. Пациенты с хорошими знаниями и навыками по управлению заболеванием свободнее чувствуют себя в повседневной жизни [4, 6]. При этом, управление заболеванием – это не только самостоятельный контроль уровня содержания глюкозы в крови (рекомендуемый для пациентов с СД), но и осмысление этого уровня, умение связать значение данного параметра с ситуацией и, соответственно, осознанно повлиять на него: скорректировать дозировку инсулина, прием пищи и физическую активность [1, 4]. Это невозможно осуществить без соответствующего обучения. Многочисленные исследования показали, что обучение пациентов с СД улучшает компенсацию углеводного обмена, их психологическое состояние, положительно сказывается на КЖ пациентов с СД и, в конечном счете, повышает экономическую эффективность лечения [4, 6, 7]. Структурированные программы обучения – обязательный базисный компонент лечения пациентов с СД в большинстве стран мира. Однако, к эффективности и организации обучения пациентов с СД имеется целый ряд вопросов. В частности, уже через 6 месяцев после прохождения курса обучения у пациентов снижаются уровни мотивации к самоконтролю, соблюдению назначений врача и, как следствие, наблюдается ухудшение клинико-метаболических показателей [8]. Следовательно, необходимо долгосрочное (пожизненное) терапевтическое обучение пациентов с периодическими повторами курса для поддержания достаточного уровня мотивации, знаний и представлений о СД, стойкой компенсации обменных процессов [4, 6, 8]. Кроме того, по мере все более широкого внедрения IT-технологий в повседневную жизнь, многие пациенты справедливо надеются на более широкое использование данных технологий в обучении [9].

Цель работы – оценить удовлетворенность взрослых пациентов с СД 1 типа различными аспектами оказания медицинской помощи, а также рассмотреть вопросы терапевтического обучения данной группы пациентов.

Материалы и методы. В исследовании была использована авторская (О.Б.Салко) анкета «Удовлетворенность оказанием медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом в Республике Беларусь», на которую получена рецензия заведующего отделом социологии социальной сферы Института социологии НАН Беларуси, доцента В.Р.Шухатович. Анкета содержит 20 вопросов, сгруппированных в три основных блока.

Первый – самооценка пациентом состояния здоровья и уровня знаний о СД. Второй – вопросы об обучении в Школе диабета. Третий блок (основной) – вопросы об организации и удовлетворенности оказываемой медицинской помощью: доступность посещения медицинских работников, участие в принятии решения по поводу своего заболевания, удовлетворенность получаемым лечением и др.

На вопросы анкеты отвечали взрослые (≥ 18 лет) пациенты с СД 1 типа (N=442).

Анкетирование проводилось следующим образом:

путем рассылки анкет по почте пациентам с СД 1, обратившимся на консультативный прием в Республиканский центр эндокринологии (на базе ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения»). Получены ответы 117 пациентов (26,47% общего числа анкет);

при непосредственном посещении пациентами с СД 1 врачей-эндокринологов Республиканского центра эндокринологии (республиканский уровень оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы), а также учреждений здравоохранения, представляющих областной уровень оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы: «Витебский областной эндокринологический диспансер» (ЭД), «Гродненский областной ЭД», «Брестский областной ЭД», «Гомельский областной ЭД», «Могилевский областной лечебно-диагностический центр», а также «Минский городской ЭД». Всего в этих учреждениях здравоохранения заполнено 325 анкет (73,53% общего числа анкет).

Статистическая обработка данных проводилась в программах MS Excel 2016, Statistica 8.0, SPSS.

Результаты и их обсуждение. *Характеристика пациентов, принявших участие в опросе:* средний возраст опрошенных – $39,84 \pm 1,31$ лет; гендерный состав: 49,10% респондентов – мужчины (n=217), 50,90% – женщины (n=225). Распределение респондентов в зависимости от региона проживания представлено на рис. 1.

Социальный статус респондентов. Работающими трудоспособного возраста были 69,25% респондентов (304 человека); неработающими трудоспособного возраста – 14,58% (64 человека); неработающие пенсионеры – 8,43% (37 человек); 6,38% – это студенты и учащиеся (28); 1,37% – работающие пенсионеры (6); 3 человека не ответили на вопрос, предполагающий установление социального статуса. Таким образом, боль-

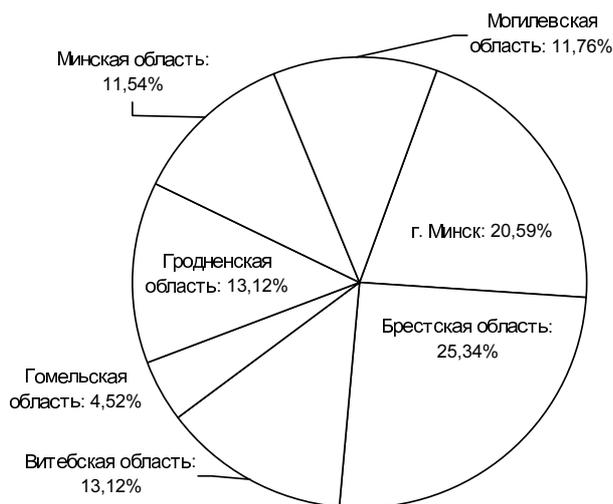


Рис. 1. Распределение респондентов в зависимости от региона проживания

шинство лиц (76,99%), принявших участие в опросе, заняты в экономике или получают тот или иной вид образования.

Стаж заболевания. Стаж СД 1 типа менее 5 лет был у 13,57% респондентов (60 человек); от 6 до 10 лет – у 14,71% (65); от 11 до 15 лет – у 15,61% (69); от 16 до 20 лет – у 17,65% (78); более 20 лет – у 38,46% (170). В целом, стаж заболевания респондентов составил $17,83 \pm 1,08$ лет.

Схемы лечения. Опрошенные пациенты получали разные виды инсулинов. Преобладала схема лечения, в которой были использованы два генно-инженерных инсулина человека (ГИЧ) – у 58,82% пациентов (260 человек); один аналоговый инсулин человека (АИЧ) и один ГИЧ использовались у 21,04% пациентов (93); два АИЧ – у 20,14% пациентов (89).

Большинство опрошенных (85,49%) не являются членами каких-либо обществ или ассоциаций пациентов, больных СД; 8,62% респондентов вообще не знают, что существуют подобные объединения. Состоят в подобных обществах (ассоциациях) 5,90% опрошенных.

Удовлетворенность оказанием медицинской помощи. *Косвенные показатели удовлетворенности.* Как указывалось выше, управление своим заболеванием при СД – это не только механический контроль уровня глюкозы крови, но и осмысление этого уровня, умение связать данный уровень с ситуацией и повлиять на него; глубинное понимание и принятие того, что многое в течении заболевания зависит от самого пациента. Поэтому самооценка пациентами с СД 1 своего здоровья, а также уровня знаний о диабете являются важнейшими характеристиками готовности

и способности пациентов к управлению заболеванием, выступают своеобразным проявлением чувства безопасности пациента перед заболеванием и могут рассматриваться в качестве косвенного критерия удовлетворенности оказываемой медицинской помощью.

В ходе исследования установлено, что большинство пациентов – 62,22% (275 человек) оценили состояние своего здоровья как «удовлетворительное», 21,95% (97) – как «хорошее», 2,49% (11) – как «очень хорошее». «Плохим» состояние своего здоровья считают 12,22% (54 респондента) и «очень плохим» 1,13% (5). Выявлено достоверное влияние стажа заболевания на самооценку здоровья (критерий Краскала-Уоллиса, $p=0,002$). Данное влияние объясняется нами широким распространением хронических осложнений у пациентов с СД 1 типа (по данным республиканского регистра, осложнения зарегистрированы у 63,4% пациентов с СД 1 типа, в том числе, диабетическая ретинопатия – у 44,36% пациентов; диабетическая нефропатия – у 28,14% и пр.). По приведенным в Докладе данным, накопление осложнений идет по мере увеличения стажа заболевания, это особенно характерно для СД 1 типа.

Большая часть респондентов оценивают уровень собственных знаний о СД как «достаточный» и «скорее достаточный» – 36,88% (163 человека) и 47,29% (209) соответственно. Ответ «скорее недостаточный» отмечен у 7,24% респондентов (32), «недостаточный» – у 1,58% (7). Испытывали затруднения при ответе на данный вопрос 7,01% респондентов (31 человек).

В ходе исследования не выявлено зависимости между уровнем знаний о СД и стажем заболевания (критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок, $p=0,154$). Данный факт является неоспоримым свидетельством того, что пациенты нуждаются в постоянном (независимо от стажа СД) долгосрочном (пожизненном) обучении для поддержания достаточного уровня мотивации, знаний и представлений о СД, стойкой компенсации обменных процессов.

Доступность посещения медицинских работников. Большинство респондентов – 77,37% (342 человека) оценили доступность посещения врача-эндокринолога как «доступное тогда, когда мне нужно»; о возможности посещения специалиста позже необходимого времени сообщают 12,67% пациентов (56), как «малодоступное» посещение оценили 5,88% пациентов (26), о недоступности (по различным причинам) посещения врача-эндокринолога заявили 1,13% опрошенных (5). Незна-

чительная часть респондентов оставила данный вопрос без ответа – 2,95%. Посещение медсестры, оказывающей помощь в связи с сахарным диабетом, оценили как «доступное, когда это необходимо» 73,76% опрошенных (326 человек). Возможность задать вопрос по телефону (скайпу и т.д.) эндокринологу отметили 2,26% респондентов; медицинской сестре, оказывающей помощь в связи с СД, – 7,47%.

В ходе анкетирования проведена оценка мнения пациентов об их участии в принятии решения относительно назначаемого лечения СД. Большинство – 65,16% (288 человек) – опрошенных утверждают, что принимают участие в решениях относительно назначаемого лечения СД. Еще 24,89% пациентов (110) принимают участие в принятии таких решений время от времени. Менее 10% пациентов (7,47%, 33 человека) не участвуют в принятии решений относительно назначаемого лечения. Еще 2,48% респондентов не дали ответа на данный вопрос. Лица, оценивающие уровень своих знаний о СД как «достаточный» или «скорее достаточный», достоверно чаще участвовали в принятии решений относительно собственного лечения ($\chi^2 = 7,67$, $p = 0,0056$), что представляется нам вполне закономерным. Также достоверно чаще участвуют в принятии решений относительно собственного лечения лица с хорошей и очень хорошей самооценкой здоровья ($\chi^2 = 6,95$, $p = 0,0084$).

Большая половина пациентов – 54,57% (241 человек) отмечают потребность в получении новой информации относительно своего заболевания; остальные (45,43% – 201 человек) такой потребности не испытывают. Среди лиц, испытывающих потребность в новой информации, преобладают пациенты с низкой самооценкой здоровья («плохое», $\chi^2 = 7,38$, $p = 0,0066$); у пациентов с

лучшей самооценкой здоровья такая потребность выражена гораздо меньше.

На вопрос, «получали ли Вы необходимую конкретно Вам информацию относительно Вашего заболевания на приеме у врача?», почти все опрошенные – 95,24% (421 человек) ответили утвердительно. Полученная информация оценена как доступная 97,86% пациентов, только 2,14% оценивают данную информацию как недоступную для понимания (рис. 2).

Удовлетворенность получаемым лечением. Свою полную удовлетворенность получаемым лечением высказали 69,23% респондентов (306 человек); скорее удовлетворены – 22,62% (100) (табл.). Таким образом, вне зависимости от используемой схемы лечения, более 90% респондентов (91,85%) удовлетворены получаемым лечением в той или иной мере. Та или иная степень неудовлетворенности была озвучена в 5,2% ответов: «скорее не удовлетворены» – 2,94% (13 человек); «не удовлетворены» – 2,26% (10). Еще 13 человек испытывали затруднения при ответе на данный вопрос.

В целом, удовлетворенность проводимым лечением чаще отмечалась пациентами, получающими 2 аналоговых инсулина человека (АИЧ) – 98,87% удовлетворенных в той или иной мере («полностью удовлетворены» и «скорее удовлетворены»). Анализ мнений данной группы респондентов не выявил достоверной разницы в ответах пациентов, получающих 2 генно-инженерных инсулина человека (ГИЧ) или ГИЧ+АИЧ ($\chi^2 = 0,24$; $p = 0,62$). Отличия отмечены в группах ГИЧ+АИЧ – 2 АИЧ (χ^2 с поправкой Йетса=3,99; $p = 0,047$); 2 ГИЧ – 2 АИЧ ($\chi^2 = 7,71$; $p = 0,0055$).

При анализе ответов респондентов, *полностью удовлетворенных* лечением, не выявлено достоверных различий между ответами пациентов, по-

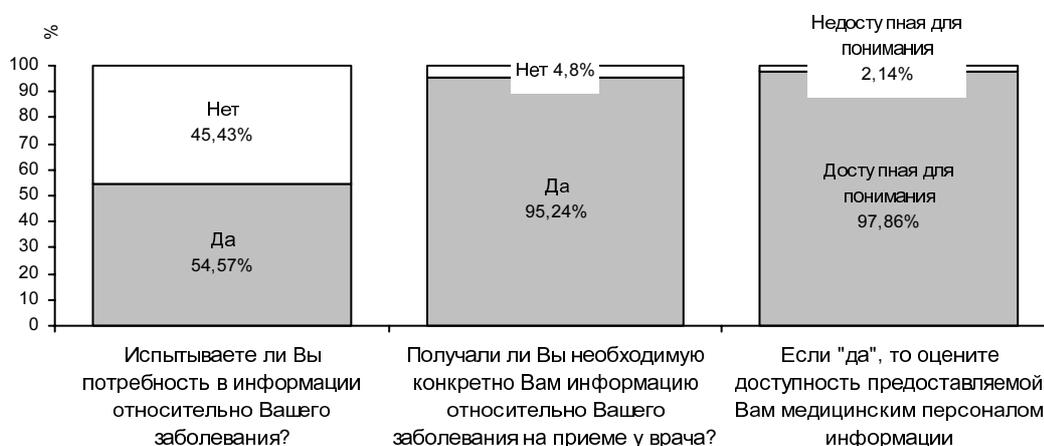


Рис. 2. Распределение ответов пациентов с СД 1 типа (N=442) на вопросы о получении информации о СД

Распределение ответов пациентов с СД 1 типа относительно удовлетворенности лечением в зависимости от используемых схем лечения

Схема лечения	Количество пациентов	Полностью удовлетворены	Скорее удовлетворены	Скорее не удовлетворены	Не удовлетворены	Затруднились ответить	Всего (в процентах)
2 ГИЧ	260	63,46% (165 чел.)	26,15% (68)	3,46% (9)	3,08% (8)	3,85% (10)	100
ГИЧ+АИЧ	93	69,89% (65)	21,51% (20)	4,30% (4)	1,08% (1)	3,22% (3)	100
2 АИЧ	89	85,39% (76)	13,48% (12)	0	1,13% (1)	0	100
Всего	442	69,23% (306)	22,62% (100)	2,94% (13)	2,26% (10)	2,94% (13)	100

лучающих 2 ГИЧ – ГИЧ+АИЧ ($\chi^2=1,25$; $p=0,26$). Вместе с тем, ответы пациентов, полностью удовлетворенных проводимым лечением, достоверно различаются у групп пациентов, получающих 2 ГИЧ – 2 АИЧ ($\chi^2=14,92$; $p=0,0001$); ГИЧ+АИЧ – 2 АИЧ ($\chi^2=6,26$; $p=0,01$).

Обучение в Школе диабета. С момента выявления СД 1 типа большинство пациентов (91,86%, 406 человек) прошли обучение в Школе диабета. Следует отметить, что 8,14% пациентов ни разу не проходили подобное обучение (рис. 3). При этом, 52,63% (19 человек) отметили, что оно им не предлагалось; еще 26,32% отказались от обучения, несмотря на то, что оно было предложено; остальные (21,05%) указали на другие причины.

Почти половина респондентов (48,28% – 196 человек), прошедших обучение в Школе диабета, проходили его более 2 раз; 27,34% обученных в Школе диабета (111 человек) прошли обучение один раз, 24,38% (99) – два раза (рис. 3).

Таким образом, мы вынуждены отметить недостаточное вовлечение пациентов (как по факту привлечения, так и по частоте прохождения) к обучению в Школах диабета. Дополнительное косвенное свидетельство недостаточной вовлеченности: 30,05% (133 человека) опрошенных не изъявили желания обучиться в Школе диабета, а 24,31% (107) затруднились ответить на данный вопрос. Только меньшая часть респондентов – 45,64% (202 человека) указали на то, что хотели бы обучиться в Школе диабета. Выбор пациентами места и условий обучения представлен на рис. 4.

Заключение

1. На фоне признания того, что для предотвращения развития осложнений и преждевременной смерти от СД 1 типа необходимо активное и многоаспектное участие в ведении заболевания самого пациента, возрастает значимость исследований удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью, их участия в ведении заболевания.

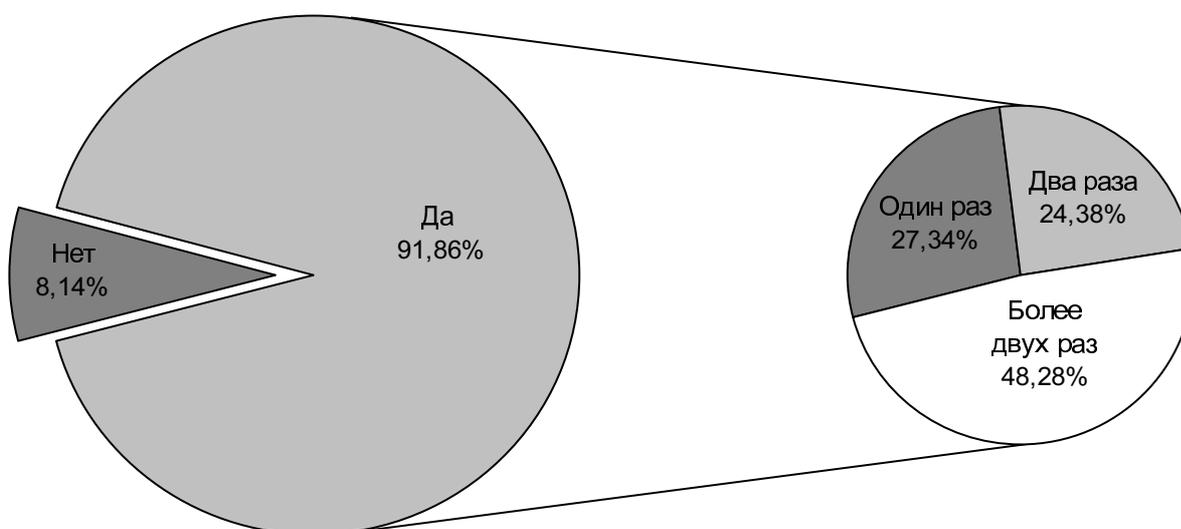


Рис. 3. Распределение ответов опрошенных (N=442) об обучении в Школах диабета

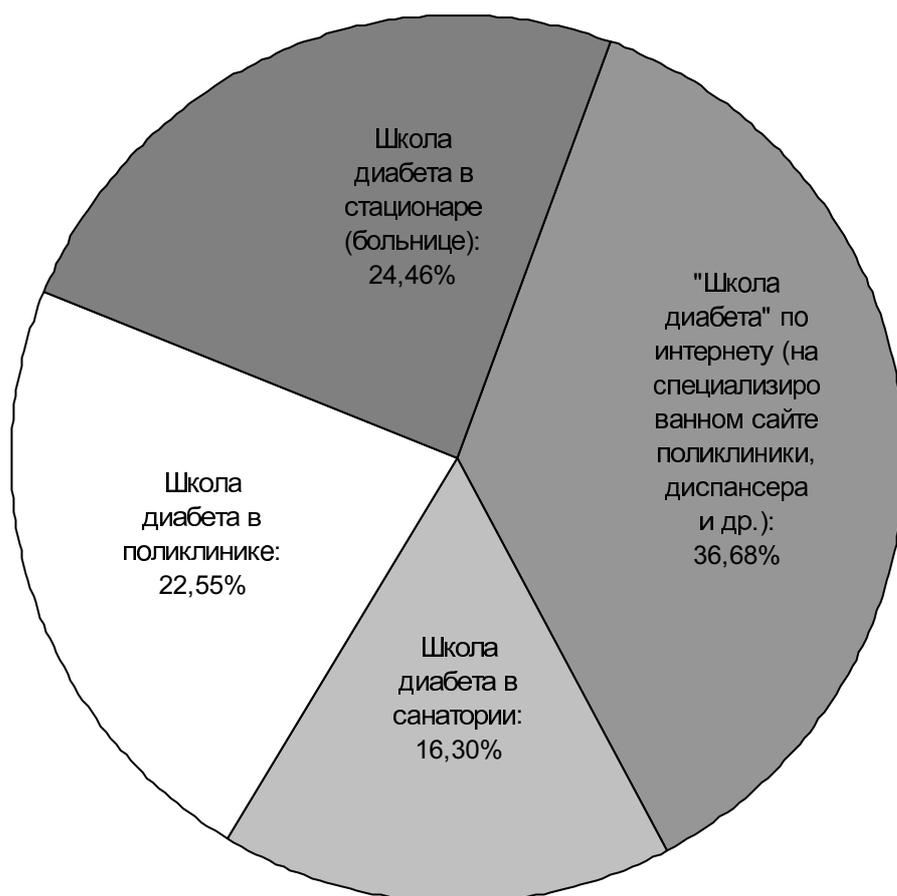


Рис. 4. Распределение ответов пациентов с СД 1 типа (N=202) о предпочтениях по форме проведения занятий в Школе диабета

2. Проведенный нами опрос 442 пациентов с СД 1 типа (средний возраст – $39,84 \pm 1,31$; стаж заболевания – $17,83 \pm 1,08$ лет), представлявших все регионы страны, позволил установить, что большинство пациентов (86,66%) оценивают состояние своего здоровья как «удовлетворительное», «хорошее» или «очень хорошее». Выявлено достоверное влияние стажа заболевания на самооценку здоровья пациентов, зависящее, по нашему мнению, от «накопления» осложнений СД по мере увеличения стажа заболевания. Особо следует подчеркнуть, что лица с хорошей и очень хорошей самооценкой здоровья достоверно чаще участвуют в принятии решений относительно лечения своего заболевания.

3. Большинство пациентов (77,37%) оценивают возможность посещения врача-эндокринолога как доступную; аналогичного мнения пациенты придерживаются относительно контакта со средними медицинскими работниками, задействованными в оказании медицинской помощи пациентам с СД 1 типа. 95,24% респондентов отметили, что получают необходимую им информацию на приеме у врача-эндокринолога; полученная

информация почти всегда оценивается как доступная для понимания. 65,16% опрошенных принимают решения относительно назначаемого лечения диабета совместно с лечащим врачом.

4. Вне зависимости от используемой схемы лечения, 91,85% респондентов удовлетворены получаемым лечением в той или иной мере; достоверно чаще на удовлетворенность от лечения указывают пациенты, получающие 2 аналоговых инсулина человека.

5. Уровень своих знаний о СД как «достаточный» или «скорее достаточный» оценивают 84,17% пациентов. Эти лица достоверно чаще участвовали в принятии решений относительно собственного лечения. Вместе с тем, отсутствует зависимость между уровнем знаний о СД и стажем заболевания, что является свидетельством потребности в постоянном (независимо от стажа СД) долгосрочном (пожизненном) обучении пациентов с СД. Пациенты с низкой самооценкой здоровья достоверно чаще испытывают потребность в получении информации о своем заболевании.

6. Установлено недостаточное вовлечение пациентов (как по факту привлечения, так и по час-

тоте прохождения) к обучению в Школах диабета, а также недостаточная вовлеченность респондентов в работу различных пациентских ассоциаций. По совокупности данные факты могут препятствовать поддержанию достаточного уровня мотивации, знаний и представлений о СД, стойкой компенсации обменных процессов. Вместе с тем, при организации работы Школ здоровья необходимо учитывать современные потребности пациентов в использовании online-обучения.

Литература

1. Глобальный доклад по диабету [Global report on diabetes]. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018 (лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). – Режим доступа: <https://www.who.int/diabetes/global-report/ru/>. – Дата доступа: 15.01.2020.
2. *Подачина, С.В.* Обучение больных сахарным диабетом / С.В.Подачина // Медицинский совет. – 2013. – №5. – С.89–93.
3. 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, 2020.
4. *Салко, О.Б.* Менеджмент сахарного диабета первого типа в современных условиях / О.Б.Салко, М.В.Щавелева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – №1. – С.53–60.
5. Patient-Reported Outcome Measures and Risk Factors in a Quality Registry: A Basis for More Patient-Centered Diabetes Care in Sweden / S.Borg [et al.] // Int J Environ Res Public Health. – 2014. – Vol.11, No.12. – P.12223–12246.
6. *Русаленко, М.Г.* Социально-психологические и медицинские компоненты качества жизни взрослых с сахарным диабетом 1 типа / М.Г.Русаленко, Т.М.Шаршакова, Т.В.Мохорт // Здравоохранение. – 2010. – №4. – С.68–71.
7. Randomized Controlled Multicentre Evaluation of an Education Programme for Insulin-treated Diabetic Patients: Effects on Metabolic Control, Quality of Life, and Costs of Therapy / I. de Weerd [et al.] // Diabetic Med. – 1991. – Vol.8, Issue 4. – P.338–345.
8. Self-management Education for Adults with Type 2 Diabetes: a meta-analysis on the effect on glycemic control / S.L.Norris [et al.] // Diabetes Care. – 2002. – Vol.25, No.7. – P.1159–1171.
9. The Diabetes Self-management Assessment Report Tool (D-SMART): process evaluation and patient satisfaction / D.Charron-Prochownik [et al.] // Diabetes Educ. – 2007. – Vol.33, Issue 5. – P.833–838.

SATISFACTION WITH MEDICAL CARE PROVISION OF PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES

¹ O.B.Salko, ² M.V.Schaveleva, ² D.M.Nitkin, ² L.V.Schvab, ¹ E.A.Beliayeva

¹ Republican Center of Medical Rehabilitation and Balneotherapy, 17, Makayonka Str., 220114, Minsk, Republic of Belarus

² Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

One of the main conditions for improving quality of medical care for patients with diabetes mellitus (DM) is patient's active and multidimensional participation in management of own disease, and this is particularly relevant for patients with type 1 diabetes. Against this backdrop, research of patients' satisfaction with medical care, their involvement in disease management was becoming more important. Questionnaire data of patients with type 1 DM (442 persons) on issue of health self-assessment, satisfaction with various aspects of receiving medical care, their involvement in education in Diabetes Education Centers, participation in disease management are analyzed in the article.

Keywords: type 1 diabetes mellitus; patient; satisfaction; medical care; self-assessment; insulin; Diabetes Education Center.

Сведения об авторах:

Салко Ольга Борисовна, ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», зам. главного врача по организационно-методической работе; тел. (+37517) 3698882; (+37529) 6973858; e-mail: Olga.Salko@yandex.ru.

Щавелева Марина Викторовна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел. (+37517) 2909840; (+37529) 5513754; e-mail: mvsch@tut.by.

Ниткин Дмитрий Михайлович, д-р мед. наук, профессор; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», ректор; тел. (+37517) 2909838; e-mail: rector@belmapo.by.

Шваб Любовь Валентиновна, ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра финансового менеджмента и информатизации здравоохранения, старший преподаватель; тел. (+37517) 3314482; e-mail: gzaharova@mail.ru.

Беляева Екатерина Александровна, ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», инженер-программист, тел. (+37533) 6037390; e-mail: e.a.yarosh@gmail.com.

Поступила 18.01.2020 г.

УДК 614.253.1-039.57:347.961.1 (476)

ОЦЕНКА УРОВНЯ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ПРИ ПРИНЯТИИ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕДИЦИНСКИХ РЕШЕНИЙ

¹ В.А.Рожко, ¹ Т.М.Шаршакова, ² И.В.Веялкин

¹ Гомельский государственный медицинский университет,
ул. Ланге, 5, 246000, г. Гомель, Республика Беларусь

² Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека,
ул. Ильича, 290, 246040, г. Гомель, Республика Беларусь

Проведенное анкетирование врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики) Брестского (104 респондента) и Гомельского (120 респондентов) регионов в целом показало отсутствие каких-либо значимых различий в компетентности специалистов при принятии организационно-медицинских решений между областями. Однако, имелись положительные тренды уровня стремления к повышению квалификации и его реализации («стремящиеся» респонденты) в зависимости от возрастных групп (от 18 до 29; от 30 до 39 лет; от 40 до 49 лет; 50 лет и старше) и региона. В возрасте 30–49 лет уровень «стремящихся» лиц в Брестской области рос (прирост 0,09) и к достижению возраста 49 лет в 1,5 раза превышал показатель Гомельского региона (прирост – 0,25). В Брестской области уровень компетентности вырос с 42,0% (возрастная группа 18–29 лет) до 75,0% (возрастная группа 30–49 лет) и был почти в 2,8 раза выше, чем в Гомельской области (27,0%).

Ключевые слова: аутоиммунный тиреоидит; компетентность врачей; «стремящиеся» респонденты; информированность специалистов.

Популяционно-эпидемиологическое исследование динамики формирования первичной заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) у населения Республики Беларусь показало, что, в целом, в стране сложилось два организационно-медицинских подхода, которые нельзя объяснить только истинным ростом заболеваемости [1, 2]. Выдвинута гипотеза о наличии организационных (приказы, решения, качество диспансеризации и медицинского наблюдения, кодирование заболевания, информированность врачей и др.), а также профессиональных медицинских (уровень компетентности врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики) при принятии организационно-медицинских решений) компонент, оказывающих влияние на уровни первичной заболеваемости.

При этом, в Республике Беларусь первичная заболеваемость тиреоидной патологией находится на 2-м ранговом месте среди эндокринных заболеваний, а АИТ в структуре заболеваемости щитовидной железой (ЩЖ) занимает порядка 40% [3]. Согласно статистическим данным, первичная заболеваемость данной патологией в нашей стране в 2017 г. составила порядка 58,0 случаев на 100 тысяч населения, и высокий уровень первич-

ной заболеваемости сохраняется в детском и трудоспособном возрасте [3, 4].

Цель исследования – на примере Гомельской и Брестской областей провести комплексную оценку уровня компетентности врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики) в части знаний ранней диагностики АИТ и уверенности при принятии организационно-медицинских решений.

Материалы и методы

Унифицированной анкеты, позволяющей провести оценку уровня компетентности врачей амбулаторно-поликлинического звена по раннему выявлению и диспансеризации пациентов с АИТ, по литературным данным найти не представилось возможным. Разработана авторская анкета, одобренная доктором социологических наук, профессором, проректором по учебной и воспитательной работе УО «Гомельский государственный технический университет им. П.О.Сухого» В.В.Кириенко [5].

Социологический опрос проводился среди 224 респондентов (врач общей практики, врач-терапевт участковый), из которых 104 (46,4%) работали в Брестской и 120 (53,6%) – в Гомельской области. Респонденты отвечали на 15 вопросов, которые можно объединить по смысловым разделам.

Первый раздел был посвящен исследованию вопросов зависимости наличия квалификационной категории и сроков ее получения от возраста специалиста и его трудового стажа, что позволяет оценить уровень компетентности врача, который тесно взаимосвязан с уровнем профессионализма (наличие категории) через собственное стремление к повышению квалификации (самообразованию) и получению более высокой квалификационной категории. В анкете были предусмотрены варианты ответов для врачей в зависимости от возрастной категории (18–29 лет, 30–39 лет, 40–49 лет, 50 лет и старше) по общему трудовому стажу (менее 3 лет, от 3 до 6 лет, от 6 до 9 лет и 9 лет и более), наличию и давности получения квалификационной категории (в течение 3 последних лет; более 3-х, но менее 5 лет назад; более 5 лет назад).

Второй раздел анкеты позволяет определить уровень компетентности врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики) относительно знаний не только ранней диагностики АИТ, но и тиреодологии в целом, а также оценить уверенность в принятии организационно-медицинских решений.

С помощью третьего раздела анкеты изучалась информированность врачей, то есть доступность и своевременность получения ими информации о

новых нормативных документах, методах диагностики. Также исследовалась возможность оценки полноты использования переданной информации о пациенте для принятия правильных решений.

Статистическая обработка материала выполнялась стандартными методами с использованием точного критерия Фишера и 95% доверительных интервалов (95% ДИ), рассчитанных на основе биномиального распределения, коэффициента корреляции Спирмена (r_s). Различия признавались статистически значимыми при вероятности ошибки $p < 0,05$. При обработке материала использовался пакет MS Excel.

Результаты и обсуждение

По данным проведенного социологического опроса, среди 224 респондентов (врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых) в Брестской области работали 104 (46,4%) специалиста, из которых с высшей категорией – 7, первой – 28 и второй – 23, в Гомельской области – 120 (53,6%) врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики), из которых с высшей категорией – 4, первой – 23, второй – 37. Результаты сравнительного анализа распределения опрошенных специалистов по квалификационным категориям со статистическими данными по регионам за 2019 г. представлены на рис. 1.

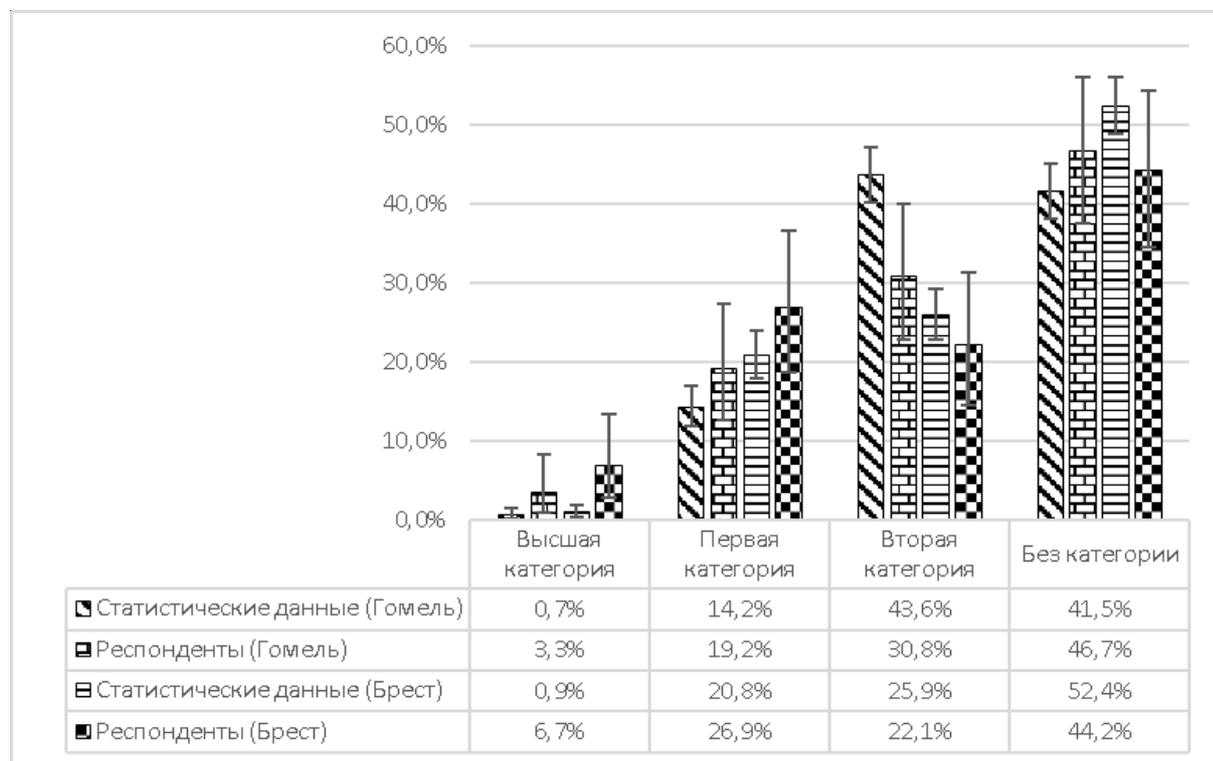


Рис. 1. Распределение опрошенных в Гомельской и Брестской областях врачей-специалистов (врач общей практики, врач-терапевт участковый) по квалификационным категориям и соответствующие сравнительные показатели среди всех врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых обоих регионов (по статистическим данным)

Из представленного материала следует, что достоверные различия в распределении опрошенных в Гомельской и Брестской областях врачей-специалистов (врач общей практики, врач-терапевт участковый) по квалификационным категориям и соответствующих показателей среди всех врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых обоих регионов (по данным, представленным ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения») отсутствуют, как отсутствуют и статистически значимые различия в распределении по квалификационным категориям между выбранными для социологического опроса группами врачей-специалистов из Брестской и Гомельской областей. Следовательно, есть основания полагать, что результаты социологического опроса, проведенного в рамках данного исследования, могут быть корректно использованы при оценке в целом уровня компетентности врачей-специалистов в Гомельской и Брестской областях (врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых) в части знаний ранней диагностики АИТ и уверенности при принятии организационно-медицинских решений, а также их стремления к повышению уровня квалификации.

Уровень компетентности врача тесно взаимосвязан с уровнем профессионализма (наличие категории), реализуясь, при этом, в собственном стремлении к повышению квалификации. Исходя из подтвержденных в действующей нормативно-правовой базе (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.12.2008 №232 «О присвоении (снижении, лишении) квалификационных категорий работникам здравоохранения») гарантированных государством прав, у врачей имеется достаточно возможностей для самореализации с учетом материального и морального стимулирования. Данный факт послужил поводом изучения в ходе настоящего исследования оценки собственного стремления врачей-специалистов к росту профессионализма, подтверждаемому наличием и повышением квалификационной категории.

В связи с этим, в анкете социологического опроса представлен следующий блок вопросов: «К какой возрастной категории Вы относитесь?», «Сколько лет составляет Ваш общий трудовой стаж?», «Какую Вы имеете квалификационную категорию?», «Как давно Вами получена квалификационная категория?».

В Брестской области уровень квалификации анкетированных, подтверждаемый наличием квалификационной категории, увеличивался с возрастом (от 30 до 39 лет – 74,2%; от 40 до 49 лет –

75,0%; 50 лет и старше – 100%), при этом, росло количество лиц, не продвигающихся вперед в плане повышения квалификации в соответствии с предоставленными государством возможностями, то есть получивших категорию более 5 лет назад и не стремящихся к ее повышению (в группе респондентов от 30 до 39 лет таких 13,0%; от 40 до 49 лет – 53,3%; 50 лет и старше – 100%). Следует, правда, отметить, что в группе от 40 до 49 лет из 8 врачей 7 (87,5%) достигли максимального уровня, имея высшую категорию. В целом, только у 7 (14,9%) из 47 врачей со стажем работы более 9 лет имелась высшая категория, у 27 (57,4%) – первая, в то время как 13 (27,7%) респондентов имели вторую (6 человек) категорию либо категория отсутствовала (7 человек). В группе лиц со стажем работы от 6 до 9 лет прослеживался низкий удельный вес врачей с первой категорией (1 человек, 11,1%) в отличие от группы специалистов со стажем работы от 3 до 6 лет, где вторую категорию (50,0%) имела ровно половина специалистов, и получена квалификационная категория была в соответствующие сроки (3 года).

В Гомельской области, в целом, прослеживалась аналогичная ситуация, когда удельный вес лиц, не воспользовавшихся в полной степени предоставляемыми государством возможностями в плане повышения квалификации, был достаточно велик в разных возрастных группах. Так, имели высшую категорию четверо (3,3%) респондентов, первую – 23 (19,2%), вторую – 37 (30,8%), отсутствовала категория у 56 (46,7%) из 120 опрошенных лиц. Количество лиц, получивших категорию более 5 лет назад и не стремящихся к ее повышению, также росло (в группе респондентов от 30 до 39 лет таких 30,4%; от 40 до 49 лет – 77,8%; 50 лет и старше – 93,3%). Из 4 врачей, достигших максимального уровня (высшая категория), один специалист находился в возрастной группе от 18 до 29 лет, 2 человека – в группе от 40 до 49 лет, еще один специалист – в группе 50 лет и старше. В целом, только у 21 из 34 респондентов, имеющих стаж работы более 9 лет, имелась высшая (3 (8,8%) человека) или первая категория (18 (52,9%) человек), в то время как 13 (38,3%) респондентов имели только вторую квалификационную категорию. В группе лиц со стажем работы от 6 до 9 лет отмечен низкий удельный вес врачей с первой категорией (3 (37,5%) человека), в отличие от этого, в группе специалистов со стажем работы от 3 до 6 лет у 15 (83,3%) респондентов имелась категория: высшая – у одного (5,6%), первая – у двух (11,1%) и вторая – у 12 (66,6%) человек.

Для комплексной оценки уровня стремления к повышению квалификации и его реализации был разработан интегральный показатель соответствия квалификационной категории стажу работы (то есть, при соответствии стажа работы имеющейся квалификационной категории специалисты относились к «стремящимся» лицам, и, наоборот, если такое соответствие отсутствовало, например, у специалистов со стажем работы более 9 лет с первой или второй категорией, полученной более 5 лет назад, их относили к «не стремящимся»).

На основе разработанного интегрального показателя проведен корреляционный анализ связи уровня стремления к повышению квалификации и его реализации с нахождением респондентов в различных возрастных группах (от 18 до 29; от 30 до 39 лет; от 40 до 49 лет; 50 лет и старше).

Как в Брестской ($r_s = -0,6$, $p < 0,01$), так и в Гомельской ($r_s = -0,75$, $p < 0,01$) области корреляционная связь интегрального показателя с возрастом отрицательна ($p < 0,05$). В то же время, статистически значимые различия между регионами отсутствуют (рис. 2).

Удельный вес респондентов, стремящихся к повышению квалификации и его реализации, в возрастной группе от 18 до 29 лет более чем на 10% выше в Гомельской области по сравнению с Брестской. При этом, в обоих регионах отмечено снижение удельного веса «стремящихся» с возрастом, к 29 годам их доля снизилась почти в 2 раза. Обратная картина наблюдалась в возрастных группах от 30 до 49 лет: в Гомельской области количество «стремящихся» лиц продолжило сни-

жаться (прирост – $-0,25$), а в Брестской – начало расти (прирост – $+0,09$), и к 49 годам в 1,5 раза превысило интегрированный показатель Гомельского региона. В возрастной группе 50 лет и старше удельный вес респондентов, «стремящихся» к повышению квалификации и реализации предоставляемой государством возможности, падал как в Гомельской, так и в Брестской области, возможно, за счет достижения лицами этой возрастной группы максимально возможного показателя – присвоения высшей квалификационной категории.

По данным, полученным в ходе настоящего исследования, уровень собственного стремления к повышению квалификации и его реализации, то есть мотивация к росту профессионализма, в возрастной группе опрошенных врачей от 30 до 49 лет остается выше в Брестской области.

Для качественного решения поставленных задач при принятии управленческих решений важно понимание уровня компетентности имеющихся трудовых ресурсов. На выяснение этого уровня были направлены следующие вопросы разработанной авторской анкеты: «Как Вы считаете, какие критерии являются показанием для постановки диагноза «Аутоиммунный тиреоидит?»», «Как Вы считаете, какие критерии являются показанием для направления пациента к врачу-эндокринологу?», «Укажите, пожалуйста, чем Вы руководствуетесь при принятии решения о направлении пациента к врачу-эндокринологу?», «Как Вы считаете, при диспансеризации населения (инструкция, утвержденная постановлением Минздра-

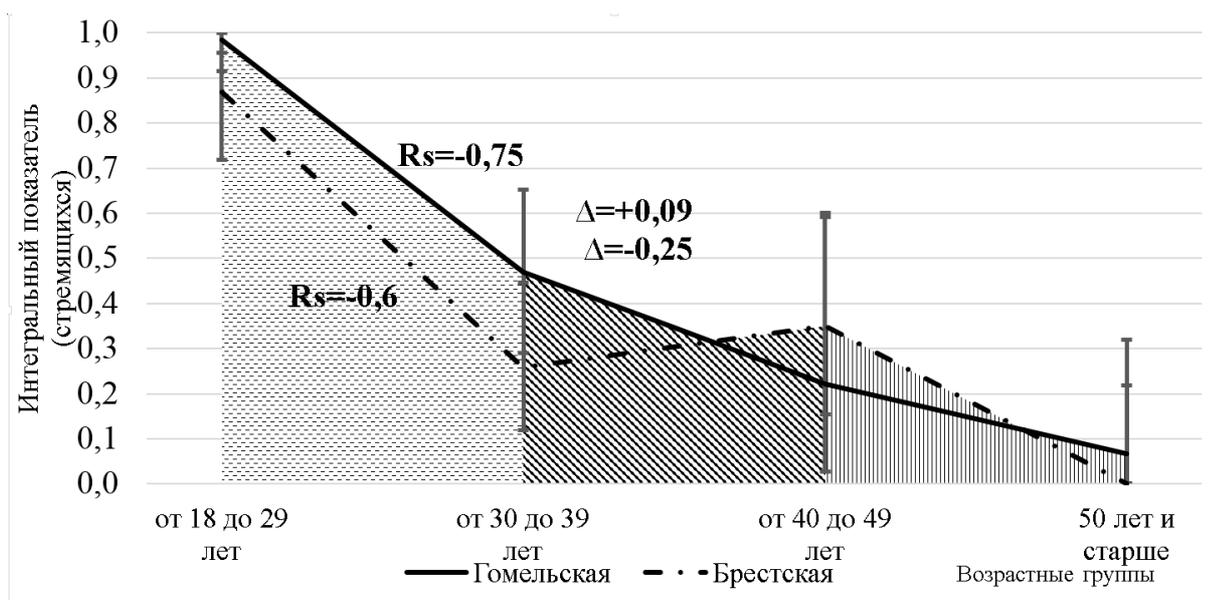


Рис. 2. Удельный вес респондентов, стремящихся к самообразованию и его реализации в разных возрастных группах респондентов Гомельской и Брестской областей

ва от 12.08.2016 №96), как часто при объективном осмотре Вы используете пальпацию щитовидной железы?», «Как Вы считаете, при диспансеризации населения (инструкция, утвержденная постановлением Минздрава от 12.08.2016 №96), как часто Вы назначаете пациенту УЗИ щитовидной железы?», «Как Вы считаете, в полном ли объеме Вы выполняете требования клинического протокола при постановке диагноза «Аутоиммунный тиреоидит»?».

В ряде вопросов предусматривалось несколько вариантов ответов, и оценивалась их совокупность.

На вопрос, «как Вы считаете, какие критерии являются показанием для постановки диагноза «Аутоиммунный тиреоидит»?», ответили все респонденты из обоих регионов, при этом, количество вариантов ответов составило 30. Варианты ответов для сравнения были разбиты на 4 категории: абсолютно правильные, условно правильные, частично правильные, неправильные.

К «абсолютно правильным» был отнесен вариант ответа, где присутствовали 3 критерия: эхопризнаки диффузного снижения эхогенности ткани щитовидной железы; титр антител к ткани щитовидной железы повышен; уровень FT4 (свободный тироксин) снижен, уровень TSH (тиреотропный гормон) повышен.

К группе «условно правильных» отнесены ответы, в которых присутствовали 2 из 3 критериев: эхопризнаки диффузного снижения эхогенности ткани щитовидной железы; титр антител к ткани щитовидной железы повышен; уровень FT4 (свободный тироксин) снижен, уровень TSH (тиреотропный гормон) повышен.

К группе «частично правильных» отнесены ответы, в которых упоминалось, что титр антител к ткани щитовидной железы повышен и предполагались возможные редко встречающиеся с АИТ состояния ЩЖ.

Все остальные варианты ответов отнесены к группе «неправильных».

В Брестской области из 104 респондентов «абсолютно правильный» ответ был дан только 9 (8,6%) специалистами, «условно правильный» – 27 (26,0%), «частично правильный» – 31 (29,8%) и «неправильный» – 37 (35,6%) опрошенными.

При этом, следует отметить, что в группу давших «абсолютно правильный» ответ вошло 3 (33,3%) врача без категории, 5 (55,6%) специалистов, имеющих вторую, и 1 (11,1%) – первую квалификационную категорию.

Группу давших «условно правильный» ответ составили 11 (40,8%) специалистов без катего-

рии, 6 (22,2%) врачей, имеющих вторую, 6 (22,2%) – первую и 4 (14,8%) – высшую категорию.

Группу давших «частично правильный» ответ составили 15 (48,4%) врачей без категории, 3 (9,7%) – со второй и 13 (41,9%) – с первой категорией.

«Неправильные» ответы дали 37 (35,5%) специалистов, из них: 17 (47,3%) без категории, 9 (25,0%) – со второй, 8 (22,3%) – с первой и 3 (8,4%) – с высшей квалификационной категорией.

В Гомельской, как и в Брестской, области удельный вес группы лиц, давших «неправильный» ответ, был наиболее высоким (54 (45,0%) из 120 респондентов). «Абсолютно правильный» ответ дали 7 (5,8%) человек, «условно правильный» – 34 (28,4%), «частично правильный» – 25 (20,8%) специалистов.

В группу давших «абсолютно правильный» ответ вошли 1 (14,3%) врач без категории, 3 (42,8%) – со второй, 2 (28,6%) с первой и 1 (14,3%) – с высшей категорией.

Группа давших «условно правильный» ответ составили 17 (50,0%) специалистов без категории, 7 (20,6%) – со второй, 10 (29,4%) – с первой категорией.

В группе давших «частично правильный» ответ были 14 (56,0%) специалистов без категории, 10 (40,0%) – со второй, 1 (4,0%) – с первой категорией.

Как указано выше, «неправильный» ответ дали 54 (45,0%) врача, из них: 24 (66,7%) – без категории, 17 (47,2%) – со второй, 10 (27,8%) – с первой и 3 (8,3%) – с высшей категорией.

Следует отметить, что достаточно высоким оказался удельный вес респондентов, которые отметили в качестве критерия установления диагноза АИТ только один признак: «диффузное снижение эхогенности ткани щитовидной железы» (Гомельская область – 10 (8,3%), Брестская область – 5 (4,8%) человек) либо «титр антител к ткани щитовидной железы повышен» (Гомельская область – 21 (17,5%), Брестская область – 20 (19,2%) человек), то есть практически 25% врачей готовы выставить АИТ при наличии только одного из указанных выше признаков. В целом, даже при условии объединения групп лиц с абсолютно правильными и условно правильными ответами (Брестская область – 36 (34,6%), Гомельская область – 41 (34,2%) человек), проведенный анализ показал низкий уровень компетентности врачей в части знания критериев установления диагноза АИТ, а у 91 (40,6%) респондента вооб-

ще обнаружались сомнительные знания тиреодологии (в Гомельской области таковых 54, а в Брестской – 37 человек). Если уровень ответивших «условно правильно» респондентов был ниже в Брестской области (26,0%), то давших «неправильные» ответы – выше в Гомельской (45,0%) области, однако, достоверность различий отсутствовала ($p > 0,05$).

Для подтверждения полученных результатов исследования по уровню компетентности респондентов по критериям установления АИТ, параллельно проведена оценка назначения УЗИ, использования во врачебной практике пальпации ЩЖ, выполнения клинического протокола и ответов на вопрос: «Как Вы считаете, какие критерии являются показанием для направления пациента к врачу-эндокринологу?».

В Гомельской области доля врачей (44,2%), которые при объективном осмотре используют пальпацию ЩЖ менее чем в 50% случаев, была выше в сравнении с Брестским (30,8%) регионом (рис. 3). Обратная ситуация наблюдалась при назначении УЗИ: в Брестской области, согласно опросу респондентов, данное исследование используется реже при установлении диагноза, чем в Гомельской области.

Это свидетельствует, во-первых, о низком уровне компетентности (практический навык пользования пальпацией ЩЖ), во-вторых, подтверждает данные ретроспективного анализа медицинских карт амбулаторного больного [4], когда экспертной оценкой объемов выполнения лабораторных и инструментальных методов диагностики по раннему выявлению и диспансеризации пациентов с АИТ показано, что использование УЗИ было выше в Гомельской области (97,7%).

По результатам ответа на вопрос, «как Вы считаете, какие критерии являются показанием для направления пациента к врачу-эндокринологу?», было получено 25 вариантов, которые группировались по лабораторно-инструментальным признакам вероятного наличия либо отсутствия патологии ЩЖ. Анализировалась компетентность для принятия решения, то есть те ситуации, когда врач уверенно предполагает патологию пациента, или же при назначении определенных обследований и консультаций врач основывается не на собственных знаниях природы и характера патологии, а предположениях, базирующихся на косвенных признаках. В результате проведенного анализа анкет респондентов сформированы две группы лиц: с «уверенными» и «неуверенными» знаниями патологии ЩЖ. В первую группу вошли респонденты, ответы которых характеризовали конкретную тиреопатологию, а вторую группу составляли лица, ответившие неполно и неопределенно (ответы не связывались с установлением конкретного диагноза) (табл.).

Удельный вес респондентов с «уверенными» знаниями патологии ЩЖ был недостаточно высок в обоих регионах (Гомельская область – 48 (40%) и Брестская – 27 (26%) человек), при этом, не выявлены значимые различия в ответах на данный вопрос в зависимости от наличия определенной квалификационной категории. Так, в Брестской области из общего числа респондентов первой группы на долю лиц с высшей категорией приходилось 11,1% (3 человека), первой – 11,1% (3 человека), второй – 33,4% (9 человек) и без категории – 44,4% (12 человек), в Гомельской области показатели были сопоставимы (соответственно 2,1% (1 человек) с высшей кате-

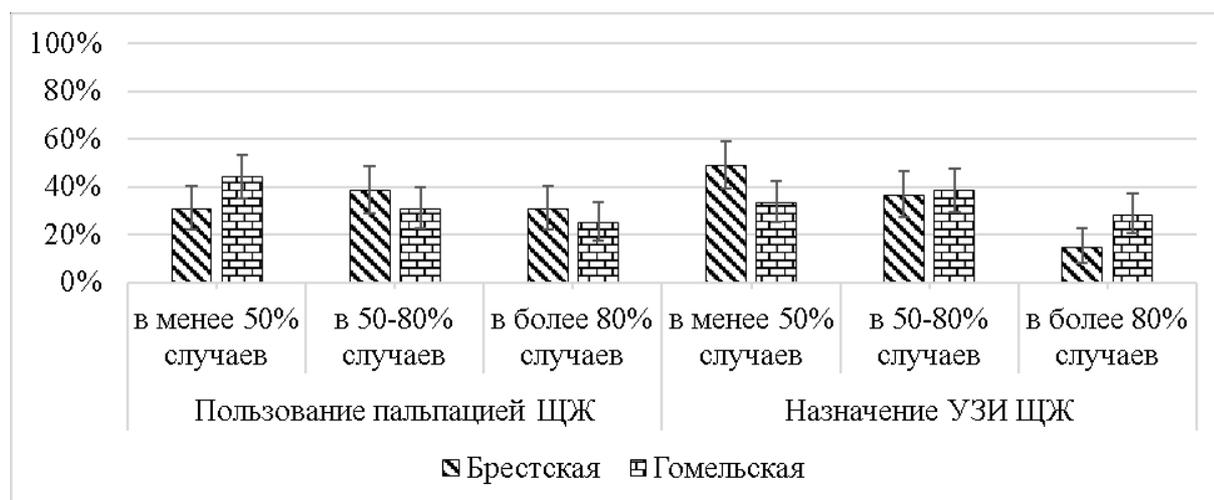


Рис. 3. Распределение ответов респондентов на вопросы, связанные с использованием пальпации ЩЖ при осмотре пациента и назначением УЗИ ЩЖ

Распределение ответов респондентов из Брестской и Гомельской областей на вопрос, «как Вы считаете, какие критерии являются показанием для направления пациента к врачу-эндокринологу?», в зависимости от их квалификации (наличия квалификационных категорий) и компетентности в области тиреодологии и диагностики АИТ

Знания патологии ЩЖ	Брестская (n=104)					Гомельская (n=120)				
	Категория					Категория				
	Нет	II	I	Высшая	Всего	Нет	II	I	Высшая	Всего
«Уверенные»	12 (44,4%)	9 (33,4%)	3 (11,1%)	3 (11,1%)	27	21 (43,7%)	19 (39,6%)	7 (14,6%)	1 (2,1%)	48
«Неуверенные»	34 (44,1%)	14 (18,2%)	5 (32,5%)	4 (5,2%)	77	35 (48,6%)	18 (25%)	16 (22,2%)	3 (4,2%)	72

горией, 14,6% (7 человек) с первой, 39,6% (19 человек) со второй и 43,7% (21 человек) без категории).

Согласно нормативным правовым актам, принятым в системе здравоохранения, одними из основополагающих документов при принятии решения врачами-специалистами при установлении диагноза являются клинические протоколы. При анализе ответов респондентов на вопрос, «укажите пожалуйста, чем Вы руководствуетесь при принятии решения о направлении пациента к врачу-эндокринологу?», предусматривалось оценить не только уровень знаний нормативной базы, но и степень клинического мышления. По результатам опроса респондентов, получено 6 вариантов ответов, на основании которых были выделены две группы лиц, ответивших правильно или неправильно. Группу «правильных» ответов сформировали, исходя из наличия в вариантах, в совокупности с другими, выражений «требования клинического протокола» (как основной документ, которым надлежит руководствоваться в диагностике и лечении соответствующей нозологической формы заболевания), «клинико-лабораторные показатели» (как оценка степени клинического мышления врача-специалиста). К «неправильным» отнесены варианты ответов, в которых отсутствовало указание на требования клинического протокола. Это расценивалось как незнание действующих нормативных документов системы здравоохранения, поскольку приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.07.2013 №764 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения взрослого населения с заболеваниями эндокринной системы при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях» регламентированы порядок и объем диагностических и лечебных процедур. Доля респондентов, ответивших «правильно», выше в Брестской области, чем в Гомельской (66,3% (69 респондентов) и 58,3% (70 респондентов) соответ-

ственно в Брестской и Гомельской областях), однако различия не были статистически значимыми ($p=0,27$). При этом, следует отметить, что все врачи с высшей категорией обоих регионов ответили «правильно», а ответы порядка 50,0% из них показали не только знание клинического протокола, но и высокую степень клинического мышления (в отличие от врачей с первой и второй категорией и не имеющих категории). Соотношение «правильных» и «неправильных» ответов у специалистов без категории было одинаковым.

Последовательным подтверждением вышеизложенного послужили результаты ответа на вопрос, «как Вы считаете, в полном ли объеме Вы выполняете требования клинического протокола при постановке диагноза «Аутоиммунный тиреоидит»?». «Да» ответили 70 (67,3%) респондентов Брестской и 70 (58,3%) Гомельской области, «нет» – соответственно 34 (32,7%) и 50 (41,7%) респондентов. Удельный вес отрицательных ответов у специалистов с разной категорией колебался в пределах 35–50%, что свидетельствует о сопоставимости уверенности в знаниях при принятии решения.

Сравнительный анализ «стремящихся» (уровень стремления к повышению квалификации и его реализации) и «компетентных» (лица, ответившие «абсолютно правильно» и «условно правильно») показал, что в Брестской области среди «стремящихся» врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики) уровень компетентности вырос с 42,0% (возрастная группа 18–29 лет) до 75,0% (возрастная группа 30–49 лет) (рис. 4).

В возрасте от 30 до 50 лет, когда в Брестском регионе наблюдался опережающий рост «стремящихся» врачей-специалистов (+0,09), уровень компетентности в части рассматриваемых вопросов был почти в 2,8 раза выше, чем в Гомельской области (27,0%).

По срокам доведения до респондентов нормативных документов и частоте проведения об-

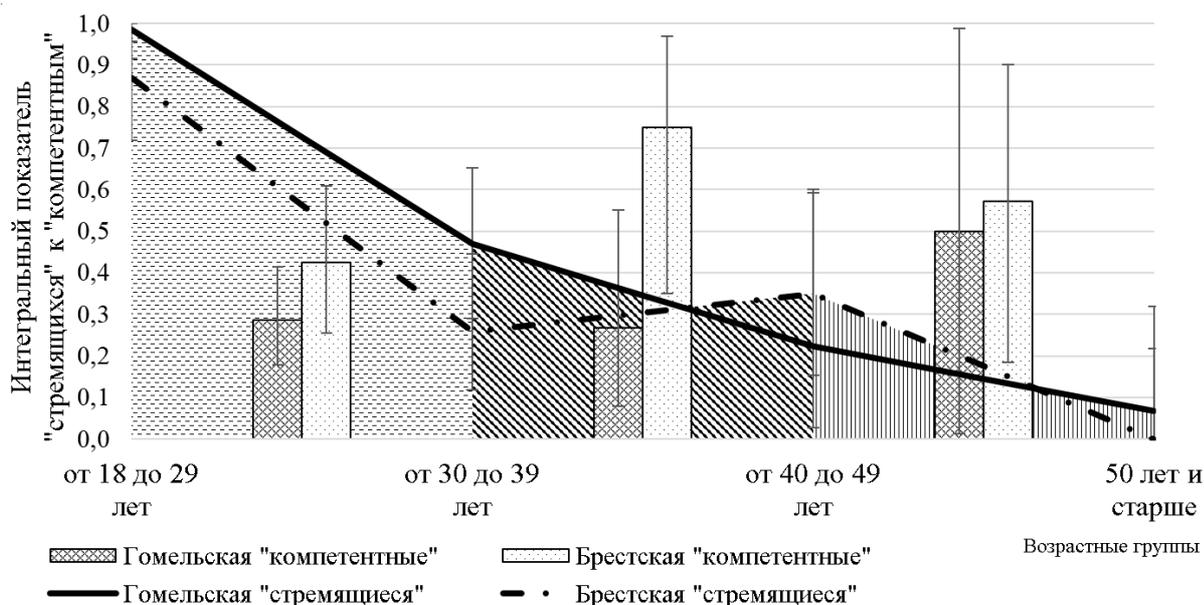


Рис. 4. Уровень компетентности в рассматриваемых вопросах среди «стремящихся» специалистов Брестской и Гомельской областей

разовательных семинаров достоверные различия между регионами не отмечены. Заслуживает внимания то, что 64,4% респондентов Гомельской и 68,4% Брестской областей отметили редкость проведения образовательных семинаров (раз в год и реже), в то время как срок доведения нормативной документации в пределах 2 недель подтвердили порядка 80% респондентов в обоих регионах.

Заключение

Таким образом, проведенный анализ в целом показал низкий уровень компетентности врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики) в части знаний критериев установления диагноза «Аутоиммунный тиреоидит», а у 40,6% (91 из 224) опрошенных – в принципе сомнительные знания тиреодологии. 45,0% (54 врача-специалиста) респондентов в Гомельской области и 35,6% (37 врачей-специалистов) респондентов в Брестской области неправильно указали критерии установления АИТ. При этом, доля врачей Гомельской области (44,2%), которые при объективном осмотре используют пальпацию ЩЖ менее чем в 50% случаев, была выше в сравнении с Брестским (30,8%) регионом. В то же время, в Брестской области отмечен положительный тренд в уровне стремления к повышению квалификации и его реализации («стремящиеся» респонденты) в зависимости от возрастных групп (от 18 до 29; от 30 до 39 лет; от 40 до 49 лет; 50 лет и старше): так, в возрасте 30–49 лет уровень

«стремящихся» лиц рос (прирост 0,09), и уровень компетентности вырос с 42,0% (возрастная группа 18–29 лет) до 75,0% (возрастная группа 30–49 лет). Этот показатель почти в 2,8 раза выше, чем в Гомельской области (27,0%; прирост -0,25 соответственно), то есть мотивация к повышению профессионализма остается выше в Брестской области.

Литература

1. Рожко, В.А. Заболеваемость аутоиммунным тиреоидитом в Республике Беларусь и радиационный фактор / В.А.Рожко, И.В.Вейлкин, Т.М.Шаршакова // Медицинская радиология и радиационная безопасность. – 2020. – Т.65, №2. – С.27–33.
2. Рожко, В.А. Особенности формирования первичной заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом в Республике Беларусь / В.А.Рожко, Т.М.Шаршакова, И.В.Вейлкин, Л.И.Данилова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2019. – №2. – С.45–51.
3. Данилова, Л.И. Болезни щитовидной железы и ассоциированные заболевания / Л.И.Данилова. – Минск – Нагасаки, 2005. – 470 с.
4. Шаршакова, Т.М. Комплексная организационно-медицинская оценка формирования первичной заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом в Республике Беларусь / Т.М.Шаршакова, В.А.Рожко, И.В.Вейлкин // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2020. – №1. – С.154–160.
5. Прикладная социология в маркетинговых исследованиях: пособие по одноименному курсу для студентов специальности 1-26 02 03 «Маркетинг» дневной и заочной форм обучения / В.В.Кириенко. – Гомель: ГГТУ им. П.О.Сухого, 2013. – 84 с.

ASSESSMENT OF COMPETENCE LEVEL OF PHYSICIANS OF OUTPATIENT POLYCLINIC LINK IN ORGANIZATIONAL AND MEDICAL ISSUES' DECISION-MAKING

¹ V.A.Rozhko, ¹ T.M.Sharshakova,
² I.V.Veyalkin

¹ Gomel State Medical University, 5, Lange Str., 246000, Gomel, Republic of Belarus

² Republican Scientific and Practical Center for Radiation Medicine and Human Ecology, 290, Ilyicha Str., 246040, Gomel, Republic of Belarus

Survey-based assessment of general practitioners in Brest (104 respondents) and Gomel (120 respondents) Regions showed the absence of any significant differences between these regions in competence of specialists in solution of organizational and medical issues. However, there were positive trends in the level of commitment to advanced training and its implementation (“aspiring” respondents) depending on age groups (from 18 to 29; from 30 to 39 years; from 40 to 49 years; 50 years and older) and region. The level of “aspiring” respondents in the Brest Region increased (an increase by +0,09) at the age of 30–49 years, and to 49 years it was 1,5 times higher than in the Gomel Region (an increase

by -0,25). The level of competence increased from 42,0% (in age group of 18–29 years) to 75,0% (in age group of 30–49 years) and it was 2,8 times higher in the Brest Region than in the Gomel Region (27,0%).

Keywords: autoimmune thyroiditis; physicians' competence; “aspiring” respondents; specialist awareness.

Сведения об авторах:

Рожко Валентин Александрович, УО «Гомельский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения, аспирант; e-mail: urahara@mail.ru.

Шаршакова Тамара Михайловна, д-р мед. наук, профессор, УО «Гомельский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+375232) 754472; e-mail: publ_health@gsmu.by.

Вейлкин Илья Владимирович, канд. биол. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», зав. лабораторией эпидемиологии; тел.: (+375232) 389510; e-mail: veyalkin@mail.ru.

Поступила 12.03.2020 г.

УДК 616-082:339.564]:341.221.27 (476)

СОЦИАЛЬНО-МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОИСКА ПУТЕЙ ПОВЫШЕНИЯ ЭКСПОРТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ПРИГРАНИЧНОМ РЕГИОНЕ

¹ А.А.Гаврилик, ² С.Л.Бойко

¹ Главное управление здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета, ул. Ожешко, 3, 230023, г. Гродно, Республика Беларусь

² Гродненский государственный медицинский университет, ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

В статье представлен годовой опыт работы по поиску и апробации путей привлечения иностранных пациентов (на примере кабинета магнитно-резонансной томографии). Установлена роль экономических, социологических и социально-психологических факторов, способствующих притоку потенциальных потребителей медицинской помощи в приграничном регионе.

Ключевые слова: медицинская услуга; экспорт; медицинский туризм; социологические характеристики.

Введение. Здоровье представляет собой благо, имеющее высокую социальную ценность, при этом, медицинская помощь в современных условиях сопряжена с термином «медицинская услуга», и здесь, наряду с социальной ценностью, появляется ценность материальная, цена на услугу. Более 50 стран мира развивают медицинский туризм (предоставление медицинских услуг за пределами страны проживания) на уровне государственной политики, что позволяет положительно влиять не только на саму отрасль здравоохранения (внедрение новых технологий, дополнительное внебюджетное финансирование, повышение мотивации сотрудников), но и на всю экономику страны в целом (создание новых рабочих мест, «сопутствующий туризм», имидж страны) [1, 2]. Доказано, что наибольшего успеха в области экспорта медицинских услуг добиваются страны, в которых проводится государственная политика поддержки экспорта медицинских услуг (льготное налогообложение, выделение земельных участков, снятие ограничений на статус инвестора) [3].

Город Гродно расположен в западной части Беларуси, вблизи границы с Польшей и Литвой (в 15 и 30 км соответственно). Несмотря на территориальную близость, до недавнего времени значительным препятствием на пути пациента из этих стран была необходимость получения белорусской визы. В соответствии с подписанным Президентом Республики Беларусь А.Г.Лукашенко указом от 7 августа 2019 г. №300 «Об установлении безвизового порядка въезда и выезда иностранных граждан», на безвизовой территории

«Брест – Гродно» срок безвизового пребывания в туристических целях был увеличен до 15 суток для граждан 73 государств. В этих условиях особую актуальность приобретают социологические и маркетинговые исследования для оценки спроса на медицинские услуги, изучения портрета потенциального потребителя, понимания наших возможностей и формирования конкурентоспособных предложений.

Материалы и методы. На примере внедрения бизнес-плана для кабинета магнитно-резонансной томографии (МРТ) учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» (УЗ «ГКБСМП г. Гродно») были изучены проблемные зоны при организации экспорта медицинских услуг в приграничье, определены направления действий по улучшению с акцентом на медико-социальные характеристики потенциальных потребителей медицинской помощи.

Объектом пилотного исследования явилась деятельность кабинета МРТ. Одним из авторов (Гаврилик А.А.) были организованы встречи с представителями национальных систем здравоохранения Польши и Литвы, изучена специфика организации диагностической помощи, для пилотного исследования спроса и конкурентоспособности выбрана Польша.

Результаты и обсуждение. Сфера диагностики занимает третье место после трансплантации и пластической хирургии в структуре экспорта медицинских услуг в Республике Беларусь и имеет доказанную привлекательность для иностран-

ных потребителей в других государствах [4, 5]. Так, на территории Подляского воеводства имеется 8 центров, где установлены аппараты МРТ, а численность населения данного региона чуть выше миллиона человек. Гродненская область сопоставима по численности населения с соседним регионом Польши, но располагает всего 4 томографами. Была разработана авторская анкета для изучения конкурирующих учреждений здравоохранения, которая включала впечатления от сайта организации, представления деятельности организации в местных средствах массовой информации, количественные показатели (цены на исследование, время ожидания), информацию о квалификации специалистов. Из каждого медицинского центра была получена и проанализирована официальная информация о времени ожидания исследования для пациента (кроме экстренных случаев). Так, самый короткий период ожидания составлял 76 дней у «NZOZ Poradnia Ortopedyczno-Urazowa», а самый длительный – 373 дня ожидания у «NZOZ «Kendron». Среднее время ожидания на МРТ-исследование по всем медицинским учреждениям Подляского воеводства составило 222 дня. Учитывая, что в большинстве случаев возникает необходимость проведения МРТ-исследования в ближайшую неделю, логично предположить, что большинство пациентов не готовы ждать более полугода.

По приведенным в анкете и полученным от организаций показателям кабинет МРТ УЗ «ГКБСМП г. Гродно» превосходил конкурентов, за исключением доступной потенциальному потребителю информации о нашей медицинской услуге.

Следующий этап исследования был связан с необходимостью составления бизнес-плана для осуществления экспорта медицинских услуг в кабинете МРТ УЗ «ГКБСМП г. Гродно». Временной промежуток для планирования – 1 год.

Для оценки рисков и сильных позиций в работе с иностранными пациентами был применен хорошо известный организаторам здравоохранения SWOT-анализ [6].

К сильным сторонам были отнесены: многопрофильность УЗ «ГКБСМП г. Гродно» и возможность выполнять широкий спектр диагностических исследований по сравнению с другими учреждениями здравоохранения; возможность оказания медицинских услуг в короткие сроки; управление качеством услуг посредством «двойного прочтения» исследований МРТ; внедрение новой методики исследования «МРТ всего тела»; цены на исследования (в среднем на 40% ниже цен в странах «ближнего» Евросоюза). Среди резервов со-

циологического блока, важных для роста экспорта услуг, доминировали: введение рабочих воскресных дней (у конкурентов 6 рабочих дней в неделю); владение иностранными языками у врачей структурного подразделения; низкая текучесть кадров (ниже 5% за последние 3 года). Более того, врачи кабинета МРТ имеют международные сертификаты и проходили стажировки в Германии, Австрии и Польше. Деятельность УЗ «ГКБСМП г. Гродно» сертифицирована согласно критериям ISO 9001, что является внешним независимым подтверждением достижения требований стандарта менеджмента качества.

К слабым сторонам были отнесены: невозможность организовать логистику для иностранных граждан, а также отсутствие в Гродно международного аэропорта с регулярными рейсами; относительно длительное время ожидания на границе; отсутствие возможности прогнозировать и предупредить отказ от исследования.

Возможности внешней среды были представлены внедрением Lean-технологий; улучшением сервиса и сокращением времени на обслуживание; возможностью узкой специализации; межотраслевым сотрудничеством (санатории, туристические фирмы, учреждения здравоохранения, посольство Республики Беларусь на территории Польши); увеличением рентабельности, контролем над затратами. Были определены и угрозы внешней среды: поломка оборудования с последующим длительным периодом простоя; конкурирующее учреждение здравоохранения обладает двумя томографами, что позволяет им улучшить доступность и увеличить экспорт; возможное появление в нашей области дополнительного конкурента (на данный момент – 2 конкурирующие организации – УЗ «Гродненская университетская клиника» и УЗ «Гродненская областная клиническая детская больница»), однако самыми малоизученными и непрогнозируемыми являлись представления иностранных граждан об уровне медицинской помощи, ее доступности в Республике Беларусь.

Были оценены риски для производственных мощностей кабинета МРТ. Количество бюджетных мест для проведения МРТ регламентировано, а внебюджетные места распределяются заведующим кабинетом МРТ и при определенных обстоятельствах могут трансформироваться под потребности рынка. Также дополнительное введение рабочего воскресенья позволило улучшить доступность. Функционирование двух рабочих станций врача позволяет обследовать одного пациента двум врачам одновременно, что улучшает качество обслуживания и сокращает время на исследование.

На основе популярной платформы для создания сайтов WordPress был создан сайт <http://polish.mrt-grodno.by/>. Проведена реорганизация структуры сайта из платформы, созданной для ведения блога, под сайт информационного характера. Были апробированы несколько методик по продвижению информации. Так, применение таргетинга, в том числе, при помощи контекстной рекламы, позволило направить рекламную информацию потенциальному потребителю. Сайт представлен следующими разделами: главная страница с удобным меню и основными ссылками, «наш коллектив», «прейскурант цен», «контактная информация», «виды исследований», «как нас найти». В раздел, касающийся исследований, были внесены подпункты о показаниях и противопоказаниях, о подготовке к исследованию и способах получения результатов исследований. Вся информация на сайте редактировалась в рамках изменения и дополнения html-разметки. В структуру сайта внедрена работа сторонних сервисов, таких как Google Forms, YouTube, Яндекс Карты, Яндекс Метрика. Разработанный на польском языке сайт отражает всю необходимую информацию и соответствует современным представлениям о медицинском информационном ресурсе. На сайте подробно расписан «маршрут клиента», приведены конвертированные цены на исследования, представлен персонал кабинета МРТ, возможности совмещения медицинского туризма с посещением исторических мест города Гродно. Сегментирование рынка было произведено при помощи Яндекс-метрики и системы аналитики Google Analytics, что позволило наладить обратную связь с потенциальными потребителями наших услуг.

Несмотря на размещение на туристических сайтах и выделение Интернет-ресурса grodnovisafree, граждане Польши были недостаточно информированы о безвизовом режиме (100% опрошенных нами лиц, воспользовавшихся услугами МРТ, случайно узнали о безвизовом режиме и о такой возможности).

При помощи компьютерных технологий были изучены предпочтения потенциальных клиентов. Установлено, что для иностранного пациента особенно важным являлось мнение сограждан об оказываемых в Беларуси медицинских услугах (72% опрошенных).

С акцентом на социальный портрет и запросы потенциального потребителя необходимо было привести клиента на сайт, для чего было решено использовать контекстную рекламу в Google Adwords. Перед настройкой контекстной рекламы мы проводили анализ информационных ресурсов конкурентов (только организации здравоохранения Польши с возможностью проведения исследования МРТ) по следующим аспектам:

- количество схожих рекламных запросов;
- качество настройки и привлекательность рекламных объявлений;
- количество запросов в месяц.

Для поиска ключевых слов использовались сервисы keywordtool.io, Google-планировщик, которые подсказывали возможные варианты ключевых фраз и показывали количество запросов в месяц по данным ключевым фразам. В итоге были генерированы более 50 ключевых фраз.

После трех месяцев работы сайта была оценена эффективность работы, показатели приведены в таблице.

Отдельно была изучена популярность каждого раздела сайта, результат представлен на рисунке.

По итогам анализа посещаемости разделов сайта были подготовлены и размещены проблемные и обзорные статьи. Выявлено, что для входа в Интернет и информационного поиска медицинских услуг поляки чаще используют планшеты и мобильные устройства (72% посетителей сайта). Эта информация явилась основанием для корректировки сайта с целью более удобного просмотра на этих устройствах. Интересным было то, что 3/4 посетителей были мужского пола, а около половины – в возрастном интервале от 25 до 37 лет.

Информационная работа на сайте была продолжена. К информационному продвижению экспорта был привлечен (с его согласия) консул Республики Беларусь на территории Польши, который распространил печатную информацию, принял участие в формировании группы туроператоров Польши для последующего проведения встречи с презентацией возможностей кабинета МРТ.

Выводы. На примере кабинета МРТ УЗ «ГКБСМП г. Гродно» продемонстрирована возможность развития экспорта медицинских услуг. Несмотря

Таблица

Анализ эффективности работы сайта <http://polish.mrt-grodno.by/> (3 месяца)

№	Показатель	Значение
1.	Среднее количество переходов в день	5,3
2.	Самые популярные запросы, по которым были переходы	МРТ в Гродно, сделать МРТ
3.	Средняя стоимость переходов	0,02 €
4.	Наиболее популярные страницы на сайте	цены, сотрудники
5.	Отдельные срезы о посетителях сайта	4

Адрес страницы	Просмотры
polish.mrt-grodno.by/	204
polish.mrt-grodno.by/price	75
polish.mrt-grodno.by/badania	40
polish.mrt-grodno.by/services	17
polish.mrt-grodno.by/contacts	15
polish.mrt-grodno.by/jak_dosta...	15
polish.mrt-grodno.by/jak_przyg...	3
polish.mrt-grodno.by/odbior_wy...	3
polish.mrt-grodno.by/przebieg_...	3
раскрутка-бесплатно-эффект...	2

Рис. Самые часто посещаемые страницы сайта <http://polish.mrt-grodno.by>

ры на размещение соответствующей информации на туристических сайтах и Интернет-ресурсе grodnovisafree, граждане Польши были недостаточно информированы о безвизовом режиме. К особенно важному аспекту привлечения иностранных потребителей медицинских услуг относится высокое качество медицины в Беларуси. Этот аспект является ключевым при подготовке к масштабной работе по привлечению иностранных пациентов. Вопрос планирования экспорта медицинских услуг недооценен, так как кардинально улучшить работу способен правильно составленный бизнес-план.

Таким образом, без решения вопросов планирования экспорта медицинских услуг в условиях некоммерческого учреждения здравоохранения, вопросов логистики, продвижения бренда, информирования потенциальных потребителей медицинской помощи выход на европейские рынки и попытки навязать конкуренцию зарубежным поставщикам медицинских услуг представляются проблематичными.

Литература

1. Johnston, R. Policy implications of medical tourism development in destination countries: revisiting and revising an existing framework by examining the case of Jamaica [Electronic resource] / R. Johnston, V.A. Crooks, M. Ormond // *Globalization and Health*. – 2015. – No.11, Art.29. – 13 p. – Mode of access: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12992-015-0113-0>. – Date of access: 17.01.2020.
2. Loh, Ch.-P.A. Health tourism on the rise? Evidence from the Balance of Payments Statistics [Electronic

resource] / Ch.-P.A.Loh // *Eur J Health Econ*. – 2014. – Vol.15, No.7. – P.759–766. – Mode of access: <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0521-0>. – Date of access: 17.01.2020.

3. Trewiek, Sh. The potential of electronic medical record systems to support quality improvement work and research in Norwegian general practice [Electronic resource] / Sh.Trewiek // *BMC Health Serv Res*. – 2003. – Vol.3, Art.10. – 9 p. – Mode of access: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-3-10>. – Date of access: 17.01.2020.
4. Милашевич, Е.А. Экспорт медицинских услуг Беларуси: тенденции развития и направления стимулирования / Е.А.Милашевич. – Минск: Беларуская навука, 2017. – 195 с.
5. Open source software in a practical approach for post processing of radiologic images / G.Valeri [et al.] // *Radiol med*. – 2015. – Vol.120, No.3. – P.309–323. – Mode of access: <https://doi.org/10.1007/s11547-014-0437-5>. – Date of access: 17.01.2020.
6. Levitt, M. Bioethics: An Export Product? Reflections on Hands-On Involvement in Exploring the “External” Validity of International Bioethical Declarations [Electronic resource] / M.Levitt, H.Zwart // *Journal of Bioethical Inquiry*. – 2009. – Vol.6, Issue 3. – P.367–377. – Mode of access: <https://doi.org/10.1007/s11673-009-9168-z>. – Date of access: 17.01.2020.

SOCIALAND MARKETING RESEARCH TO FIND WAYS TO MEDICAL SERVICES' EXPORT INCREASE IN THE BORDER REGION

¹ А.А.Хаурлик, ² С.Л.Бойко

¹ Main Directorate of Health of the Grodno Regional Executive Committee, 3, Ozsheshko Str., 230023, Grodno, Republic of Belarus

² Grodno State Medical University, 80, M.Gorky Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

One year of experience working on search and testing of ways to attract foreign patients (on the example of a magnetic resonance imaging room) is presented in the article. Role of economical, sociological, social and psychological factors, contributing to influx of potential health care consumers in the border region, is identified.

Keywords: medical service; export; medical tourism; sociological characteristics.

Сведения об авторах:

Гаврилик Александр Анатольевич; Гродненский областной исполнительный комитет, главное управление здравоохранения, заместитель начальника; тел.: (+37515) 2721782; e-mail: alexandergavrilik@yandex.ru.

Бойко Светлана Леонидовна, канд. мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», декан медико-психологического факультета; тел.: (+37515) 2446734; e-mail: sduduk@yandex.ru.

Поступила 21.01.2020 г.

История здравоохранения Беларуси

УДК 614.79:06.091](091)(476)

СТО ЛЕТ ИСТОРИИ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ

Н.Н.Пилипцевич

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

На фоне произошедших за 100 лет событий на белорусской земле анализируются здоровье населения, состояние и деятельность сельского здравоохранения. Сделан вывод о том, что состояние и развитие сельской жизни в Беларуси определяет демографическая динамика. Устойчивой стала механическая убыль населения в результате его перемещения в городские поселения, таким же устойчиво отрицательным стал естественный прирост населения, пропорционально снижению востребованности сокращается сельская участковая медицинская служба. Выражая надежду на укрепление белорусского села и, соответственно, сельского здравоохранения, автор формулирует непосредственно связанные с этим предложения (в первую очередь, терминологические) по внесению изменений в действующее законодательство о здравоохранении.

Ключевые слова: Республика Беларусь; сельское здравоохранение; история развития; законодательство.

Сельское здравоохранение входит в государственное социальное устройство как органическая составная часть здравоохранения страны, функционирует на основе единых для всей системы принципов. Рациональная организация медицинского обслуживания сельского населения имеет важное значение в развитии территориальной социальной и экономической структуры. Профессиональным представителем здравоохранения является сельский врач, в соответствии с современным наименованием – врач общей практики.

Как известно, история просвещает, учит, является мудрой опорой в формировании прогнозов и развития на будущее. **Цель** настоящей работы – на основании доступных исторических материалов, официальных источников, научных изысканий, проанализировать произошедшие за последние 100 лет события в отечественном здравоохранении, обобщить, дать оценку, показать динамику его развития в сельской местности.

Приоритет сельскому звену здравоохранения

отдан в связи с тем, что до 70–80-х гг. XX века большинство населения проживало в сельской местности. Для его медицинского обслуживания требовалось формировать новое сельское территориальное здравоохранение. Такой была политическая программа руководства страны. За период с последней четверти XX века и включая прошедшие почти два десятилетия XXI века стабильность сельского здравоохранения в значительной степени была утеряна.

Насыщенный множеством событий 100-летний временной интервал развития отечественного здравоохранения разделен на 4 периода:

– начальный период включает накладываются (и (или) последовательно переходящие) события Первой мировой войны (1914–1918), революции (1917–1918), военной интервенции и гражданской войны (1918–1920);

– последующий период – 20 лет (1920–1940) – поступательного движения здравоохранения в условиях мирного развития нового государства;

– период Великой Отечественной войны (1941–1945), в том числе, три года выживания и борьбы белорусского народа в условиях немецкой оккупации;

– заключительная, самая продолжительная часть – 75 лет анализируемого периода – залечивание ран войны, строительство, совершенствование народно-хозяйственного комплекса, в том числе здравоохранения.

За 225-летний временной интервал, отделяющий нас от третьего раздела Речи Посполитой между Россией, Пруссией и Австрией (1795), государственное и политическое устройство на белорусской земле изменялось три раза. 122 года (1795–1917) белорусские земли входили в состав Российской империи. 74 года (1917–1991) БССР на правах союзной республики входила в состав СССР. Почти три десятилетия (без одного года) Республика Беларусь – суверенное государство.

В результате «переходов» от потрясений к размеренной жизни, с разной интенсивностью подвергались модернизации экономика, политика, культура, наука, образование, религия, здравоохранение и др. В совокупности, эти важнейшие и подобные им составляющие определяли возможность и характер развития здравоохранения, являясь для него регламентирующим фоном и одновременно стартовой базой развития.

Организационные возможности медицинского обслуживания сельского населения имеют свои особенности. Среди них: удаленность сельских населенных пунктов друг от друга, от центра, объединяющего их в границах административно-территориального образования; различие в численности проживающего населения; транспортная доступность; специфические условия труда и быта; экономика сельскохозяйственного производства; развитие социальной сферы и пр.

Первый период. На территории Беларуси военные действия первой мировой войны начались с августа 1915 г. Во всех белорусских губерниях было введено военное положение. Превосходящие в силе войска кайзеровской Германии существенно продвинулись в глубь территории страны. В связи с приближающейся угрозой, Ставка верховного главнокомандующего российскими войсками – царя Николая II – передислоцирована на 300 км из Барановичей в Могилев. На всей территории резко ухудшилось экономическое и социальное положение. Общий объем промышленного производства действующих предприятий снизился до 30% довоенного уровня. Наполовину сократились посевные площади. Свыше 50% трудоспособных мужчин мобилизованы для обеспечения фронта. На

военные нужды у крестьян реквизируются продукты питания, скот, фураж [1].

На российско-германском фронте за всю Первую мировую войну районом наибольшего напряжения была Сморгонщина. Там элитные части русской армии получили приказ стоять насмерть. Оборона Сморгони продолжалась 810 дней. 19 июня 1916 г. на данном участке фронта немцы впервые в этой войне применили химическое оружие. За полтора часа было отравлено 2076 солдат и 40 офицеров. В последующие месяцы газовые атаки вошли в разряд «обычных» боевых действий.

Из прифронтовой полосы в глубь страны бежали 1 миллион 300 тысяч человек [1]. Очевидец этих событий, участник обороны Сморгони, генерал Гурко дал такую оценку виденному: «...Никакой ужас битвы не мог сравниться с ужасным зрелищем бесконечного исхода населения, не знающего ни цели своего движения, ни места...». Лишенные крова, продовольствия, медицинского обеспечения беженцы массово гибли от голода, холода, тифа, холеры, других болезней.

Сложившаяся ситуация способствовала активизации революционных выступлений. Им противодействовали вооруженные силы под руководством Ставки в Могилеве и штаба Западного фронта в Минске. Ставка была ликвидирована в ноябре 1917 г. За последующие включительно по февраль 1918 г. месяцы на территории современной Беларуси смещен старый государственный аппарат, уставлена новая власть. В феврале 1918 г. возобновилось наступление немецких войск, захвачены Минск, Полоцк, Орша, нависла угроза над Витебском. В оккупации оказалась большая часть территории [1].

В боях было положено начало формированию Красной Армии. Организованный отпор, совместно с перешедшими на сторону революции частями войск Временного правительства, остановил продвижение наступающего противника. 3 марта 1918 г. в Брест-Литовске подписан мирный договор. В ноябре 1918 г. в Германии произошла революция. Брестский договор был аннулирован. В конце декабря 1918 г. – начале января 1919 г. территория Беларуси, за исключением части Гродненской губернии, была освобождена.

1 января 1919 г. образована БССР. 20 января 1919 г. создан Народный комиссариат здравоохранения БССР. 2–4 февраля 1919 г. в Минске состоялся I Всебелорусский съезд Советов, на котором утверждена первая Конституция Социалистической Советской Республики Белоруссии (ССРБ).

Период с конца 1919 – начала 1920 гг. – короткая мирная передышка. В марте 1920 г. ее прервала очередная военная интервенция на территорию республики, на этот раз со стороны Польши. Первоначально успешные действия наступающих войск вскоре были остановлены. В июле 1920 г. освобождена столица, затем вся территория ССРБ. 18 марта 1921 г. в Риге подписан мирный договор на тяжелых условиях – западные губернии Беларуси и Украины отошли к Польше. Для республики это было трудное время, рвали–делили землю на части, уничтожали народ.

На состоянии здравоохранения в рассматриваемое время негативно сказались более отдаленные события. Для их восстановления сделаем краткий экскурс во вторую половину XIX века. 1 января 1864 г. в Российской империи получило силу закона «Положение о губернских и уездных земских учреждениях». На территорию современной Беларуси земская реформа не была распространена по причине восстания 1863 года. В сравнении с земскими губерниями России, это сказало ограничением развития многих сторон общественной жизни, в том числе, здравоохранения. Ситуация мало изменилась и после введения в действие в 1903 г. «Положения об управлении земским хозяйством в 9 западных губерниях». В их число вошли Витебская, Минская и Могилевская губернии. Только через 47 лет после реформы 1864 г., по решению царского правительства в этих губерниях созданы выборные земства (1911). В их ведение переданы вопросы местной хозяйственно-экономической жизни, образования, здравоохранения. Но времени на их реализацию уже не осталось. Как оказалось, приближался закат самой империи. Институт земства на белорусской земле практически не состоялся [2]. Продолжительность контролируемого застоя социально-экономического развития, в том числе, в сфере здравоохранения, составила, без малого, 50 лет.

Через четыре года (1915) наступил кровавый круговорот описанных выше событий: империалистическая война, революционные свершения, гражданская война, оккупация кайзеровскими, затем польскими войсками значительной территории Беларуси. Республика, на фоне всеобщей хозяйственной разрухи, находилась в катастрофически тяжелом положении: повсеместно доминировали нищета, бескультурье, голод.

Советскому здравоохранению досталась в наследство слабо развитая общественная медицина, ограниченная санитарная организация, очень сложная санитарно-эпидемиологическая обста-

новка. К началу XX века 77% жителей Беларуси были неграмотными. Здравоохранение вошло в этот период с медицинской сетью и тяжелым состоянием здоровья населения, сложившимися при царской власти. «Прироста» в сфере медицинского обслуживания ждать было неоткуда. Таяло в своей численности население, имела место убыль врачебного и среднего медицинского персонала, в том числе, и за счет призыва в действующую армию. Сельский врач, чаще всего одиночка, предоставленный по месту службы самому себе, не мог в полной мере бороться с болезнями, противостоять преждевременной смерти, обеспечивать растущую востребованность в медицинском обслуживании.

Таковым, в совокупном представлении, было положение дел в течение и к концу первого периода.

Второй период. На освобожденной от интервентов белорусской земле в тяжелейших условиях началось мирное строительство. Решалась задача восстановления в короткое время разрушенных войной и интервенцией промышленности, транспорта, сельского хозяйства. На одном из первых мест находилась борьба с голодом – расширение посевных площадей, в сравнении с 1913 г. они сократились на 60%, сбор урожая.

16 января 1921 г. между РСФСР и ССРБ был заключен договор о хозяйственном и военном союзе. Здравоохранение Беларуси начало решать задачи своего развития в единстве с российским здравоохранением. До этого времени оно было слабо организованным. Большинство сельского населения медицинскую помощь получало от фельдшеров. Врачей не хватало, мощность уездных больниц составляла 15–20 коек.

В отношении медицинского обслуживания сельского населения единой воспринималась задача сформировать сеть врачебных участков в сельской местности. Они должны были стать центрами борьбы за охрану здоровья населения, осуществлять комплексную систему взаимосвязанных лечебных, санитарных и эпидемиологических мероприятий. Им предстояло провести большую работу по повышению уровня санитарной культуры, оздоровлению сельских местностей, снижению заболеваемости, смертности, общему укреплению здоровья [2].

30 декабря 1922 г. постановлением 1-го съезда Советов был образован Союз Советских Социалистических Республик в составе РСФСР, БССР, УССР, ЗСФСР. Это событие позитивно сказало на территориальном закреплении и развитии БССР. На то время хозяйственные возможно-

сти и материальные ресурсы республики, состоявшей из 6 уездов (Минский, Игуменский, Борисовский, Бобруйский, Слуцкий, Мозырский) бывшей Минской губернии, были крайне ограниченными [1]. В 1924 г. произошло первое ее укрупнение с передачей ряда уездов Витебской, Гомельской, Смоленской губерний. В результате территория республики увеличилась до 110 тыс. кв. км, численность населения превысила 4 миллиона человек. После второго укрупнения БССР (1926) с присоединением Гомельского и Речицкого уездов территория республики увеличилась до 126 тыс. кв. км, численность населения – до 5 миллионов человек.

Весной 1929 г. в БССР был принят первый пятилетний план развития народного хозяйства. 3–4 мая 1929 г. состоялся 3-й Всебелорусский съезд участковых врачей и работников охраны здоровья. В числе первостепенных, в повестке дня съезда стоял вопрос о первом пятилетнем плане строительства здравоохранения – белорусской «пятилетке здоровья» [3]. Сельское здравоохранение, несмотря на некоторые позитивные подвижки, находилось в довольно тяжелом положении.

В докладе Министра здравоохранения БССР М.И.Барсукова генеральной линией прозвучала позиция государственного значения: «Здравоохранение включается в общую систему народно-хозяйственного плана, становится одной из важнейших частей производства, здравоохранение вырастает в сложнейшую систему оздоровительных мероприятий, тесно связанных с общей экономикой страны» [3]. М.И.Барсуков адекватно оценивал возможности планирования здравоохранения. Видел, что по тому времени «очень сложно вкладывать медико-санитарное дело в плановые рамки». Основная тому причина – отсутствие в годы царизма продуманной системы планирования. Было очевидным, что для регулирования дальнейшего роста здравоохранения необходимы научно обоснованные дифференцированные нормы планирования, без которых легко допустить диспропорции в развитии медицинского обслуживания населения. Потребовался поиск необходимых норм, масштабов, часто приходилось разрабатывать новые критерии, на основе которых можно вести обоснование закладываемых в план параметров строительства здравоохранения. Поэтому обсуждаемый план, как первая проба, самими его разработчиками оценивался критически как требующий в перспективе внесения исправлений и дополнений. Институту социальной гигиены была поставлена задача – научно разработать ряд вопросов, связанных с социально-гигиеническим

обоснованием плана строительства охраны здоровья.

В итоговой оценке съездом первого пятилетнего плана охраны здоровья отмечено, что он является минимальным в смысле удовлетворения запросов строительства промышленности и сельского хозяйства, а также запросов населения на медико-санитарное обслуживание. Вместе с тем, взята правильная линия на строительство санитарной организации, усиление борьбы с социальными болезнями, приближение медицинской помощи к населению.

Среди проблемных вопросов, поднятых на съезде, были выделены: отсутствие готового жилого фонда как преграда для развертывания новой медико-санитарной сети; слабая подготовка врачебных кадров как ограничение возможности повышения качества и уровня квалификации медицинской помощи и др.

На съезде были обсуждены и согласованы ряд исходных параметров плана построения медицинской помощи на селе. В частности, получили одобрение: уменьшение радиуса обслуживания с 12,6 км (1929 г.) до 11,3 км (1933 г.), с задачей в перспективе довести его до 5 км; строительство новых врачебных амбулаторий – ставилась задача за пять планируемых лет увеличить их количество с 269 до 326; постепенная ликвидация фельдшерских пунктов; определение сельской врачебной амбулатории основным типом медицинского учреждения на селе; планирование строительства к концу пятилетки 30 новых районных больниц мощностью по 40 коек с доведением их общего числа до 123, а числа детских консультаций – центров охраны материнства и младенчества – с 64 до 110 [3].

К важным звеньям здравоохранения в сельском районе отнесена санитарная организация. Министр М.И.Барсуков «видел» санитарного врача организатором нового быта на селе. Считал обязательным его участие в рассмотрении разрабатываемых планов строительства новых колхозов и совхозов, планировании и застройке деревни домами нового типа, контроле за санитарным состоянием школ и пр. Санитарный врач – консультант сельских врачей по санитарным вопросам, руководитель проведения противоэпидемических мероприятий.

В выполнении задач по оздоровлению деревни важное место отводилось сельской общественности. Вариантом ее задействования являлась организация Советов социальной помощи при каждом лечебно-профилактическом учреждении. В качестве проводников санитарной культуры Министр

рекомендовал формировать санитарные комиссии сельских советов, назначать санитарных уполномоченных колхозов и совхозов. До конца пятилетки планировалось укомплектовать санитарными врачами каждый сельский район.

Пятилетним планом предусматривались: проведение два раза в год поголовных медицинских осмотров колхозников и их семей; строительство полевых и стационарных яслей; материальное участие колхозов в медико-санитарном деле; создание при колхозах специальных фондов для курортного лечения и улучшения быта и др. Контроль за санитарным состоянием коллективных хозяйств возлагался как на санитарных, так и на участковых врачей.

Руководство медико-санитарной организацией района поручалось главному врачу ЦРБ. В зависимости от санитарно-эпидемиологической обстановки альтернативной кандидатурой для его замещения являлся районный санитарный врач. С 1930 г. управленческие структуры здравоохранения района, города с уровня инспекторов преобразованы в рай- и горздравотделы исполнительных комитетов. С 1938 г. введено областное административно-территориальное деление. Соответствующий орган управления здравоохранением стал именоваться областным отделом здравоохранения [3, 4].

Наиболее действенные формы участия населения в оздоровительных мероприятиях проявились в предвоенные годы.

На 1 января 1929 г. население БССР составляло 5 миллионов 171 тысяча человек. Республика была разделена на 8 округов, в их составе 101 район, 1416 сельских, 82 местечковых и городских советов. Естественное движение на 1000 населения (1927 г.) имело следующий вид (БССР/город/село): рождаемость – 39,1/29,4/40,7; смертность – 14,2/12,6/14,6; естественный прирост – +24,5/16,8/26,1. Планировалось довести к 1933 г. до 6455 общее количество больничных коек.

На основе общесоюзного плана был разработан второй пятилетний план развития экономики и культуры БССР (1933–1937). Третий пятилетний план был сорван началом Великой Отечественной войны.

Внешние границы и внутреннее областное деление БССР с 1939 по 1944 г. и в последующие годы неоднократно менялись. В сентябре 1939 г. произошло воссоединение отторгнутых ранее по Рижскому договору западных территорий Беларуси в единое государство. Это решение сохраняется неизменным по настоящее время. При этом, в соответствии с нормами международного пра-

ва, до окончания Великой Отечественной войны жители Западной Беларуси являлись гражданами Польского государства, а не БССР.

За годы предвоенных пятилеток в БССР подошла к завершению организационная перестройка, материально укрепились структурные звенья здравоохранения. Слаженной работой общегосударственной и санитарной служб к началу Великой Отечественной войны были достигнуты определенные успехи в улучшении здоровья сельского населения.

В 1940 г. в БССР функционировали 514 больниц суммарной мощностью 29,6 тыс. коек, работали 5,2 тыс. врачей, 1565 ФАПов, 226 женских и детских консультаций, 137 врачебных и 264 фельдшерских здравпункта, 173 станции скорой помощи, 175 санитарно-эпидемиологических станций, 609 аптек. В таком составе отрасли здравоохранения вместе с населением предстояло в скором будущем пережить прокатившуюся в обе стороны через территорию республики кровавую «военную машину» и трехлетнюю немецкую оккупацию.

В неизбежности войны сомнений уже не оставалось, но люди надеялись на лучшее. В руководящих кругах ошибочно считали, и на такую позицию настраивали население, что боевые действия будут скоротечными, вестись «малой кровью» на территории противника.

В здравоохранении, как и других отраслях народного хозяйства, неспешно велась плановая работа. Народный комиссариат здравоохранения занимался текущими делами мирного времени: развертыванием сети ЛПУ, укреплением сельских врачебных участков, трудоустройством медицинского персонала, особенно в западных областях, проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий и пр. Когда на белорусскую землю пришла война, многие разделы строительства не были завершены.

Третий период. На 1 января 1941 г. общая площадь республики в новых границах составляла 225,7 тыс. кв. км, население – 10 миллионов 454 тысяч 900 человек. В ее состав входило десять областей, включая Белостокскую и Вилейскую.

С началом Великой Отечественной войны из республики эвакуировано около 2,5 миллиона человек, примерно 8 миллионов осталось в местах проживания [5]. К сентябрю 1941 г. вся территория Беларуси была захвачена немецкими войсками. Поддержание «нового» порядка, защита от партизан обеспечивались военно-полицейской группировкой численностью до 160 тысяч оккупантов. В зависимости от контроля над террито-

рией, сложились, с разрывом в несколько месяцев, две формы медицинского обслуживания: одна – установленная немецкими властями; другая – в партизанской зоне [5, 6]. В такой очередности кратко представим их.

Служба здравоохранения в «германском оформлении». Германизация восточных земель предусматривала «очистку» их от части населения и онемечивание остальных жителей. Основным содержанием жизнеустройства было уничтожение: держать культуру на возможно низком уровне, ограничить прирост населения, немецким врачам избегать оказания медицинской помощи местному населению, свести до безопасного минимума профилактическую работу и пр. Для населения в возрасте 18–45 лет оккупационные власти ввели всеобщую трудовую повинность. Работавшему до войны населению надлежало вернуться на свои прежние места. В приказном порядке возвращены на службу люди, работавшие в лечебных учреждениях. Их деятельность регламентировалась документом «О новом оформлении профессии службы здоровья» (октябрь 1941 г.).

Угроза распространения инфекционных заболеваний, необходимость поддержания в работоспособном состоянии людей, занятых обслуживанием немецких войск, вынудила новые власти к принятию ряда мер по проведению необходимых санитарно-гигиенических мер на оккупированной территории. Были открыты уцелевшие больницы, амбулатории, аптеки. Врачи, осуществляющие прием населения, обязывались еженедельно указывать в отчетах лиц, имевших заболевания, представлявшие для немцев опасность [6].

Лечение было платным. Койко-день в больнице Минска (питанием и постельными принадлежностями больные не обеспечивались) стоил 8–12 рублей, рентгенокопия грудной клетки – 10, желудка – 20 рублей. В других больницах (Вилейка) взималась в несколько раз большая плата.

Здравоохранение в партизанской зоне. Многие работники подконтрольного немцам здравоохранения стремились оказывать посильную помощь (медикаментами, инструментарием, перевязочным материалом и другими средствами) медико-санитарной службе партизанских зон. На первых порах этих средств очень не хватало. С организацией доставки необходимого оснащения воздушным транспортом с Большой земли ситуация несколько улучшилась. С 1942 г. отдельные боевые отряды начали объединяться в партизанские соединения. Тем самым увеличивалась их боевая мощь, одновременно прирастало медицинское обслуживание партизанского состава. Для

этого стали создавать медпункты, амбулатории, госпитали, эвакуопункты.

С ростом мощности партизанского здравоохранения расширились возможности оказания медицинской помощи местным жителям. По данным Белорусского штаба партизанского движения, за период с октября 1942 г. по ноябрь 1944 г. в среднем до 15–20% амбулаторных посещений приходилось на гражданское население. Всего медицинскими службами партизан обслужено более 135 тысяч гражданского населения [5]. Такой, в совокупном представлении, сложилась система медицинского обслуживания партизан и местного населения. Естественно, ее возможности, по отношению к потребностям, были крайне ограниченными.

Война и трехлетняя оккупация принесли неисчислимы бедствия, тяжелейшие социально-экономические последствия. Уничтожено больше половины национального богатства страны. Разрушены 209 городов и районных центров, 9200 сельских населенных пунктов. Разрушению подверглись 74% больниц, 83% амбулаторно-поликлинических учреждений, 79% санитарно-эпидемиологических станций, 96% противомаларийных станций и пр. Сложились неудовлетворительное санитарное состояние и материально-бытовые условия населения [5–7].

За годы оккупации Беларуси здравоохранение потеряло от рук фашистов 633 врача, 252 зубных врача, 241 фельдшера, 69 фельдшеров-акушеров, 330 медицинских сестер. В общей сложности в оккупации погибло около двух тысяч медицинских работников.

Резко ухудшились показатели здоровья населения. Возникли эпидемии сыпного и возвратного тифов, малярии, туляремии. В несколько раз увеличилась заболеваемость сифилисом, гонореей, туберкулезом, другими болезнями.

За пять месяцев 1944 г. заболеваемость сыпным тифом на территории Беларуси достигла 154,3 на 10 тысяч населения, что в 45 раз превысило довоенный уровень. Так же росла заболеваемость малярией (в 1945 г. – 341,5 на 10 тысяч населения, что в 8,5 раз выше, чем до войны [7]).

Рождаемость снизилась. Общая смертность увеличилась с 13,1‰ в 1940 г. до 65,4‰ в 1941 г., 135,9‰ – в 1942, 71,8‰ – в 1943, 29,3‰ – в 1944. Совокупно страна потеряла каждого четвертого, по некоторым данным – каждого третьего жителя.

В 1944 г. семнадцать районов Белостокской и три района Брестской областей были переданы Польше. Образованы новые области – Бобруйская, Гродненская, Полоцкая. Вилейская область

переименована в Молодеченскую. Территориальными потерями БССР в войне явились утраченные Виленщина и Белосточчина [1, 5].

Четвертый период. К концу 1945 г. количество развернутых коек в городах было ниже уровня 1940 г. В сельской местности наоборот – выше, хотя пользы от этого оказалось немного, мощность 34,4% восстановленных сельских больниц была минимальной – не выше 10 коек. Большинство из них не соответствовали санитарно-гигиеническим требованиям.

В марте 1946 г. был принят Закон о пятилетнем плане восстановления и развития народного хозяйства БССР. Поставлена задача «улучшить состояние народного здравоохранения, восстановить и расширить сеть больниц, поликлиник, амбулаторий, женских и детских лечебных учреждений».

Первый этап восстановления сети здравоохранения республики был, в основном, закончен в 1948–1949 гг. В сельской местности из землянок были выведены все ЛПУ, но многие из них по-прежнему располагались в негодных помещениях. Другие находились в зоне трудной для населения территориальной доступности. 243 из 340 сельских участковых больниц развернуты в приспособленных помещениях; из 277 сельских врачебных амбулаторий 122 размещались в помещениях частных лиц. В целом, к 1950 г. здравоохранение республики достигло довоенного уровня. Эпидемиологическая обстановка улучшилась [7]. На ближайшие десятилетия это направление стало одной из важнейших программ социального строительства.

Административно-территориальное деление БССР на 12 областей просуществовало до 1954 г. С середины 1950-х до середины 1960-х гг. произошла очередная реорганизация в сторону укрупнения административно-территориального деления БССР. Упразднены области: Барановичская, Бобруйская, Пинская, Полесская, Полоцкая. В настоящее время территория республики разделена на шесть областей, 118 сельских районов.

Заключение

Начиная с 60-х гг. прошлого века и, особенно, в последние двадцать лет XX века и по настоящее время, состояние и развитие сельской жизни в Беларуси определяет демографическая динамика. Устойчивой стала механическая убыль населения в результате его перемещения в городские поселения. Таким же устойчиво отрицательным стал естественный прирост населения. Пропорционально снижению востребованности стала сокращаться сельская участковая медицинская

служба [8–11]. Во времена всех невзгод, село каждый раз возрождалось само, спасало страну, пополняло по мере потребности рабочий и военный строй. Теперь «малая родина» сама нуждается в поддержке отечества. Здравоохранение – служба передового рубежа, всегда приходило туда и тогда, где и когда в нем имела потребность. Надежды на укрепление белорусского села как грядущую историческую реальность, надо верить, сбудутся. Служба охраны здоровья займет на селе подобающее место, всеми своими возможностями и средствами будет способствовать его социально-экономическому развитию.

В связи с этим, автор еще раз возвращается к своим предложениям по изменяющемуся в настоящее время законодательству о здравоохранении.

Понятие «здравоохранение», в первоначальном представлении, содержало перечень мер деятельности по охране здоровья населения (забота, защита, сохранение, улучшение, укрепление и др.). Все в данной трактовке остается в силе и сейчас. Конституцией страны (статья 45) гарантировано право на охрану здоровья, бесплатность лечения в государственных учреждениях здравоохранения, доступность медицинского обслуживания. Государственный характер здравоохранения и конституционные гарантии для граждан подчеркнуты в действующей редакции закона «О здравоохранении»: «...здравоохранение – отрасль деятельности государства, целью которой являются организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения...» (абзац шестой части первой статьи 1). Предлагаем следующее:

1. Терминологическое единство здравоохранения один из факторов его монолитности и слаженности работы как системы. В организационной практике здравоохранения имеет место сочетание трех понятий: *медицинская помощь; медицинское обслуживание; медицинское обеспечение*. О содержании и исходной/отправной значимости понятия **медицинская помощь**, произошедшей его замене в отечественном здравоохранении на **медицинскую услугу**, вероятной опасности такого результата для стабильности в обществе и самой системы здравоохранения утверждалось и обосновывалось в публикациях автора на страницах данного издания («Вопросы организации и информатизации здравоохранения», 2015, №3; 2019, №1 и №4), в учебнике «Общественное здоровье и здравоохранение» (2015). За многие века пока еще не предлагалось более емкого и точного названия процесса и результата врачевания, чем «медицинская помощь». Медицинские услуги по определению менее доступны, поскольку

ку предоставляются на платной для пациента основе. После октябрьской революции (1917) основными задачами новой власти было построение системы государственной общедоступной медицинской помощи. Известно, доступной может быть только бесплатная медицинская помощь. В свое время, это разъяснение сформулировано ВОЗ. Мало заметное, на первый взгляд, изменение наименования «медицинская помощь» на «медицинская услуга» напрочь перечеркивает основные принципы советского здравоохранения, которые до сих пор признаются лучшими в мире. ВОЗ рекомендовала другим странам взять их за основу при строительстве своих систем здравоохранения.

Медицинская услуга – это бизнес на здоровье людей. Всемирная торговая организация настоятельно демонстрирует свой интерес втянуть здравоохранение государств в сферу бизнеса. Замена административно-управленческого повседневного контроля деятельности и перспективного планирования на рыночное регулирование – путь к удорожанию здравоохранения. Переход института «врача-лечебника-профилактика» в институт «врача-бизнесмена» – путь к падению доверия к государственному здравоохранению.

При этом, в статье 45 Конституции Республики Беларусь имеется и многократно встречается в тексте Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (статьи 1; 3 (два раза); 4; 5 (три раза); 8; 9 и далее) термин «медицинское обслуживание», однако, название есть, а расшифровки его содержания нет.

Предлагаем отказаться от использования термина «медицинская услуга», поскольку это понятие обезличенное, в перечне профессиональных стандартов врачебной деятельности не имеет критериев вида и объема медицинской помощи, разрушает содержание всех трех характеризующих понятий, и ввести в терминологический оборот понятия «медицинское обслуживание» и «медицинское обеспечение» со следующими вариантами формулировок:

медицинское обслуживание – повседневная готовность и плановая деятельность органов и организаций системы здравоохранения по проведению в полном объеме текущих и превентивных мероприятий медицинской помощи, направленных на поддержание, сохранение, укрепление здоровья населения;

медицинское обеспечение (в действующей редакции закона не упоминается) – понятие, используемое в практике мирного, военного време-

ни, в условиях предельных физических и нервно-психических нагрузок, экстремальных ситуаций. Например, медицинское обеспечение спортивных мероприятий, учебных/боевых действий войск, контингентов находящихся в чрезвычайной зоне – эпидемических очагах, беженцев, пострадавших от землетрясений, наводнений и пр. По содержанию – это масштабные комплексные мероприятия высокой готовности, требуют для своей реализации привлечения определенных сил и затрат средств, сохранение боеспособности, спасение жизни, оказание медицинской помощи, осуществление лечебно-эвакуационной и предупредительной деятельности.

2. Восстановить в отечественном законодательстве установленное ВОЗ название вида медицинской помощи «**первичная медико-санитарная помощь**» (ПМСП). Таким это название вошло в международную медицинскую практику с Алма-Атинской конференции 1978 г. Каждое очередное десятилетие по данной тематике ВОЗ подводит итог, результаты обнародуются в Декларациях. Название в первичной редакции устойчиво сохраняется во всем мире, кроме России и Беларуси. В действующей редакции закона «О здравоохранении» используется модернизированное название «первичная медицинская помощь». Однако, оно воспринимается как намеренное расчленение целостности отрасли. Здравоохранение сохранилось в единой организационной структуре: лечебно-профилактическая и санитарная сеть согласованно работают в содружестве под единым управлением. ПМСП в формулировке ВОЗ отражает ее единство.

3. В практике здравоохранения:

а) в течение десятилетий говорим об объеме медицинской помощи, а по факту, ошибочно, речь ведется об объеме работы;

б) расклад видов медицинской помощи усложнился, потерялась индивидуальная значимость, присутствует двоякий смысл.

Считаем целесообразным рассмотрение данных предложений при внесении изменений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении».

Литература

1. *Абедицдарский, Л.С.* История БССР / Л.С.Абедицдарский, М.П.Баранова, Н.Г.Павлова. – Минск, 1975. – 288 с.
2. *Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.)* / Е.Д.Ашурков [и др.]; под ред. проф. М.И.Барсукова. – М.: «Медгиз», 1967. – 394 с.
3. *3 Усебеларускі з'езд участковых дактароў і працаўнікоў аховы здароўя, 4–8 мая 1929 г. і 1 Усебеларускі з'езд хірургаў, гінеколагаў і акушэраў, 9–12 мая 1929 г. / матэрыялы і рэзалюцыі, складзеныя*

- Сакратарыятам 3'езду пад агульнай рэдакцыяй і са ўступным артыкулам М.І.Барсукова. – Менск, 1929. – 85 с.
4. Горфин, Д.В. Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР (1917–1959 гг.) / Д.В.Горфин; под ред. проф. М.И.Барсукова. – М.: «Медгиз», 1961. – 235 с.
 5. Гісторыя Беларусі: ў 6 т. – Мінск: Экаперспектыва, 2007. – Т.5: Беларусь у 1917–1945 гг. – С.518, 537.
 6. Абраменко, М.Е. Здравоохранение Беларуси в годы Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.) / М.Е.Абраменко. – Гомель, 2010. – 112 с.
 7. Беяцкий, Д.П. Развитие санитарного дела в Белорусской ССР (историко-теоретический очерк) / Д.П.Беяцкий. – Минск, 1966. – 70 с.
 8. Смулевич, Б.Я. Заболеваемость и смертность населения городов и местечек БССР / Б.Я.Смулевич. – Минск: Ц.С.У. и Н.К.З. БССР, 1928. – 532 с.
 9. Мельников, В.Г. Общая болезненность сельского населения БССР: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Г.Мельников; Минский гос. мед. ин-т. – Минск, 1965. – 22 с.
 10. О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений: приказ Министерства здравоохранения СССР, 23 сент. 1981 г., №1000.
 11. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2016 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2017. – 262 с.

**ONE HUNDRED YEARS OF HISTORY OF
BELARUS' RURAL PUBLIC HEALTH**
N.N.Pilipsevich

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

Population health, status and activity of rural public health are analyzed against background of events taking place on Belarusian lands in the last 100 years. It is concluded that status and development of rural life in Belarus are determined by demographic dynamics. Mechanical population loss became sustainable as a result of its relocation to urban settlements, natural population growth had also become steadily negative, and countryside district medical service has been reduced in proportion to decline in its demand. Author expresses his hope that Belarusian rural areas, and, accordingly, healthcare system in rural districts, will be strengthened and develop, and makes directly related to that hope proposals (primarily, terminological) to amend existing healthcare legislation.

Keywords: Republic of Belarus; rural public health; history of development; legislation.

Сведения об авторе:

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.

Поступила 21.01.2020 г.

УДК 614.2:06.091](476.7)

К 80-ЛЕТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЛЯХОВИЧСКОГО РАЙОНА

М.Н.Кулешов

Ляховичская центральная районная больница,
пер. Пушкина,7, 224142, г. Ляховичи, Брестская область, Республика Беларусь

В исторической последовательности описан процесс развития здравоохранения Ляховичского района Брестской области с момента образования района в составе БССР в декабре 1939 г. до наших дней.

Ключевые слова: Республика Беларусь; Брестская область; Ляховичский район; здравоохранение; история развития.

До вхождения в 1939 г. Западной Беларуси в состав БССР медицинская помощь населению, проживающему на территории нынешнего Ляховичского района, оказывалась в амбулатории, расположенной в г. Ляховичи, где работали врач, фельдшер и акушерка. При необходимости оказания стационарной помощи жители вынуждены были обращаться в больницу г. Барановичи.

После воссоединения Западной Беларуси с БССР и образования в декабре 1939 г. Ляховичского района, в начале 1940 г. в городе, в здании бывшего имения Гожевичи, была открыта больница на 25 коек, из них 5 родильных коек, а также больницы в д. Кривошин на 25 коек и Остров на 15 коек, врачебные амбулатории в д. Медведичи, Дарево, фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы) в д. Новые Буды, Своятичи, в которых работали 7 врачей, 2 зубных врача, 5 фельдшеров, 4 акушерки и 3 медсестры.

Из архивной справки научно-методического учреждения «Государственный архив Брестской области» следует, что первое упоминание о больнице в г. Ляховичи имеется в протоколе районного партийного собрания и отчетном докладе секретаря Ляховичского райкома партии от 9 апреля 1940 г. [1].

В период немецкой оккупации работала только больница в г. Ляховичи, где все лечение было платным.

В 1944 г., сразу после освобождения района от немецко-фашистских захватчиков, для оказания медицинской помощи населению в городе в приспособленных деревянных зданиях, кроме имеющейся больницы, была восстановлена амбулатория с женской и детской консультацией, открыты венерический пункт, санитарно-эпидемиологическая станция. В районе были открыты больница в д. Вошковцы, психиатрическая больница и амбулатория в д. Кривошин, амбулатория в д. Мед-

ведичи, ФАПы в деревнях Остров, Жеребковичи, Своятичи, Тальминовичи, Титковщина.

В 1946 г. были открыты больницы в деревнях Медведичи, Кривошин, позднее ФАПы в деревнях Святица и Ольховцы.

Первым главным врачом Ляховичской больницы была назначена Кавецкая Мария Владиславовна (рис. 1, здесь и далее [2]). Медицинскую помощь в больнице пациенты получали по различным профилям заболеваний, при острой хирургической патологии проводилось оперативное лечение.

Большой вклад в становление здравоохранения района, развитие сети и ее материально-технического обеспечения в 1940–1950-е гг. внесли заведующий районным отделом здравоохранения



Рис.1. Кавецкая М.В., главный врач Ляховичской больницы (фото 1930-х годов)

Шнек Михаил Иванович, главные врачи районной больницы Кучеренко Владимир Алексеевич (возглавлял больницу с 1946 по 1949 год), Залманёнок Владимир Самойлович (с 1949 по 1953 год), врачи Каширина Елена Семеновна, Кандыбович Валентина Александровна, зубной врач Астапова Татьяна Степановна, фельдшеры Лобан Валентин Иванович, Стаскевич Александра Антоновна, Ходар Татьяна Адамовна и другие медицинские работники (рис. 2, 3) [2, 3].

В послевоенные годы в связи с высокой заболеваемостью населения инфекционными заболеваниями, в том числе малярией, в больнице было открыто инфекционное отделение. При этом, к 1955 г. мощность стационара в районной больнице увеличилась до 50 коек, в больнице были открыты диагностическая лаборатория, рентгенологический кабинет, в д. Остров открыта больница



Рис.2. Главный врач Кучеренко В.А. с сотрудниками больницы (1948 г.)



Рис.3. Главный врач Залманёнок В.С. (1951 г.)

ца на 10 коек с амбулаторией, и коечная мощность имеющихся сельских больниц также выросла до 50 коек. К концу 1950-х гг. в районе уже функционировали 15 ФАПов, причем в некоторых из них в связи с высокой рождаемостью имелись родильные койки.

В эти годы, как и во всей республике, в медучреждениях района начали внедрять диспансерное наблюдение за больными с хроническими заболеваниями, участковый принцип обслуживания, патронаж медицинскими работниками беременных и детей раннего возраста, было организовано оказание помощи онкологическим пациентам.

В 1959 г. больница была переведена в здание бывшего костела, где после его реконструкции были размещены терапевтическое и хирургическое отделения, операционная, рентгенкабинет (рис. 4). В отремонтированных рядом расположенных деревянных зданиях были открыты детское, родильное, инфекционное отделения, скорая медицинская помощь и пищеблок.

К началу 1960 г. общая мощность коечного фонда районной больницы выросла до 125 коек, а к 1967 г. – до 175 коек, сельских участковых больниц – до 85 коек, что позволило улучшить доступность оказания стационарной медицинской помощи населению района.

Развитие в республике сети медицинских учреждений требовало решения существующей кадровой проблемы. В связи с открытием в 1958 г. Гродненского медицинского института с 1960-х гг. начало улучшаться кадровое обеспечение врачами. Если к концу 1950-х гг. в медучреждениях района работало 20 врачей и 65 средних медицинских работников, то к 1968 г. число врачей выросло до 40, средних медработников – до 92 человек.

С открытием хирургического отделения в больнице в районе получила развитие оперативная хирургия, начато проведение плановых оперативных вмешательств (рис. 5). Если в 1950-е гг. в больнице выполнялось за год 60–70 операций, в 1966г. –



Рис.4. Районная больница (1960 г.)



Рис.5. Врачи-хирурги Кнак Н.А. (заслуженный врач БССР) и Попроцкий Е.С. во время проведения операции (1966 г.)

295, то за 1969 год – 674. Большой вклад в развитие хирургической службы района внесли врачи-хирурги Кнак Николай Александрович (в 1966 г. ему было присвоено звание «Заслуженный врач БССР») и Попроцкий Евгений Степанович (награжден знаком «Отличник здравоохранения»).

В 1966 г. в г. Ляховичи было завершено строительство нового здания поликлиники на 250 посещений в смену, где кроме кабинетов приема врачей были размещены биохимическая лаборатория, рентгенофлюорографический кабинет, детская консультация (рис. 6). В этот период также было продолжено развитие сети сельских медицинских учреждений.

На начало 1970 г. медицинскую помощь населению района оказывали районная больница со стационаром на 200 коек, 4 участковые больницы общей мощностью 135 коек и 21 фельдшерско-акушерский пункт.

Значительный вклад в развитие здравоохранения района в 1950–1960-е гг. внесли главные врачи Петлицкий Сергей Иосифович, Парадиев Вениамин Георгиевич, врач-рентгенолог Каленчиц Надежда Фоминична (в 1961 г. награждена орденом «Знак почета», в 1968 г. удостоена звания «Заслуженный врач БССР»), врач-офтальмолог Хилько Александр Федорович, врач-инфекционист Климашевская Клавдия Семеновна, заведующий детским отделением Василевич София Тарасовна, врач-гинеколог Гуринович Анна Игнатьевна и многие другие (рис. 7).

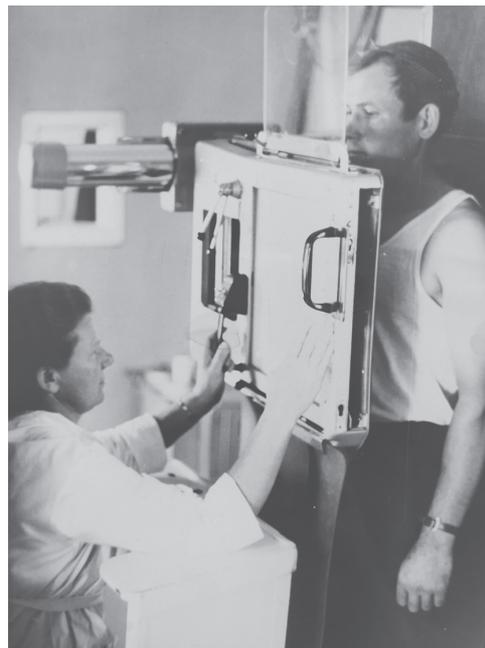


Рис.6. Врач-рентгенолог Каленчиц Н.Ф., заслуженный врач БССР (1968 г.)

В 1970-е гг. здравоохранение района возглавляли главные врачи Гилицкий Виктор Вячеславович и Лапко Вадим Сергеевич. За этот период продолжалось проведение мероприятий по укреплению кадрового потенциала, материально-технической базы медицинских учреждений: приобреталось оборудование для лабораторий и физиотерапевтических кабинетов участковых больниц, в городе построено новое здание для отделения скорой медицинской помощи. В сентябре 1979 г. Островская участковая больница переведена в новое 2-этажное здание в д. Туховичи, оборудованное горячим и холодным водоснабжением, центральным отоплением, с увеличением мощности стационара до 50 коек, что существенно улучшило условия пребывания пациентов в больнице. В те годы Туховичская больница являлась одной



Рис.7. Заместитель главного врача районной больницы Карнаух В.Ф. (2-й справа) с сотрудниками

из лучших в области, и в 1981 г. за достигнутые успехи в охране здоровья населения главный врач Магер Ростислав Иванович был награжден орденом «Знак почета».

В связи с тем, что к началу 1980-х гг. существующая материально-техническая база районной больницы уже не соответствовала предъявляемым санитарно-гигиеническим нормативам, в 1982 г. в городе было начато строительство нового типового комплекса зданий районной больницы, завершенное к концу 1987 г. (рис. 8).

С вводом в эксплуатацию больницы ее мощность увеличилась до 320 коек. Больница была оснащена самым современным на то время лечебно-диагностическим оборудованием, были открыты реанимационное отделение, операционный блок, эндоскопический кабинет, физиотерапевтическое отделение с водолечебницей (рис. 9). Оказание медицинской помощи населению было поставлено на более высокий и качественный уровень. Продолжала развиваться сеть сельских медицинских учреждений, практически во всех центральных усадьбах крупных хозяйств были открыты и функционировали врачебные амбулатории. Большой вклад в развитие здравоохранения района в 1970–1980-е гг. внесли главный врач Сержантов Сергей Михайлович, заместители главного врача Попко Станислав Александрович, Сороковик Александр Иванович, Дядюля Людмила Борисовна, главный бухгалтер Конопляник Татьяна Владимировна, заведующие отделениями Беляев Сергей Владимирович, Новик Алексей Иванович, Климашевская Клавдия Семеновна, Лойчиц Ярослав Николаевич, Попко Лариса Павловна, врач-терапевт Солоненко Юрий Трофимович (в 1984 г. защитил кандидатскую диссертацию), врач-хирург Рыжакова Ирина Петровна и другие.

К концу 1989 г. в здравоохранении района работали 81 врач, в том числе 15 зубных врачей и стоматологов, 278 средних медицинских работников. Общая мощность коечного фонда медицинских учреждений района выросла до 520 коек.

В 1990-е и 2000-е гг. медицинскими работниками проводились лечебно-профилактические мероприятия в рамках реализации принятой на этот период государственной программы «Здоровье народа», обновлялось и приобреталось новое диагностическое оборудование. Проводимые мероприятия по реорганизации и оптимизации сети медицинских учреждений и коечного фонда позволили увеличить долю финансовых средств, выделяемых на амбулаторно-поликлиническую помощь. При поликлинике и врачебных амбулаториях были открыты дневные стационары, организованы стационары на дому. В 2003 г. было завершено строительство нового здания Кривошинской участковой больницы на 50 коек, в 2005–2007 гг. проведена реконструкция реанимационного отделения и операционного блока ЦРБ, с 2005 по 2010 год в рамках программы «Возрождение и развитие села» проведены ремонты медицинских учреждений, расположенных в открываемых в районе агрогородках, с оснащением их новым оборудованием и обновлением санитарного автотранспорта.

Многое сделано и за последнее десятилетие. В 2012–2013 гг., в период работы главным врачом Устюшкова Владимира Григорьевича, была проведена реконструкция поликлиники в г. Ляховичи с увеличением плановой мощности до 420 посещений в смену, проведен капитальный ремонт флюорографического и рентгеновского кабинетов с установкой нового рентгенологического оборудования (рис. 10).

С 2016 г., с назначением на должность главного врача Хлебовича Георгия Евгеньевича, бла-



Рис.8. Строительство главного корпуса районной больницы (1984 г.)



Рис.9. Ляховичская центральная районная больница (2017 г.)



Рис.10. Здание поликлиники после завершения реконструкции (2014 г.)

годаря планомерной работе, практически решен вопрос по укомплектованию учреждения медицинскими кадрами, что позволило значительно улучшить качество оказания медицинской помощи населению. УЗ «Ляховичская ЦРБ» первым в области завершило перевод всех участковых врачей-терапевтов на общеврачебную практику. В 2017–2018 гг. проведен капитальный ремонт пищеблока районной больницы с заменой технологического оборудования. С 2018 г. начаты работы по информатизации здравоохранения района, автоматизированы рабочие места врачей поликлиники и амбулаторий, что позволило перейти на ведение единой электронной медицинской карты пациента и выписку электронных рецептов.

В настоящее время здравоохранение района – это центральная районная больница на 184 койки с поликлиникой, больница сестринского ухода на 20 койко-мест в д. Ольховцы, 8 амбулаторий врача общей практики, 16 фельдшерско-акушерских пунктов, где работают 678 медицинских работников, в том числе 83 врача и 275 средних медицинских работников.

За 80 лет существования здравоохранения района сменилось не одно поколение медицинских работников, которые всегда профессионально и ответственно выполняли поставленные задачи по охране здоровья населения района. Высоким авторитетом в районе пользуются медицинские работники, работающие в нашем учреждении не одно десятилетие и у которых в трудо-

вой книжке имеется только одна запись: «Принят на работу в Ляховичскую райбольницу...». Это врачи Лапич Леонид Константинович, Типко Светлана Васильевна, Жуков Борис Владиславович, Солоненко Валерий Трофимович, Таранда Нина Матвеевна, Кулешова Екатерина Алексеевна, Шкруть Людмила Алексеевна, Литвиненко Татьяна Михайловна и Александр Николаевич, Горбачев Василий Викторович, Дроздович Инесса Константиновна, Шейко Александр Владимирович, средние медицинские работники Бурвель Тамара Алексеевна, Попко Анна Антоновна, Туркина Алла Николаевна, Костюкевич Валентина Григорьевна и многие другие, которые передают свой опыт работы прибывающему в учреждение молодому поколению.

Литература

1. Государственный архив Брестской области: архивная справка / ф.1693-п, оп.1а, д.1, лл.31.71.; д.2, л.194; ф.7580-п, оп.3, д.143, л.25.
2. «Книга народной славы» УЗ «Ляховичская ЦРБ».
3. Память: историко-документальная хроника Ляховичского района. – Минск, Изд-во БСЭ им. Я.Коласа, 1989. – С.198, 262, 329, 338, 340.

TO THE 80TH ANNIVERSARY OF LYAKHOVICH DISTRICT HEALTHCARE SYSTEM

M.N.Kuliashov

Lyakhovichi Central District Hospital, 7, Pushkin Lane, 224142, Lyakhovichi, Brest Region, Republic of Belarus

Process is described in historical sequence of healthcare system and its institutions development in Lyakhovichi District of the Brest Region since district formation as part of the BSSR in December 1939 to the present day.

Keywords: Republic of Belarus; Brest Region; Lyakhovichi District; healthcare system; history of development.

Сведения об авторе:

Кулешов Михаил Николаевич; УЗ «Ляховичская ЦРБ», зам. главного врача по медицинскому обслуживанию населения; тел. (+37529) 7241297, e-mail: mkuliashov55@gmail.com.

Поступила 28.01.2020 г.

Мониторинг национальной правовой базы по здравоохранению

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ (март 2020 г. – май 2020 г.)*

1. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 марта 2020 г. №13** «Об утверждении клинического протокола»:

утвержден прилагаемый клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики».

2. **Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 3 марта 2020 г. №130** «Об утверждении специфических санитарно-эпидемиологических требований»:

утверждены прилагаемые специфические санитарно-эпидемиологические требования к содержанию и эксплуатации организаций здравоохранения, иных организаций и индивидуальных предпринимателей, которые осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность.

Министерству здравоохранения *предоставлено право* разъяснять вопросы применения специфических санитарно-эпидемиологических требований к содержанию и эксплуатации организаций здравоохранения, иных организаций и индивидуальных предпринимателей, которые осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность, утвержденных настоящим постановлением.

3. **Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 марта 2020 г. №8/14** «Об освобождении отдельных категорий граждан, зачисленных в запас, от обязательного медицинского освидетельствования»:

установлено, что от обязательного медицинского освидетельствования освобождаются граждане Республики Беларусь, зачисленные в запас по состоянию здоровья без прохождения военной службы, не достигшие 27-летнего возраста:

признанные с 8 февраля 2020 г. негодными к военной службе в мирное время, ограниченно годными к военной службе в военное время по пункту «а» статьи 1, пунктам «б» и «в» статьи 2, пунктам «б», «в» и «г» статьи 3, пункту «б» статьи 5, пункту «б» статьи 6, пункту «а» статьи 7, пункту «в» статьи 11, пункту «б» статьи 13, пункту «б» статьи 14, пункту «б» статьи 15, пункту «б» статьи 16, пункту «б» статьи 17, пункту «б» статьи 18, пункту «б» статьи 19, пункту «б» статьи 20, пункту «б» статьи 21, пункту «б» статьи 22, пунктам «б» и «в» статьи 23, пунктам «б» и «в» статьи 24, пункту «б» статьи 25, пункту «б» статьи 26, пункту «б» статьи 27, пункту «б» статьи 29, пункту «б» статьи 30, пунктам «б» и «в» статьи 31, пунктам «б» и «в» статьи 32, пункту «а» статьи 33, пунктам «б» и «в» статьи 34, пунктам «б» и «в» статьи 35, пунктам «б» и «в» статьи 40, пункту «б» статьи 43, пунктам «б» и «в» статьи 44, пункту «б» статьи 45, пункту «а» статьи 49, пункту «б» статьи 51, пунктам «б» и «в» статьи 52, пунктам «б» и «в» статьи 57, пункту «б» статьи 58, пункту «б» статьи 59, пункту «б» статьи 62, пункту «б» статьи 65, пункту «б» статьи 66, пунктам «б» и «в» статьи 67, пунктам «б» и «в» статьи 68, пунктам «б» и «в» статьи 69, пунктам «б» и «в» статьи 71, пункту «б» статьи 72, пункту «б» статьи

* *Материалы раздела подготовили Н.Е.Хейфец, Е.Н.Хейфец*

73, пункту «б» статьи 80, пунктам «б», «в» и «г» статьи 81, пункту «б» статьи 82, пункту «б» статьи 83, пункту «б» статьи 84, пункту «а» статьи 89 расписания болезней, установленного в приложении 1 к Инструкции об определении требований к состоянию здоровья граждан, связанных с воинской обязанностью, утвержденной постановлением Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 января 2020 г. №1/1;

признанные с 1 марта 2011 г. по 7 февраля 2020 г. негодными к военной службе в мирное время, ограниченно годными к военной службе в военное время по пункту «а» статьи 1, пунктам «б» и «в» статьи 2, пунктам «б», «в» и «г» статьи 3, пункту «а» статьи 7, пункту «в» статьи 11, пунктам «б» и «в» статьи 13, пункту «б» статьи 14, пункту «б» статьи 15, пункту «б» статьи 16, пункту «б» статьи 17, пункту «б» статьи 18, пункту «б» статьи 19, пункту «б» статьи 20, пункту «б» статьи 21, пункту «б» статьи 22, пунктам «б» и «в» статьи 23, пунктам «б» и «в» статьи 24, пункту «б» статьи 25, пункту «б» статьи 26, пункту «б» статьи 27, пункту «б» статьи 29, пункту «б» статьи 30, пунктам «б» и «в» статьи 31, пунктам «б» и «в» статьи 32, пункту «а» статьи 33, пунктам «б» и «в» статьи 34, пунктам «б» и «в» статьи 35, пунктам «б» и «в» статьи 40, пункту «б» статьи 43, пункту «б» статьи 44, пункту «б» статьи 45, пункту «а» статьи 49, пункту «б» статьи 51, пункту «б» статьи 52, пункту «а» статьи 54, пункту «а» статьи 55, пункту «б» статьи 57, пункту «б» статьи 58, пункту «б» статьи 59, пункту «б» статьи 62, пункту «б» статьи 65, пункту «б» статьи 66, пунктам «б» и «в» статьи 67, пунктам «б» и «в» статьи 68, пунктам «б» и «в» статьи 69, пунктам «б» и «в» статьи 71, пункту «б» статьи 72, пунктам «б» и «в» статьи 73, пункту «б» статьи 80, пунктам «б», «в» и «г» статьи 81, пункту «б» статьи 82, пункту «б» статьи 83, пункту «б» статьи 84, пункту «а» статьи 89 расписания болезней 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, установленных в приложении к 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, утвержденной постановлением Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. №51/170;

признано утратившим силу постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 августа 2011 г. №44/88 «О некоторых вопросах освобождения от обязательного медицинского освидетельствования граждан Республики Беларусь, признанных ранее негодными к военной службе в мирное время, ограниченно годными к военной службе в военное время и зачисленных в запас по состоянию здоровья без прохождения военной службы, не достигших 27-летнего возраста».

4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 марта 2020 г. №255 «Об утверждении Инструкции по ведению пациентов с подтвержденной COVID-19 инфекцией»:

утверждена прилагаемая Инструкция по ведению пациентов с подтвержденной COVID-19 инфекцией.

5. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 марта 2020 г. №16 «Об утверждении Типовой инструкции по охране труда при оказании медицинской помощи в организациях здравоохранения терапевтического (педиатрического) профиля»:

утверждена прилагаемая Типовая инструкция по охране труда при оказании медицинской помощи в организациях здравоохранения терапевтического (педиатрического) профиля.

6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 марта 2020 г. №257 «О разработке проектов типовых учебных планов и образовательных стандартов высшего образования I ступени»:

утвержден Перечень учреждений образования, реализующих образовательные программы высшего образования, ответственных за разработку проектов типовых учебных планов и образовательных стандартов высшего образования I ступени по специальностям профиля образования «Здравоохранение» согласно приложению 1;

утверждены составы рабочих групп разработчиков проектов типовых учебных планов и образовательных стандартов высшего образования I ступени по специальностям профиля образования «Здравоохранение» согласно приложениям 2–8.

7. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 марта 2020 г. №262 «О порядке оказания медицинской помощи пациентам в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова»»:

утверждено прилагаемое Положение о порядке оказания медицинской помощи пациентам в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова»;

признано утратившим силу приложение 5 к приказу Министерства здравоохранения от 9 сентября 2009 г. №865 «Об утверждении показаний к госпитализации пациентов в организации здравоохранения».

8. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 марта 2020 г. №265 «Об утверждении Инструкции о порядке направления в служебные командировки в пределах Республики Беларусь руководителей государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке направления в служебные командировки в пределах Республики Беларусь руководителей государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 декабря 2006 г. №962 «Об утверждении Инструкции о порядке направления в служебные командировки в пределах Республики Беларусь руководителей организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь».

9. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 марта 2020 г. №267 «О создании рабочей группы»:

утвержден прилагаемый состав рабочей группы по вопросу совершенствования стратегии тестирования на ВИЧ.

10. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 марта 2020 г. №268 «О реализации Плана перехода»:

утвержден прилагаемый План обеспечения устойчивости национальных ответных мер и перехода на государственное финансирование программ профилактики, лечения, ухода и поддержки ВИЧ/СПИ-Да и туберкулеза в Республике Беларусь на 2020–2021 годы.

11. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 марта 2020 г. №272 «О создании рабочей группы»:

утвержден состав рабочей группы по разработке примерных норм времени для расчета объема учебной нагрузки и иных видов работ, выполняемых профессорско-преподавательским составом медицинских университетов, и соотношения количества профессорско-преподавательского состава и студентов медицинских университетов согласно приложению.

12. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 марта 2020 г. №15 «Об утверждении Типовой инструкции по охране труда при оказании медицинской помощи в организациях здравоохранения хирургического профиля»:

утверждена Типовая инструкция по охране труда при оказании медицинской помощи в организациях здравоохранения хирургического профиля.

13. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 марта 2020 г. №17** «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2012 г. №92»: *внесены изменения* в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2012 г. №92 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения психиатрического освидетельствования лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) и находящихся в стационарных учреждениях социального обслуживания».

14. **Приказ Министерства финансов Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 марта 2020 г. №63/284** «О признании утратившим силу приказа Министерства финансов Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 февраля 2000 г. №68/63»:

признан утратившим силу приказ Министерства финансов Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 февраля 2000 г. №68/63 «Об утверждении Методического пособия по составлению сметы расходов на содержание больничных организаций».

15. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 марта 2020 г. №290** «О структуре Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

утверждена прилагаемая структура Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 мая 2017 г. №586 «О некоторых вопросах деятельности аппарата Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 августа 2017 г. №860 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 мая 2017 г. №586»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 августа 2017 г. №900 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 мая 2017 г. №586»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 января 2018 г. №3 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 мая 2017 г. №586»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 августа 2018 г. №771 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 мая 2017 г. №586».

16. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 марта 2020 г. №295** «Об утверждении объемов кардиохирургических и рентгеноэндоваскулярных вмешательств, выполняемых в государственном учреждении «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь»:

утверждены объемы кардиохирургических и рентгеноэндоваскулярных вмешательств, выполняемых в государственном учреждении «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь» для пациентов г. Минска, Брестской, Минской и Могилевской областей на 2020 год согласно приложению;

признано утратившим силу приложение 3 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 мая 2019 г. №545 «Об утверждении Положения о порядке направления пациентов на кардиохирургические и интервенционные вмешательства в государственное учреждение «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь»».

17. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 марта 2020 г. №296** «О мерах по организации оказания медицинской помощи пациентам с признаками респираторной инфекции и принятию дополнительных противоэпидемических мер в организациях здравоохранения»:

утверждены:

перечень больничных организаций здравоохранения в регионах и г. Минске для оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 и лицам, относящимся к контактам 1-го и 2-го уровней, и предъявляемых к ним требований согласно приложению 1;

порядок обеспечения режима готовности организаций здравоохранения регионов и г. Минска с учетом складывающейся эпидситуации согласно приложению 2;

меры по оптимизации работы амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения согласно приложению 4;

алгоритм приема вызовов и консультаций в регистратуре и колл-центре амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения согласно приложению 5;

начальникам главных управлений здравоохранения (по здравоохранению) облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома *приказано обеспечить*:

ежедневный контроль за количеством:

регистрируемых случаев заболеваний пациентов с инфекцией COVID-19 и количеством контактных 1-го и 2-го уровней;

кошек в больничных организациях здравоохранения, в которые осуществляется госпитализация пациентов с инфекцией COVID-19 и лиц, контактных с ними;

постоянный контроль за:

соблюдением порядка и сроков перепрофилирования коечного фонда больничных организаций здравоохранения г. Минска;

транспортировкой пациентов с инфекцией COVID-19 и контактных 1-го уровня, а также пациентов, нуждающихся в переводе в другие больничные организации здравоохранения с учетом тяжести состояния и профиля заболевания;

работой областных станций переливания крови, центров трансфузиологии г. Минска по обеспечению потребности организаций здравоохранения в крови и ее компонентах;

обеспечить привлечение дополнительных медицинских и прочих работников для решения вопроса о временном переводе работников из других организаций здравоохранения в соответствии с трудовым законодательством;

при необходимости организовать дополнительные посты вневедомственной охраны в организациях здравоохранения, в которых организовано оказание медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 и контактных 1-го уровня, для обеспечения лечебно-охранительного и санитарно-эпидемиологического режима;

принять меры по оптимизации работы амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения согласно приложению 4.

18. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 марта 2020 г. №297 «О создании рабочей группы»:

утвержден состав рабочей группы по разработке штатных нормативов университетской клиники согласно приложению.

19. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 марта 2020 г. №305 «О функционировании кабинетов профилактики среди потребителей инъекционных наркотиков»:

установлены:

перечень организаций здравоохранения, в которых функционируют кабинеты профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов среди потребителей инъекционных наркотиков (далее – кабинеты профилактики) согласно приложению 1;

порядок организации работы кабинетов профилактики согласно приложению 2;

нормативы численности работников кабинетов профилактики среди потребителей инъекционных наркотиков (далее – клиенты) согласно приложению 3;

нормативы расходования материалов, предоставляемых на безвозмездной основе клиентам кабинетов профилактики, согласно приложению 4;

нормативы пробега автотранспортного средства кабинета профилактики согласно приложению 5;

регламент проведения оценки деятельности кабинетов профилактики согласно приложению 6;

сведения об эффективности функционирования работы кабинетов профилактики согласно приложению 7;

признаны утратившими силу приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.02.2018 №119 «О создании кабинетов профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков», 24.01.2019 №77 «О работе кабинетов профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в 2019 году».

20. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 марта 2020 г. №309 «О признании утратившими силу приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 ноября 2007 г. №895 «О предоставлении информации о технических нормативных правовых актах для формирования Национального фонда технических нормативных правовых актов и единого эталонного банка данных правовой информации»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 февраля 2011 г. №198 «О некоторых вопросах осуществления обязательной юридической экспертизы, подготовки проектов нормативных правовых актов».

21. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 марта 2020 г. №314 «О некоторых мерах в отношении инфекций, управляемых и предупреждаемых средствами специфической профилактики»:

утвержден состав рабочей группы по подготовке нормативно-методического документа (проекта) по формированию системы слежения, организации и проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в отношении инфекций, управляемых и предупреждаемых средствами специфической профилактики в соответствии с приложением.

22. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 марта 2020 г. №317 «О дополнительных мерах по организации оказания медицинской помощи»:

главному врачу государственного учреждения «Республиканский центр организации медицинского реагирования» *приказано*:

организовать мобильную бригаду для круглосуточного оказания медицинской помощи врачами-специалистами пациентам с инфекцией COVID-19 и лицам, относящимся к контактам 1-го уровня, в составе:

- врач-инфекционист;
- врач-анестезиолог-реаниматолог;
- врач-эпидемиолог;

предоставлять на согласование в Министерство здравоохранения график дежурств врачей-специалистов мобильной бригады на следующий месяц до 28 числа текущего месяца;

обеспечить врачей-специалистов мобильной бригады автомобильным транспортом в круглосуточном режиме;

оплату труда врачей-специалистов мобильной бригады, привлекаемых для оказания консультаций лицам с инфекцией COVID-19 и лицам, относящимся к контактам 1-го уровня, производить в соответствии с приложением 1;

обеспечить проведение консультаций профессорско-преподавательским составом, научными работниками, врачами-специалистами государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь преимущественно дистанционными методами консультативной специализированной медицинской помощи;

организовать дополнительные рабочие места в Министерстве здравоохранения и других организациях здравоохранения в соответствии с приложением 2, с подключением их к видеоконференцсвязи в круглосуточном режиме для обмена оперативной информацией, связанной с коронавирусной инфекцией;

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, *приказано*:

обеспечить максимальное использование дистанционных методов для проведения консультаций и взаимодействия между собой в соответствии с приложением 3;

обеспечить возможность проведения врачебных консультаций с применением телемедицинских технологий во всех подчиненных организациях здравоохранения;

задействовать все имеющиеся технические возможности для использования защищенных каналов связи, видеоконференцсвязи, СМДО при обмене информацией, в соответствии с законодательством об информации, информатизации и защите информации.

23. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 марта 2020 г. №322 «О создании рабочей группы для разработки клинического протокола «Применение антикоагулянтов у пациентов, нуждающихся в нейрохирургической помощи»»:

приказано создать в прилагаемом составе рабочую группу Министерства здравоохранения в целях разработки клинического протокола «Применение антикоагулянтов у пациентов, нуждающихся в нейрохирургической помощи».

24. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 марта 2020 г. №19 «О признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 апреля 2004 г. №13»:

признано утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 апреля 2004 г. №13 «Об утверждении Инструкции о порядке исчисления себестоимости медицинской помощи и других услуг, оказываемых организациями здравоохранения, финансируемыми из бюджета».

25. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 марта 2020 г. №329 «О совершенствовании оказания кардиохирургической помощи жителям Минской области»:

директору ГУ «РНПЦ «Кардиология»» *приказано* с 01.07.2020:

обеспечить оказание экстренной и плановой кардиохирургической помощи населению Минской области в полном объеме;

проводить отбор пациентов специалистами консультативно-поликлинического отделения ГУ «РНПЦ «Кардиология»» для проведения плановых кардиохирургических вмешательств с последующим включением их в лист ожидания. При необходимости направлять пациентов для дополнительного обследования и предоперационной подготовки в кардиологические отделения УЗ «МОКБ»;

направлять пациентов на раннюю послеоперационную реабилитацию после кардиохирургических вмешательств в государственное учреждение «Республиканская больница медицинской реабилитации», учреждение здравоохранения «Минский областной центр медицинской реабилитации «Загорье»»;

при низком реабилитационном потенциале (наличии противопоказаний к проведению реабилитации) пациентов после кардиохирургических вмешательств переводить для продолжения лечения в УЗ «МОКБ»;

внести предложения Министерству здравоохранения Республики Беларусь по увеличению, в случае необходимости, количества штатных должностей кардиохирургических отделений, ассигнований на приобретение изделий медицинского назначения, другие цели в сроки, предусмотренные для представления проекта сметы расходов на второе полугодие 2020 года и т.д.

26. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 марта 2020 г. №332 «О выполнении в 2020 году Мероприятия Союзного государства»:

приказано организовать в 2020 году на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» проведение Мероприятия Союзного государства «Оказание комплексной медицинской помощи отдельным категориям граждан Беларуси и России, подвергшихся радиационному воздействию вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» в соответствии с утвержденной Сводной бюджетной росписью расходов бюджета Союзного государства на 2020 год;

директору ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» *приказано* обеспечить отбор и направление пациентов, относящихся к отдельным категориям граждан Беларуси, подвергшихся радиационному воздействию вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, для оказания комплексной медицинской помощи в соответствии с утвержденным Порядком согласно приложению.

27. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 марта 2020 г. №334 «О содействии в организации медицинского обеспечения»:

главному врачу государственного учреждения «Республиканский центр организации медицинского реагирования» *приказано* обеспечить:

открытие благотворительного счета для сбора, хранения и использования денежных средств, поступающих в виде безвозмездной (спонсорской) помощи и пожертвований;

учет денежных средств, поступающих от юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, физических лиц, желающих оказать безвозмездную (спонсорскую) помощь системе здравоохранения Республики Беларусь для оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19, а также для проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 1 июля 2005 г. №300 «О предоставлении и использовании безвозмездной (спонсорской) помощи»;

обеспечить распределение поступивших денежных средств на цели приобретения лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники, оказания медицинской помощи гражданам Республики Беларусь, содействия деятельности в области охраны здоровья населения, улучшения материально-технической базы в соответствии с законодательством по согласованию с Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

28. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 марта 2020 г. №22 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июня 2018 г. №57»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июня 2018 г. №57 «О некоторых вопросах оказания наркологической помощи несовершеннолетним».

29. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 марта 2020 г. №340** «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.03.2020 №255»:

с целью совершенствования принимаемых мер по своевременной диагностике и лечению пациентов с COVID-19 инфекцией *внесено изменение* в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.03.2020 №255 «Об утверждении Инструкции по ведению пациентов с подтвержденной COVID-19 инфекцией».

30. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 марта 2020 г. №343** «О совершенствовании работы по рассмотрению обращений граждан и юридических лиц»:

в целях совершенствования работы по рассмотрению обращений (предложений, заявлений, жалоб) граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц в условиях неблагоприятной эпидемической обстановки, вызванной распространением инфекции COVID-19, *приказано*:

ограничить практику выезда в организации здравоохранения комиссий по рассмотрению обращений, за исключением случаев, когда рассмотрение обращений с выездом на место обязательно в соответствии с действующим законодательством и не могут быть перенесены на другое время;

рассмотрение обращений по вопросам качества оказания медицинской помощи проводить на основании результатов анализа имеющихся медицинских документов, в том числе с применением информационно-коммуникационных технологий, ограничив практику встреч с заявителями, их медицинские осмотры и освидетельствования в ходе рассмотрения обращений, посещение организаций здравоохранения без объективной необходимости;

в случаях, когда для полного, всестороннего и объективного рассмотрения обращений требуется привлечение специалистов, обладающих специальными знаниями, обеспечивать участие таких специалистов в рассмотрении обращений с применением информационно-коммуникационных технологий, исключающих необходимость личного присутствия таких специалистов вне места их работы и контактирование с иными лицами в связи с рассмотрением обращений.

Данный приказ действовал с момента подписания до 15 мая 2020 г.

31. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 марта 2020 г. №354** «О порядке сбора информации в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и иных происшествий и ее представлении»:

утверждены:

форма №01-ЧСмед/у-20 «Донесение о возникновении чрезвычайной ситуации» согласно приложению 1;

перечень чрезвычайных ситуаций, информация о возникновении которых представляется незамедлительно, согласно приложению 2;

форма №02-ЧСмед/у-20 «Донесение о возникновении случая младенческой, детской и материнской смерти» согласно приложению 3;

форма №03-ЧСмед/у-20 «Донесение о гражданах, обратившихся за медицинской помощью в ходе проведения массовых мероприятий» согласно приложению 4;

форма №04-ЧСмед/у-20 «Список организаций здравоохранения и номера их круглосуточных телефонов, задействованных в осуществлении медицинского обеспечения массовых мероприятий» согласно приложению 5;

форма №05-ЧСмед/у-20 «Список граждан, пострадавших в результате чрезвычайной ситуации» согласно приложению 6;

форма №06-ЧСмед/у-20 «Список граждан, погибших в результате чрезвычайной ситуации» согласно приложению 7;

форма №07-ЧСмед/у-20 «Донесение о гололедной, голодовой (тепловой) травме» согласно приложению 8;

форма №08-ЧСмед/у-20 «Итоговые сведения о ЧС за месяц, квартал, полугодие, 9 месяцев, год» согласно приложению 9;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 января 2007 г. №54 «О порядке сбора информации в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и ее представлении».

32. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 марта 2020 г. №358** «О содействии в организации медицинского обеспечения»:

В связи с необходимостью обеспечения организаций здравоохранения Республики Беларусь медицинскими изделиями для оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 *приказано*: определить государственное учреждение «Республиканский центр организации медицинского реагирования» заказчиком по закупке медицинских изделий за счет средств безвозмездной (спонсорской) помощи и пожертвований, поступающих от юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, физических лиц, а также за счет бюджетных средств;

определить УП «Белмедтехника» организатором закупки медицинских изделий в соответствии с пунктом 1 данного приказа.

33. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 марта 2020 г. №359 «О признании утратившими силу инструкций Министерства здравоохранения Республики Беларусь»: *признаны утратившими силу*:

инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 сентября 2010 г. №070-0610 «Метод отбора доноров и заготовки плазмы с использованием автоматизированных методов заготовки»;

инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 сентября 2010 г. №096-0910 «Организация рационального использования компонентов донорской крови».

34. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 марта 2020 г. №360 «О принятии мер по предупреждению экономической несостоятельности (банкротства)»

признано целесообразным применение мер по предупреждению экономической несостоятельности (банкротства) в отношении республиканского унитарного производственного предприятия «Белмедпрепараты»;

утвержден прилагаемый комплекс мер по предупреждению экономической несостоятельности (банкротству) РУП «Белмедпрепараты» на 2020–2021 годы.

35. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 марта 2020 г. №362 «О создании структурного подразделения»:

Председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома *приказано принять меры* по организации работы с 1 сентября 2020 г. отделения «Тканевые биотрансплантаты» в составе отдела «Единый регистр трансплантации» государственного учреждения «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»;

утверждена прилагаемая структура отделения «Тканевые биотрансплантаты» отдела «Единый регистр трансплантации» государственного учреждения «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии».

36. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 марта 2020 г. №23 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2019 г. №53»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2019 г. №53 «О стимулирующих и компенсирующих выплатах работникам бюджетных организаций».

37. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 марта 2020 г. №367 «О графике запуска лабораторного тестирования на коронавирус COVID-19»:

утвержден прилагаемый график запуска лабораторного тестирования на коронавирус COVID-19.

38. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 марта 2020 г. №24 «О форме анкеты лиц, прибывших из стран, в которых регистрируются случаи инфекции COVID-19»:

установлена форма анкеты лица, прибывшего в Республику Беларусь из страны, в которой регистрируются случаи инфекции COVID-19, согласно приложению.

39. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 апреля 2020 г. №372 «О реализации проекта «Усиление системы здравоохранения Республики Беларусь для реализации мер по борьбе с коронавирусной инфекцией COVID-19»»:

приказано создать рабочую группу для подготовки концепции проекта «Усиление системы здравоохранения Республики Беларусь для реализации мер по борьбе с коронавирусной инфекцией COVID-19» в составе согласно приложению 1;

определена структура проекта «Усиление системы здравоохранения Республики Беларусь для реализации мер по борьбе с коронавирусной инфекцией COVID-19» согласно приложению 2.

40. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства внутренних дел Республики Беларусь и Государственного пограничного комитета Республики Беларусь от 2 апреля 2020 г. №27/73/4 «О взаимодействии органов государственного управления и иных организаций по обеспечению соблюдения мер самоизоляции»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке взаимодействия органов государственного управления и иных организаций по обеспечению соблюдения мер самоизоляции лицами, прибывшими в Республику Беларусь из стран, в которых регистрируются случаи инфекции COVID-19.

41. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 апреля 2020 г. №376 «О создании контактных центров»:

В целях минимизации угрозы распространения инфекции, вызванной COVID-19, *приказано* начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям бюджетных организаций, подчиненных Минздраву:

создать Контактные центры в структуре учреждений здравоохранения (других организаций) для организации пребывания работников здравоохранения, относящихся к контактам 1-го уровня (далее – работники здравоохранения);

обеспечить расходы на содержание Контактных центров в соответствии с действующим законодательством с соблюдением установленных норм расхода по отдельным видам затрат (включая изделия медицинского назначения, мягкий инвентарь, транспортные услуги и др.) в пределах выделенных бюджетных средств на 2020 год с последующим восстановлением в установленном порядке с определением сметы расходов;

организовать питание работников здравоохранения на основании базового рациона, утвержденного постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 ноября 2019 г. №106 «Об утверждении Инструкции о порядке организации диетического питания», в том числе в рамках договорных отношений между учреждениями здравоохранения (другими организациями) и УП «Комбинат питания «Витамин» и УКПП «Диета», в пределах выделенных бюджетных средств на 2020 год с последующим восстановлением в установленном порядке с определением сметы расходов;

организовать транспортное обслуживание Контактных центров, включая расходы на транспортировку работников здравоохранения с места работы в Контактные центры и обратно, в том числе в рамках договорных отношений между учреждениями здравоохранения (другими организациями) и учреждениями (предприятиями), оказывающими транспортные услуги в сфере здравоохранения, в пределах выделенных бюджетных средств на 2020 год с последующим восстановлением в установленном порядке с определением сметы расходов;

обеспечить организацию работы по раздельному учету расходов Контактных центров за счет каждого источника (бюджет, внебюджет и др.) в целях дальнейшего восстановления и выделения дополнительных средств бюджета;

осуществлять иные меры, необходимые для обеспечения функционирования Контактных центров.

42. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 апреля 2020 г. №28 «Об утверждении клинического протокола»:

утвержден прилагаемый клинический протокол «Профилактика геморрагической болезни у новорожденных детей».

43. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 апреля 2020 г. №378 «О внесении дополнений в приказ Министерства здравоохранения от 16.03.2020 №296»:

с учетом анализа складывающейся ситуации с заболеваемостью инфекцией COVID-19 и необходимости принятия дополнительных мер, в том числе по перепрофилированию коечного фонда организаций здравоохранения и организации наблюдения пациентов в стационарах и на дому *внесены дополнения* в приказ Министерства здравоохранения от 16.03.2020 №296 «О мерах по организации оказания медицинской помощи пациентам с признаками респираторной инфекции и принятию дополнительных противоэпидемических мер в организациях здравоохранения»;

утверждены:

критерии выписки из больничной организации здравоохранения для дальнейшего амбулаторного наблюдения контактов I уровня по инфекции COVID-19 (приложение 1);

порядок наблюдения за контактами II уровня и лицами, проживающими совместно с пациентами с подозрением на COVID-19 (приложение 2).

44. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 апреля 2020 г. №379 «О дополнительных мерах по обеспечению бесперебойной работы субъектов службы крови»:

директору ГУ «РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий», директору ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии», начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома в порядке, установленном законодательством, *приказано* принять указанные в приказе дополнительные меры по недопущению снижения объемов заготовки крови, ее компонентов подчиненными субъектами службы крови;

директору ГУ «РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий» *приказано* организовать указанные в приказе меры для обеспечения больничных организаций здравоохранения компонентами плазмы, используемыми для оказания медицинской помощи пациентам в качестве средств пассивной иммунизации;

внесены изменения в Инструкцию по обеспечению инфекционной безопасности крови, ее компонентов, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 января 2019 г. №7;

внесены дополнения в номенклатуру крови, ее компонентов, заготавливаемых от доноров или производимых различными методами из крови доноров и предназначенных для оказания медицинской помощи и иных целей, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 апреля 2018 г. №323;

внесены дополнения в Порядок информационного обмена между организациями переливания крови и иными организациями здравоохранения по вопросам обеспечения безопасности и качества крови, ее компонентов, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 апреля 2018 г. №326.

45. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 апреля 2020 г. №30 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 июня 2013 г. №56»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 июня 2013 г. №56 «Об утверждении Инструкции о порядке оказания психиатрической помощи в амбулаторных и стационарных условиях лицам, в отношении которых вынесено определение (постановление) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения».

46. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 апреля 2020 г. №386 «О создании государственного учреждения «Государственный фармацевтический надзор в сфере обращения лекарственных средств «Госфармнадзор»»:

приказано создать государственное учреждение «Государственный фармацевтический надзор в сфере обращения лекарственных средств «Госфармнадзор»»;

утвержден прилагаемый устав государственного учреждения «Госфармнадзор».

47. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 апреля 2020 г. №389 «О выдаче заключения о подтверждении целевого назначения»:

в целях реализации государствами – членами Евразийского экономического союза мер, направленных на предупреждение и предотвращение распространения коронавирусной инфекции 2019-nCoV: *утверждены*:

Положение о порядке выдачи подтверждения целевого назначения ввозимого товара в целях реализации Республикой Беларусь мер, направленных на предупреждение и предотвращение распространения коронавирусной инфекции 2019-nCoV (далее – Положение) (приложение 1);

форма заключения о подтверждении целевого назначения ввозимого товара (для целей освобождения от уплаты ввозной таможенной пошлины) (приложение 2);

форма заключения о подтверждении целевого назначения ввозимого товара (для целей помещения товаров под специальную таможенную процедуру) (приложение 3);

установлено, что комплекс работ по приему заявлений, проверке возможности использования ввозимых товаров в заявленных целях, подготовке и оформлению заключения о подтверждении целевого назначения ввозимого товара (для целей освобождения от уплаты ввозной таможенной пошлины) в целях реализации мер, направленных Республикой Беларусь на предупреждение и предотвращение распространения коронавирусной инфекции 2019-nCoV, осуществляется республиканским унитарным предприятием «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении»;

директору РУП «ЦЭИЗ» *приказано обеспечить*:

прием, оперативное рассмотрение документов заявителей, проверку возможности использования ввозимых товаров в заявленных целях, оформление и выдачу заключения о подтверждении целевого

назначения ввозимого товара (для целей освобождения от уплаты ввозной таможенной пошлины) в целях реализации мер, направленных Республикой Беларусь на предупреждение и предотвращение распространения коронавирусной инфекции 2019-nCoV;

не позднее дня выдачи соответствующего подтверждения целевого назначения ввозимого товара направлять в Минскую центральную таможенную в электронном виде через систему межведомственного электронного документооборота государственных органов Республики Беларусь в формате Microsoft Excel реестр сведений выданных подтверждений целевого назначения ввозимого товара по форме, предусмотренной в приложении к Положению, с указанием номера и даты выдачи заключения.

Приказ вступил в силу с даты его подписания и действует по 30 сентября 2020 года включительно.

48. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 апреля 2020 г. №387 «Об утверждении Инструкции «Об организации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19» и дополнительных противоэпидемических мерах»:

утверждена прилагаемая Инструкция «Об организации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19»;

директору ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» *приказано обеспечить*:

возможность изоляции и оказания медицинской помощи беременным и роженицам с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19, относящимся к контактам 1-го и 2-го уровня;

проведение телемедицинского консультирования беременных, рожениц и родильниц по вопросам диагностики и лечения инфекционного заболевания, вызванного COVID-19, вопросам тактики ведения беременности и родов у пациенток с COVID-19 совместно с сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии, кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»;

начальникам главных управлений по здравоохранению (здравоохранения) облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Минского горисполкома *приказано*:

определить приказом на каждой подведомственной административной территории родовспомогательные стационары (отделения) с возможностью оказания интенсивной терапии и реанимации, для оказания специализированной медицинской помощи беременным с акушерской патологией, роженицам и родильницам с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19 и относящимся к контактам 1-го и 2-го уровня с учетом разноуровневой системы акушерско-гинекологической помощи:

в центральных районных больницах обеспечить условия для оказания специализированной медицинской помощи беременным с акушерской патологией, роженицам и родильницам как без признаков инфекционных заболеваний, так и с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19, относящимся к контактам 1-го и 2-го уровня;

в областных центрах, крупных городах и г. Минске определить отдельные родильные дома (отделения) для оказания специализированной медицинской помощи беременным с акушерской патологией, роженицам и родильницам с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19, относящимся к контактам 1-го и 2-го уровня;

организовать оказание медицинской помощи беременным и роженицам с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19 и относящимся к контактам 1-го и 2-го уровня, с показаниями для медицинского наблюдения и оказания медицинской помощи ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» на третьих технологических уровнях, в г. Минске в УЗ «6-я городская клиническая больница» с привлечением при необходимости для оказания медицинской помощи специалистов ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»;

в каждой организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь беременным, роженицам и родильницам, предусмотреть возможность оказания медицинской помощи беременным и роженицам с подтвержденной инфекцией COVID-19, подозрением на инфицирование COVID-19 и относящимся к контактам 1-го и 2-го уровня в тех случаях, когда транспортировка невозможна;

организовать оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19 в соответствии с Инструкцией, утвержденной данным приказом;

провести учебу медицинского персонала и учебно-тренировочные занятия по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19;

временно приостановить проведение партнерских родов, посещение пациентов;

организовать амбулаторно-поликлиническую помощь беременным при отсутствии эпидемиологических и клинических признаков наличия инфицирования вирусом COVID-19, признаков острой респираторной инфекции (далее – ОРИ) в условиях, обеспечивающих разделение потоков пациентов;

сократить посещение женских консультаций по согласованию периодичности и времени с лечащим врачом-акушером-гинекологом;

разработать и внести в индивидуальные карты беременной и родильницы с учетом ограничительных мер конкретные планы ведения для каждой беременной с учетом срока беременности, данных анамнеза, акушерской и экстрагенитальной патологии;

ограничить по возможности плановое направление беременных, не имеющих экстрагенитальной патологии, к смежным специалистам;

продолжить проведение пренатальной диагностики, организовав выполнение плановых исследований по предварительной записи;

временно перевести работу школ по подготовке к беременности и родам в онлайн-формат, после предварительного согласования с Министерством здравоохранения, в том числе, допускается информировать беременных о возможности пройти обучение в онлайн-формате на площадке www.mamapro.by во время визитов к врачам, разместить информацию на сайтах организаций здравоохранения и информационных стендах;

определить, что прохождение беременной обучения и тестового контроля знаний на информационных ресурсах, согласованных с Министерством здравоохранения, приравнивается к прохождению обучения в школах подготовки к родам организаций здравоохранения с последующей отметкой в обменной карте беременной;

организовать амбулаторно-поликлиническую помощь беременным при наличии клинических признаков ОРИ без эпидемиологического анамнеза и отсутствии акушерской патологии в общей амбулаторно-поликлинической сети;

организовать обследование и лечение беременных пациенток в сроках беременности до 38 недель без акушерской патологии, без эпидемиологического анамнеза с клиническими признаками ОРВИ и внебольничной пневмонии, требующих стационарного обследования и лечения, в общесоматических стационарах;

организовать обследование и лечение беременных и рожениц с эпидемиологическим анамнезом или наличием положительных результатов обследования на COVID-19 в сочетании с акушерской патологией, требующей стационарного лечения, в стационарах, определенных в соответствии с п.3.1 данного приказа;

обеспечить при необходимости телемедицинское консультирование беременных, рожениц и родильниц по вопросам диагностики и лечения инфекционного заболевания, вызванного COVID-19, вопросам тактики ведения беременности и родов у пациенток с COVID-19 на базе ГУ «РНПЦ «Мать и дитя».

49. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 апреля 2020 г. №388 «Об утверждении Инструкции по ведению пациентов от 0 до 18 лет с подтвержденной COVID-19 инфекцией и совершенствованию организации оказания медицинской помощи»:

утверждена прилагаемая Инструкция по ведению пациентов от 0 до 18 лет с подтвержденной COVID-19 инфекцией.

50. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 апреля 2020 г. №31 «О порядке формирования, финансирования и использования целевых отчислений на создание и содержание государственного учреждения»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке формирования, финансирования и использования целевых отчислений на создание и содержание государственного учреждения «Государственный фармацевтический надзор в сфере обращения лекарственных средств «Госфармнадзор»».

51. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 апреля 2020 г. №391 «О создании мобильных бригад»:

В связи со складывающейся эпидемиологической ситуацией по респираторной инфекции, вызванной COVID-19, и резко возросшей нагрузкой на службу скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлиническую службу, с целью минимизации распространения инфекции, обеспечения своевременного оказания специализированной медицинской помощи пациентам *приказано* главному врачу ГУ «Республиканский центр организации медицинского реагирования» организовать мобильные бри-

гады для круглосуточного оказания консультативной медицинской помощи из числа профессорско-преподавательского состава государственных медицинских университетов Республики Беларусь пациентам с инфекцией COVID-19 и лицам, относящимся к контактам 1-го уровня, в составе:

- врач-инфекционист;
- врач-анестезиолог-реаниматолог;
- врач-пульмонолог.

52. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 апреля 2020 г. №393 «О создании рабочей группы оперативного реагирования по анализу ситуации распространения коронавируса COVID-19 в Республике Беларусь»:

приказано создать рабочую группу оперативного реагирования при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь по анализу ситуации распространения коронавируса (COVID-19) в Республике Беларусь в прилагаемом составе.

53. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 апреля 2020 г. №32 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 июля 2012 г. №108»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 июля 2012 г. №108 «Об ограничительных мероприятиях».

54. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 апреля 2020 г. №403 «Об организации хирургической помощи пациентам от 0 до 18 лет с подтвержденной COVID-19 инфекцией и контактом первого уровня»:

директору РНПЦ детской хирургии *приказано* обеспечить оказание консультативной, хирургической и экстренной эндоскопической помощи, в том числе оперативных вмешательств, пациентам детского возраста с подтвержденной COVID-19-инфекцией или с установленным контактом первого уровня сотрудниками РНПЦ детской хирургии.

55. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 апреля 2020 г. №406 «О создании временных дистанционных консультативных центров»:

приказано создать временные дистанционные круглосуточно функционирующие центры (далее – ДКЦ) для оказания специализированной медицинской помощи лицам с коронавирусной инфекцией COVID-19:

- ДКЦ анестезиологии-реаниматологии для взрослых;
- ДКЦ пульмонологии;
- ДКЦ инфекционных болезней;
- ДКЦ анестезиологии-реаниматологии для детей;

определены базовыми организациями (до особого распоряжения) для функционирования дистанционных консультативных центров следующие государственные учреждения, подчиненные Министерству здравоохранения:

государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» – ДКЦ анестезиологии-реаниматологии для взрослых;

государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии» – ДКЦ пульмонологии;

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет» – ДКЦ инфекционных болезней;

государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр детской хирургии» – ДКЦ анестезиологии-реаниматологии для детей.

56. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 9 апреля 2020 г. №33/33 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 4 января 2018 г. №1/1»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 4 января 2018 г. №1/1 «Об утверждении Инструкции о порядке выдачи и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности».

57. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 апреля 2020 г. №34 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 декабря 2014 г. №104»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 декабря 2014 г. №104 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения экспертизы временной нетрудоспособности».

58. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 апреля 2020 г. №409 «О розничной реализации и использовании антисептических лекарственных средств аптечного изготовления и установлении норм единовременной реализации на некоторые товары»:

С целью обеспечения комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по недопущению распространения коронавирусной инфекции COVID-19, а также организации обеспечения населения некоторыми товарами *приказано разрешить* до 1 июля 2020 г.:

в аптеках первой категории изготовление антисептического лекарственного средства в виде внутриаптечной заготовки по составу, утвержденному Всемирной организацией здравоохранения, согласно приложениям 1 и 2;

в аптеках первой – пятой категории розничную реализацию населению без рецепта врача антисептического лекарственного средства по составу согласно приложению 1;

в аптеках первой категории по требованиям (заявкам) организаций здравоохранения и юридических лиц розничную реализацию антисептического лекарственного средства по составу согласно приложению 2;

организовать предметно-количественный учет спирта этилового, антисептического лекарственного средства в аптеках первой – пятой категории согласно рекомендациям, указанным в приложении 3;

установить до 1 июля 2020 г. нормы единовременной реализации в аптеках населению на некоторые товары по перечню согласно приложению 4.

59. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2020 г. №417 «Об обеспечении пациентов с сахарным диабетом лекарственными средствами инсулина»:

утверждены:

концепция обеспечения лекарственными средствами инсулина пациентов с сахарным диабетом в Республике Беларусь на период 2020–2025 гг. в соответствии с приложением 1;

порядок назначения на бесплатной основе лекарственных средств инсулина пациентам с сахарным диабетом в соответствии с приложением 2;

порядок формирования заявки на годовую закупку лекарственных средств инсулина за счет средств республиканского бюджета в соответствии с приложением 3;

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения от 11.05.2009 №454 «Об утверждении перечня медицинских показаний к назначению картриджной формы инсулинов для пациентов с сахарным диабетом»;

приказ Министерства здравоохранения от 04.08.2011 №792 «Об утверждении перечня показаний и порядка назначения аналогов инсулина для пациентов с сахарным диабетом»;

приказ Министерства здравоохранения от 18.04.2017 №428 «О внесении дополнения и изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.08.2011 г. №792»;

приказ Министерства здравоохранения от 16.10.2017 №1196 «О внесении дополнений и изменений в приказ Минздрава от 04.08.2011 г. №792».

60. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2020 г. №36 «О реализации постановления Совета Министров Республики Беларусь от 8 апреля 2020 г. №208»:

на основании части второй подпункта 3.2 пункта 3, части первой пункта 4 постановления Совета Министров Республики Беларусь от 8 апреля 2020 г. №208 «О введении ограничительного мероприятия», части четвертой подпункта 1.1 пункта 1 постановления Совета Министров Республики Беларусь от 25 марта 2020 г. №171 «О мерах по предотвращению завоза и распространения инфекции, вызванной коронавирусом COVID-19» Министерство здравоохранения Республики Беларусь *установлены* следующие критерии отнесения граждан к лицам, имеющим контакты первого и второго уровня с лицами, имеющими инфекцию, вызванную коронавирусом COVID-19 (далее – инфекция COVID-19):

к контактам первого уровня относятся следующие лица, имевшие тесный контакт с лицом, имеющим инфекцию COVID-19, в течение последних 14 календарных дней с даты последнего контакта до получения положительного результата лабораторного обследования лица, имеющего инфекцию COVID-19:

проживающие в одной квартире, многоквартирном жилом доме, комнате (блоке) общежития, санаторно-курортной и оздоровительной организации, учреждения закрытого типа, номере гостиницы;

обучающиеся одного класса или группы, педагогические работники в учреждениях образования; сотрудники, работающие в одном помещении;

пациенты, находящиеся в одной палате в организации здравоохранения;

работники организаций здравоохранения, которые оказывали медицинскую помощь пациенту и осуществляли уход за ним без использования комплекта биологической защиты;

пассажиры, находившиеся с пациентом в одном купе (купейный, спальный вагон или СВ) и одном открытом пассажирском отсеке (плацкартный вагон) транспортного средства железнодорожного транспорта либо занимавшие место в пределах двух рядов кресел, соседних от кресла, которое занимало лицо, имеющее инфекцию COVID-19, в салоне механических транспортных средств, воздушных судов и иных транспортных средств;

к контактам второго уровня относятся иные лица, имевшие возможный контакт с лицом, имеющим инфекцию COVID-19, в течение последних 14 календарных дней с даты последнего контакта до получения положительного результата лабораторного обследования лица, имеющего инфекцию COVID-19 (по месту проживания (временного пребывания), учебы, работы, оказания медицинской помощи и др.), а также работники организаций здравоохранения, которые оказывали медицинскую помощь пациенту и осуществляли уход за ним с использованием комплекта биологической защиты;

установлен следующий порядок вручения требования о соблюдении правил поведения в самоизоляции по форме согласно приложению 1 к постановлению Совета Министров Республики Беларусь от 8 апреля 2020 г. №208 (далее – требование о самоизоляции):

в отношении лиц, указанных в подпунктах 3.1 и 3.2 пункта 3 постановления Совета Министров Республики Беларусь от 8 апреля 2020 г. №208, требование о самоизоляции оформляется врачом контактной группы для организации оказания медицинской помощи контактам первого уровня, врачом общей практики (участковым терапевтом, врачом-специалистом) территориальной амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения по месту жительства (пребывания) лиц, подлежащих самоизоляции, на основании информации о таких лицах, поступившей из Минского городского, городских, районных, зональных и районных в городах центров гигиены и эпидемиологии;

в отношении лиц, указанных в абзаце первом части первой подпункта 1.1 пункта 1 постановления Совета Министров Республики Беларусь от 25 марта 2020 г. №171:

пересекающих Государственную границу Республики Беларусь в установленных пунктах пропуска, требование о самоизоляции оформляется сотрудниками органов пограничной службы;

прибывающих с территории Российской Федерации через белорусско-российский участок Государственной границы Республики Беларусь требование о самоизоляции оформляется сотрудниками органов внутренних дел;

требование о самоизоляции оформляется в двух экземплярах. Один экземпляр в течение суток вручается лицу, подлежащему самоизоляции. Второй экземпляр требования о самоизоляции, оформленного:

должностными лицами, указанными в подпункте 2.1 настоящего пункта, приобщается к медицинской документации амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения;

сотрудниками органов пограничной службы – передается в органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарный надзор, при проведении санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Республики Беларусь;

сотрудниками органов внутренних дел – остается в органе внутренних дел, уполномоченным должностным лицом которого оно оформлено;

вместе с требованием о самоизоляции лицу, подлежащему самоизоляции, вручается памятка о правилах поведения в самоизоляции;

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 марта 2020 г. №24 «О правилах поведения в самоизоляции и форме анкеты лиц, прибывших из стран, в которых регистрируются случаи инфекции COVID-19».

61. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2020 г. №37 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 декабря 2012 г. №217»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 декабря 2012 г. №217 «Об утверждении Санитарных норм и правил «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение зано-

са, возникновения и распространения гриппа» и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2010 г. №132».

62. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2020 г. №38 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 августа 2017 г. №83»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 августа 2017 г. №83 «Об установлении форм медицинских документов при оказании психиатрической помощи».

63. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2020 г. №419 «Об изменении в приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 марта 2015 г. №235»:

внесены изменения и дополнения в приложение 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 марта 2015 года №235 «Об утверждении Инструкции о контроле стерильности каждой партии (серии) или части партии (серии) зарегистрированных медицинских изделий до поступления их в реализацию и внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 февраля 2011 года №195».

64. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 апреля 2020 г. №423 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 января 2020 г. №81»:

изложено в новой прилагаемой редакции приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 января 2020 г. №81 «О задачах социально-экономического развития Республики Беларусь на 2020 год».

65. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 апреля 2020 г. №429 «Об обеспечении ведомственных организаций здравоохранения кровью, ее компонентами»:

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов *приказано* в порядке, установленном законодательством:

закрепить ведомственные организации здравоохранения Министерства внутренних дел, Министерства обороны, КГБ, ГПК Республики Беларусь за подчиненными организациями переливания крови для планового обеспечения кровью, ее компонентами;

создать и обеспечить поддержание в организациях переливания крови неснижаемого резерва крови, ее компонентов, в том числе, для обеспечения ведомственных организаций здравоохранения;

организовать обеспечение кровью, ее компонентами ведомственных организаций здравоохранения на безвозмездной основе и т.д.

66. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 апреля 2020 г. №430 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 марта 2020 г. №255»:

внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 марта 2020 г. №255 «Об утверждении Инструкции по ведению пациентов с подтвержденной COVID-19 инфекцией».

67. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 апреля 2020 г. №433 «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с внебольничной пневмонией с нетяжелым течением, не связанной с инфекцией COVID-19, и пациентам с инфекцией COVID-19 в амбулаторных условиях»:

утверждены:

порядок оказания медицинской помощи на дому пациентам с внебольничной пневмонией с нетяжелым течением, не связанной с инфекцией COVID-19, согласно приложению 1;

порядок оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 в амбулаторных условиях организаций здравоохранения согласно приложению 2.

68. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 апреля 2020 г. №435 «Об отдельных вопросах организации оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 в г. Минске»:

директорам РНПЦ г. Минска *приказано обеспечить:*

оказание экстренной специализированной медицинской помощи пациентам г. Минска;

постоянный мониторинг доступности специализированной скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи и логистику потоков пациентов с разработкой предложений и проведением совместных мероприятий с комитетом по здравоохранению Мингорисполкома по коррекции возможных негативных отклонений;

назначены кураторы г. Минска по клиническим вопросам;
назначены кураторы учреждения здравоохранения «10-я городская клиническая больница» г. Минска по клиническим вопросам;

председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома *приказано обеспечить* выполнение ряда мер по обеспечению оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 в г. Минске.

69. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 апреля 2020 г. №436 «О некоторых вопросах организации медицинского обеспечения летнего оздоровления детей в 2020 году»:

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома *приказано* в установленном порядке:

организовать подбор и направление медицинских работников для работы в летние оздоровительные лагеря с оплатой труда в соответствии с законодательством;

обеспечить контроль оказания медицинской помощи детям в лагерях и т.д.

70. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 апреля 2020 г. №443 «О некоторых вопросах повышения квалификации медицинских работников»:

ректору БелМАПО *приказано* в установленный срок:

обеспечить разработку программ стажировок по теме «Оказание медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19» в объеме 16 учебных часов для врачей-специалистов:

терапевтического профиля, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

терапевтического профиля, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;

хирургического профиля, оказывающих медицинскую помощь в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации;

диагностического профиля по вопросам диагностики пневмоний вирусной этиологии и инфекции COVID-19;

разместить программы стажировок в открытом доступе на сайте БелМАПО.

71. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 апреля 2020 г. №39 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2017 г. №95»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2017 г. №95 «Об утверждении Инструкции о порядке осуществления диспансерного наблюдения».

72. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 апреля 2020 г. №445 «Об организации эпидемиологического расследования»:

утвержден прилагаемый порядок организации эпидемиологического расследования лабораторно подтвержденного случая COVID-19 и амбулаторного наблюдения контактов I и II уровней по инфекции COVID-19.

73. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 апреля 2020 г. №447 «О контрольных цифрах приема в 2020 году в учреждения высшего образования, реализующие образовательные программы высшего образования I ступени по профилю образования «Здравоохранение»»:

приказано:

довести до сведения контрольные цифры приема в 2020 году в учреждения высшего образования, реализующие образовательные программы высшего образования I ступени по профилю образования «Здравоохранение», утвержденные и согласованные в установленном порядке, согласно приложению 1;

утвердить цифры целевого приема в 2020 году в медицинские университеты согласно приложению 2;

согласовать предложения ректоров медицинских университетов по цифрам приема на платной основе в 2020 году в медицинские университеты согласно приложению 3.

74. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 апреля 2020 г. №458 «Об открытии подготовки для реализации образовательных программ послевузовского образования II (докторантура) ступени»:

приказано открыть в БелМАПО подготовку по специальностям: 14.01.03 – болезни уха, горла, носа медицинской отрасли науки; 14.03.10 – клиническая лабораторная диагностика медицинской отрасли науки для реализации образовательных программ послевузовского образования II (докторантура) ступени.

75. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 апреля 2020 г. №40 «Об установлении перечня инфекций, за работу в условиях, связанных с которыми, установлена ежемесячная надбавка»:

установлен перечень инфекций согласно приложению, за работу в условиях, связанных с которыми, работникам здравоохранения бюджетных организаций, оказывающим медицинскую помощь (участвующим в ее оказании) пациентам с инфекциями и лицам, отнесенным к контактам первого уровня, и (или) работающим в условиях, связанных с инфекциями, устанавливается ежемесячная надбавка.

76. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 апреля 2020 г. №41 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2020 г. №36»:

изложены в новой редакции подпункты 2.2 и 2.3 пункта 2 постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2020 г. №36 «О реализации постановления Совета Министров Республики Беларусь от 8 апреля 2020 г. №208 «О введении ограничительного мероприятия».

77. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 апреля 2020 г. №42 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 июня 2018 г. №53»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 июня 2018 г. №53 «Об особенностях осуществления преподавательской работы в учреждениях образования и иных организациях системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

78. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 апреля 2020 г. №453 «Об отдельных вопросах организации оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19»:

утверждены:

Положение о порядке формирования временных бригад для оказания стационарной помощи пациентам с тяжелыми формами COVID-19 инфекции (далее – Положение) (приложение 1);

лист мониторинга данных пациента вне отделения анестезиологии и реанимации (приложение 2);

рекомендуемое использование средств индивидуальной защиты (далее – СИЗ) в зависимости от контингента пациентов и вида деятельности (приложение 3);

начальникам главных управлений по здравоохранению областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям республиканских организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, *приказано:*

обеспечить оказание медицинской помощи сформированными временными медицинскими бригадами пациентам с COVID-19 инфекцией в соответствии с Положением;

принять меры по обеспечению защиты медицинского персонала организаций здравоохранения в соответствии с рекомендуемым порядком использования СИЗ в зависимости от контингента пациентов и вида деятельности (приложения 3, 4).

79. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 апреля 2020 г. №459 «Об организации субординатуры»:

утверждены:

перечень профилей субординатуры по специальностям высшего образования 1 ступени 1-79 01 01 «Лечебное дело», 1-79 01 02 «Педиатрия», 1-79 01 03 «Медико-профилактическое дело» согласно приложению 1;

форма отчета о распределении студентов 5 курса медицинских университетов, обучающихся по специальностям высшего образования 1 ступени 1-79 01 01 «Лечебное дело», 1-79 01 02 «Педиатрия», 1-79 01 03 «Медико-профилактическое дело» в учебные группы по профилям субординатуры согласно приложению 2.

80. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 апреля 2020 г. №462 «Об организации проведения медицинской реабилитации пациентам с пневмонией, ассоциированной с инфекцией COVID-19»:

утвержден временный клинический протокол медицинской реабилитации пациентов после перенесенной пневмонии, ассоциированной с инфекцией COVID-19 (далее – клинический протокол) согласно приложению 1;

начальникам главных управлений по здравоохранению областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполкома, руководителям государ-

ственных организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения, до особого распоряжения Министерства здравоохранения *приказано*:

приостановить направление пациентов в возрасте 18 лет и старше на раннюю и позднюю (повторную) медицинскую реабилитацию в стационарных условиях, за исключением направления на раннюю медицинскую реабилитацию пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения с подтвержденной инфекцией COVID-19 в определенные для этих целей организации здравоохранения;

приостановить направление пациентов в возрасте до 18 лет на раннюю и позднюю (повторную) медицинскую реабилитацию в стационарных условиях;

организовать проведение медицинской реабилитации в стационарных условиях пациентам после перенесенной пневмонии, ассоциированной с инфекцией COVID-19, переведенным из больничных организаций здравоохранения, в соответствии с клиническим протоколом согласно приложению 1, медицинскими показаниями и противопоказаниями согласно приложению 2 и с учетом имеющейся потребности и возможностей коечного фонда региона;

директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» (далее – РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации), исполняющему обязанности главного врача государственного учреждения «Республиканская больница спелеолечения» (далее – Республиканская больница спелеолечения) в части касающейся *приказано*:

обеспечить перепрофилирование имеющегося коечного фонда для проведения медицинской реабилитации в стационарных условиях пациентам с пневмонией, ассоциированной с инфекцией COVID-19, переведенным из больничных организаций здравоохранения г. Минска и Минской области;

обеспечить закупку необходимого количества лекарственных средств, средств индивидуальной защиты, дезинфицирующих средств, медицинских изделий для обеспечения оказания медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации, пациентам с подтвержденной инфекцией COVID-19;

утвердить порядок госпитализации пациентов после перенесенной пневмонии, ассоциированной с инфекцией COVID-19, для проведения медицинской реабилитации из больничных организаций здравоохранения г. Минска в РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, из больничных организаций Минской области в Республиканскую больницу спелеолечения;

ректорам государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», учреждения образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет», учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» *приказано* обеспечить организацию консультативной помощи организациям здравоохранения, оказывающим медицинскую реабилитацию в стационарных условиях, сотрудниками профильных кафедр, в том числе в порядке телемедицинского консультирования;

председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполкома, начальнику главного управления по здравоохранению Минского областного исполнительного комитета *приказано*:

принять меры, обеспечивающие перевод из больничных организаций пациентов с пневмонией, ассоциированной с инфекцией COVID-19, в РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации (для г. Минска) и Республиканскую больницу спелеолечения (для Минской области) с целью проведения медицинской реабилитации в соответствии с медицинскими показаниями и медицинскими противопоказаниями согласно приложению 2.

81. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 апреля 2020 г. №471 «Об организации экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с подтвержденной COVID-19-инфекцией и установленным диагнозом ОНМК (взрослое население) в г. Минске»:

приказано указанным должностным лицам принять меры по организации экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с подтвержденной COVID-19-инфекцией и установленным диагнозом ОНМК (взрослое население) в г. Минске.

82. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 апреля 2020 г. №476 «О некоторых вопросах организации закупок медицинских изделий, средств индивидуальной защиты и лекарственных средств в рамках проекта «Экстренное реагирование на COVID-19 в Республике Беларусь»»:

утверждено Положение об экспертной комиссии по оценке соответствия тендерных предложений участников требованиям технических требований на закупку медицинских изделий и лекарственных

средств, необходимых для реализации мероприятий проекта «Экстренное реагирование на COVID-19 в Республике Беларусь», согласно приложению 4.

83. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 апреля 2020 г. №480 «О мерах по оптимизации профилактики суицидов в Республике Беларусь»:

утверждена Инструкция об определении суицидального риска и алгоритме действий медицинских и иных работников при оказании медицинской помощи лицам с установленным риском суицидального поведения, а также совершившим самоповреждение (суицидальную попытку) согласно приложению 1;

установлена форма Извещения о лице, совершившем самоповреждение (суицидальную попытку) согласно приложению 2;

признан утратившим силу приказ Минздрава от 3 августа 2006 г. №624 «О невыполнении приказов Министерства здравоохранения, регламентирующих профилактику суицидов в стационарных организациях здравоохранения» и приказ Минздрава от 9 июля 2007 г. №575 «О мерах по профилактике суицидов и оказании помощи лицам, совершившим суицидальные попытки».

84. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 апреля 2020 г. №486 «Об организации проведения экспертизы временной нетрудоспособности в государственном учреждении «Республиканская больница спелеолечения»:

и.о. главного врача государственного учреждения «Республиканская больница спелеолечения» до особого распоряжения Минздрава *приказано*:

организовать проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентам с пневмонией, ассоциированной с инфекцией COVID-19, переведенным из больничных организаций здравоохранения Минской области для проведения медицинской реабилитации в стационарных условиях в порядке, установленном законодательством;

принять меры по обеспечению бланками листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности в порядке, установленном законодательством;

обеспечить получение, хранение, учет и использование бланков листков нетрудоспособности, справок о временной нетрудоспособности в порядке, установленном законодательством.

85. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 апреля 2020 г. №44 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 декабря 2012 г. №217»:

внесено дополнение в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 декабря 2012 г. №217 «Об утверждении Санитарных норм и правил».

86. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 апреля 2020 г. №487:

назначены координаторы по организации работы и клиническим вопросам оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 на республиканском уровне, на областном и городском (г. Минск) уровнях.

87. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 апреля 2020 г. №498 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 апреля 2020 г. №433»:

внесено следующее дополнение в приложение 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 апреля 2020 г. №433 «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с внебольничной пневмонией с нетяжелым течением, не связанной с инфекцией COVID-19, и пациентам с инфекцией COVID-19 в амбулаторных условиях»:

«Пациентам с внебольничной пневмонией с нетяжелым течением, медицинская помощь которым оказывается на дому, организуется контролируемое лечение с назначением антибактериальных лекарственных средств отечественного производства на безвозмездной основе».

88. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 30 апреля 2020 г. №45/41 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 4 января 2018 г. №1/1»:

внесены изменения в Инструкцию о порядке выдачи и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности, утвержденную постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 4 января 2018 г. №1/1.

89. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 апреля 2020 г. №46 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 декабря 2014 г. №104»:

внесены изменения в Инструкцию о порядке проведения экспертизы временной нетрудоспособности, утвержденную постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 декабря 2014 г. №104.

90. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 мая 2020 г. №502 «О мерах по дальнейшему совершенствованию порядка обеспечения инфекционной безопасности крови, ее компонентов»:

директору ГУ «РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий» *приказано* организовать на базе лаборатории диагностики трансфузионно-трансмиссивных инфекций (ТТИ) отдела управления качеством и внутреннего аудита ГУ «РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий» исследование на маркеры возбудителей ТТИ образцов сыворотки (плазмы) крови доноров, заготавливаемой субъектами службы крови, расположенными в пределах соответствующих территорий г. Минска и Минского района;

уполномоченным должностным лицам *приказано* обеспечить ежегодное включение в план государственных закупок медицинских изделий за счет средств республиканского бюджета, предусматриваемых Минздраву, необходимых расходных материалов для проведения лабораторных исследований образцов сыворотки (плазмы) крови доноров на маркеры возбудителей ТТИ и т.д.

91. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 мая 2020 г. №505 «Об утверждении Положения о главном внештатном специалисте Министерства здравоохранения Республики Беларусь и о составе главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

утверждены:

прилагаемое Положение о главном внештатном специалисте Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

прилагаемый состав главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Беларусь и их резерва;

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения от 15.09.2017 №1046 «Об утверждении Положения о главном внештатном специалисте Министерства здравоохранения Республики Беларусь и о составе главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

приказ Министерства здравоохранения от 03.10.2017 №1133 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.09.2017 №1046»;

приказ Министерства здравоохранения от 12.04.2018 №346 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.09.2017 №1046»;

приказ Министерства здравоохранения от 05.06.2018 №576 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.09.2017 №1046»;

приказ Министерства здравоохранения от 18.07.2018 №724 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.09.2017 №1046»;

приказ Министерства здравоохранения от 11.02.2019 №156 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.09.2017 №1046»;

приказ Министерства здравоохранения от 24.10.2019 №1266 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.09.2017 №1046».

92. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 мая 2020 г. №509 «О поэтапном возобновлении оказания плановой стоматологической помощи»:

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям республиканских организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, с учетом складывающейся эпидемиологической ситуации *приказано:*

обеспечить поэтапное возобновление оказания плановой стоматологической помощи, включая проведение профилактических осмотров, диспансеризации, физиотерапевтических процедур, рентгенологических исследований, проведение стоматологического лечения с использованием общего обезболивания (наркоза) и/или седации;

при возобновлении планового оказания стоматологической помощи:
организовать обязательную термометрию сотрудников и пациентов;
обеспечить меры социального дистанцирования в организациях здравоохранения;
размещение в каждом стоматологическом кабинете не более 1 врача-стоматолога (любой квалификации) и 1 медицинской сестры в смену;

соблюдение интервалов между пациентами не менее 10 минут;
минимизацию необязательных контактов между сотрудниками и пациентами, и между сотрудниками;
принять меры по обеспечению сотрудников средствами индивидуальной защиты в полном объеме;
обучить сотрудников правилам одевания и снятия средств индивидуальной защиты;
обеспечить соблюдение всех санитарно-противоэпидемических мер в организации здравоохранения;
при медицинских осмотрах оценить риск заражения сотрудников и пациентов в рамках доступных вариантов лечения;

минимизировать проведение процедур, генерирующих аэрозоли;

признан утратившим силу приказ Минздрава от 7 апреля 2020 г. №396 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 марта 2020 г. №296».

93. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 мая 2020 г. №512 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 №1180»:

внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 №1180 «Об утверждении примерного табеля оснащения изделиями медицинского назначения и медицинской техники амбулаторно-поликлинических и больничных организаций здравоохранения».

94. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 мая 2020 г. №515 «Об организации приема в клиническую ординатуру в 2020 году»:

утверждены контрольные цифры приема в 2020 году в клиническую ординатуру за счет средств республиканского бюджета согласно приложению 1.

95. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 мая 2020 г. №49 «О продлении (сокращении) сроков пребывания граждан в самоизоляции»:

установлено, что:

основаниями для продления сроков пребывания граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства (далее – граждане) в самоизоляции по решению организации здравоохранения, осуществляющей медицинское наблюдение за гражданином (далее, если не установлено иное, – территориальная организация здравоохранения), являются:

получение положительного результата лабораторного исследования биологического материала на наличие инфекции COVID-19 (далее – лабораторное исследование) у лица, относящегося к контактам первого уровня с лицами, имеющими инфекцию COVID-19, при повторном проведении лабораторного исследования;

получение положительного результата лабораторного исследования у лица, имеющего инфекцию COVID-19, при повторном проведении лабораторного исследования;

незавершенное медицинское освидетельствование лица, относящегося к контактам первого уровня с лицами, имеющими инфекцию COVID-19, в последний день установленного периода самоизоляции;

основаниями для сокращения сроков пребывания лица, прибывшего в Республику Беларусь из стран, в которых регистрируются случаи инфекции COVID-19 (далее – прибывшее лицо), в самоизоляции по решению организации здравоохранения являются:

обращение прибывшего лица для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в организациях здравоохранения Республики Беларусь о сокращении сроков пребывания в самоизоляции;

ходатайство организации, находящейся на территории Республики Беларусь, о сокращении сроков пребывания в самоизоляции прибывших лиц – иностранных специалистов, прибывающих на территорию Республики Беларусь для выполнения работ (оказания услуг) в рамках заключенных с ними договоров (далее – ходатайство);

продление (сокращение) сроков пребывания граждан в самоизоляции по решению организации здравоохранения осуществляется в следующем порядке:

территориальная организация здравоохранения, осуществляющая медицинское наблюдение за лицами, указанными в абзацах втором–четвертом подпункта 1.1 настоящего пункта, после получения информации о наличии оснований для продления сроков пребывания граждан в самоизоляции обеспе-

чивает дополнительное вручение им требований о соблюдении правил поведения в самоизоляции (далее – требование) с указанием конкретных сроков пребывания в самоизоляции;

лица, указанные в абзаце втором подпункта 1.2 настоящего пункта (далее – обратившееся лицо), по прибытии в Республику Беларусь обращаются в организации здравоохранения Республики Беларусь по месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи для сокращения сроков пребывания в самоизоляции при наличии отрицательного результата лабораторного исследования, выполненного не позднее двух суток до даты пересечения Государственной границы Республики Беларусь;

организация здравоохранения, указанная в части первой настоящего подпункта, принимает решение о сокращении срока пребывания обратившегося лица в самоизоляции и информирует об этом обратившееся лицо, органы внутренних дел (если требование выдано сотрудником органов внутренних дел) и территориальный орган или учреждение, осуществляющие государственный санитарный надзор, по месту временного пребывания обратившегося лица для прекращения посещения в целях оценки соблюдения требования;

организация, находящаяся на территории Республики Беларусь (далее – компания-резидент), направляет ходатайство в территориальную организацию здравоохранения в отношении лиц, указанных в абзаце третьем подпункта 1.2 настоящего пункта (далее – иностранные специалисты), не позднее чем за пять рабочих дней до их прибытия;

ходатайство должно содержать следующие сведения:

список иностранных специалистов с указанием их фамилии, собственного имени, отчества (если таковое имеется);

цель приезда в Республику Беларусь иностранных специалистов;

предполагаемая дата въезда иностранных специалистов на территорию Республики Беларусь;

место пересечения Государственной границы Республики Беларусь;

способ прибытия на территорию Республики Беларусь;

срок, в течение которого иностранный специалист находился в самоизоляции за пределами Республики Беларусь;

место проживания иностранных специалистов на территории Республики Беларусь;

территориальная организация здравоохранения в течение четырех рабочих дней после получения ходатайства по согласованию с территориальными органами и учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор, принимает решение о сокращении сроков пребывания в самоизоляции иностранных специалистов и направляет данное решение в компанию-резидент;

органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарный надзор, по месту временного пребывания иностранных специалистов организуют проведение необходимых санитарно-противоэпидемических мероприятий и при наличии у иностранного специалиста отрицательного результата лабораторного исследования, выполненного не позднее двух суток до даты пересечения Государственной границы Республики Беларусь, прекращают посещение в целях оценки соблюдения требования со дня срока, указанного в решении территориальной организации здравоохранения, и информируют об этом органы внутренних дел (если требование выдано сотрудником органов внутренних дел).

96. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 мая 2020 г. №50 «О медицинском освидетельствовании и принудительном обследовании в организациях здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь»:

установлен перечень заболеваний, препятствующих нахождению граждан в лечебно-трудовых профилакториях, согласно приложению;

утверждены:

Инструкция о порядке работы специальной медицинской комиссии организации здравоохранения, оказывающей наркологическую помощь, по проведению медицинского освидетельствования лиц, направляемых в лечебно-трудовые профилактории (прилагается);

Инструкция о порядке проведения принудительного обследования совершивших преступление лиц для решения вопроса о применении принудительных мер безопасности и лечения в соответствии со статьей 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь (прилагается);

признаны утратившим силу:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 июля 2002 г. №53 «О некоторых вопросах признания лица больным хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсико-

манией, порядке и условиях оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией);

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 июля 2006 г. №55 «О внесении дополнений и изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 июля 2002 г. №53»;

пункт 5 постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 ноября 2007 г. №118 «О внесении изменений и дополнений в некоторые нормативные правовые акты Министерства здравоохранения Республики Беларусь по вопросам оказания амбулаторно-поликлинической, стационарной и специализированной медицинской помощи»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 октября 2008 г. №165 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 июля 2002 г. №53»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 декабря 2008 г. №215 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 июля 2002 г. №53».

97. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 мая 2020 г. №520 «О проведении серологических исследований»:

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям республиканских организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения, *приказано* обеспечить регистрацию серологических исследований (IgM и IgG к SARS-CoV-2) согласно приложениям 11 и 28 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 сентября 2007 г. №787 «Об утверждении форм первичной медицинской документации по лабораторной диагностике».

98. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства образования Республики Беларусь от 12 мая 2020 г. №380/524 «О прекращении работы Контактного центра»:

приказано в связи с окончанием выполнения своих функций с 12.05.2020 г. завершить деятельность Контактного центра, созданного в структуре учреждения здравоохранения «33-я городская студенческая поликлиника» на базе спортивно-оздоровительного комплекса «Бригантина» Белорусского государственного университета в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства образования Республики Беларусь от 7 февраля 2020 г. №119/97 «Об организации работы Контактного центра».

99. Закон Республики Беларусь от 13 мая 2020 г. №13-3 «Об изменении Закона Республики Беларусь «О лекарственных средствах»»:

изложен в новой редакции Закон Республики Беларусь от 20 июля 2006 г. №161-3 «О лекарственных средствах» (в новой редакции – Закон Республики Беларусь «Об обращении лекарственных средств»).

100. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 мая 2020 г. №529 «О вопросах повышения квалификации руководящих работников и специалистов, имеющих среднее специальное медицинское, фармацевтическое образование»:

утвержден перечень образовательных программ повышения квалификации руководящих работников и специалистов, имеющих среднее специальное медицинское, фармацевтическое образование, согласно приложению;

признан утратившим силу приказ Минздрава от 30 августа 2017 г. №962 «Об утверждении перечня образовательных программ повышения квалификации медицинских (фармацевтических) работников со средним специальным медицинским (фармацевтическим) образованием на 2018 год».

101. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 мая 2020 г. №535 «О выписном эпикризе психиатрического стационара»:

утверждена прилагаемая примерная форма выписного эпикриза психиатрического стационара;

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке оформления выписного эпикриза психиатрического стационара, сроках и порядке его направления в государственные организации здравоохранения.

102. Приказ Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 мая 2020 г. №54/537 «О порядке направления на санаторно-курортное лечение (долечивание) в санаторно-курортные организации, подчиненные

Министерству труда и социальной защиты, отдельных категорий граждан после перенесенной пневмонии, ассоциированной с инфекцией COVID-19»:

определено государственное учреждение «Республиканский санаторий для ветеранов войны, труда и инвалидов «Березина» и государственное учреждение «Республиканский санаторий для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата «Вяжути», подчиненные Министерству труда и социальной защиты, для проведения санаторно-курортного лечения (долечивания) граждан, достигших общеустановленного пенсионного возраста, и инвалидов I и II группы после перенесенной пневмонии, ассоциированной с инфекцией COVID-19, в соответствии с Перечнем мероприятий, осуществляемых при санаторно-курортном лечении (долечивании), согласно приложению 1.

103. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 мая 2020 г. №541 «Об утверждении проекта»:

утвержден проект «Состояние специфического иммунитета к инфекции COVID-19 среди доноров крови, ее компонентов г. Минска и Минской области» согласно приложению.

104. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 мая 2020 г. №548 «О приеме в субординатуру на 2020/2021 учебный год»:

утверждено количество мест по профилям субординатуры по специальностям высшего образования 1 ступени 1-79 01 01 «Лечебное дело», 1-79 01 02 «Педиатрия», 1-79 01 03 «Медико-профилактическое дело» на 2020/2021 учебный год согласно приложению.

105. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 мая 2020 г. №555 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 ноября 1997 г. №299»:

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 ноября 1997 г. №299 «О порядке выплаты премии и оказания материальной помощи работникам учреждений здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

106. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 мая 2020 г. №560 «Об утверждении Положения о порядке предоставления сведений о потенциальных донорах-реконвалесцентах инфекции COVID-19»:

утверждено прилагаемое Положение о порядке предоставления сведений о потенциальных донорах-реконвалесцентах инфекции COVID-19 организациями здравоохранения, подчиненными Министерству здравоохранения, комитету по здравоохранению Мингорисполкома и главному управлению по здравоохранению Миноблсполкома.

107. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 мая 2020 г. №567 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 октября 2017 г. №1170»:

внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 октября 2017 г. №1170 «О некоторых вопросах направления граждан Республики Беларусь за пределы республики для получения медицинской помощи».

108. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 мая 2020 г. №54 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2011 г. №45»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2011 г. №45 «Об установлении перечня заболеваний, которые являются медицинским основанием для освобождения учащихся от выпускных экзаменов, и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 октября 2006 г. №80».

109. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 мая 2020 г. №55 «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.

110. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2020 г. №579 «О проведении в Республике Беларусь информационно-образовательной акции «Всемирный день донора крови»»:

приказано провести в период с 1 по 14 июня 2020 г. информационно-образовательную акцию «Всемирный день донора крови» под лозунгом ВОЗ «Сдавать кровь во имя здорового мира»;

утвержден План мероприятий по подготовке и проведению в Республике Беларусь информационно-образовательной акции «Всемирный день донора крови» согласно приложению.

111. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 мая 2020 г. №571 «О проведении республиканской информационно-образовательной акции «Беларусь против табака»»:

утвержден План мероприятий по подготовке и проведению в Республике Беларусь республиканской информационно-образовательной акции «Беларусь против табака» в период с 31 мая по 21 июня 2020 года согласно приложению.

112. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 мая 2020 г. №584 «Об утверждении перечня медицинских показаний и порядке назначения биотехнологических лекарственных средств пациентам до 18 лет»:

утверждены:

состав республиканского врачебного консилиума по назначению биотехнологических лекарственных средств (БТЛС) пациентам до 18 лет согласно приложению 1;

перечень медицинских показаний к назначению БТЛС пациентам до 18 лет согласно приложению 2;

порядок назначения БТЛС пациентам до 18 лет согласно приложению 3;

форма направления на республиканский врачебный консилиум по назначению БТЛС пациентам до 18 лет согласно приложению 4;

форма предварительного добровольного письменного информированного согласия законного представителя ребенка на участие в применении БТЛС согласно приложению 5.

113. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 мая 2020 г. №586 «Об утверждении проекта»:

утвержден прилагаемый проект «Оценка состояния НЛА-сенсibilизации доноров крови, ее компонентов и формирование предложений по оптимизации тактики заготовки крови, ее компонентов от отдельных контингентов донороспособного населения».

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 30.06.2020 г. Формат бумаги 60x84 1/8.

Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Уч.-изд. л. 14,95. 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.