



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

Д.Ю. РУЗАНОВ

Редакционная коллегия:

Е.Л. Богдан
Э.А. Вальчук
В.С. Глушанко
И.В. Малахова (*зам. главного редактора*)
Т.Ф. Мигаль
Н.П. Митьковская
И.Н. Мороз
Т.П. Павлович
А.В. Пацеев
Н.Н. Пилипцевич
Д.Л. Пиневич
О.О. Руммо
М.М. Сачек
В.Б. Смычек (*председатель редакционной коллегии*)
М.Ю. Сурмач
Н.Е. Хейфец (*отв. секретарь*)
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), 2021

Проблемные статьи и обзоры Problem Articles and Reviews

<i>Малахова И.В., Дудина Т.В., Василевская М.Г., Рузанов Д.Ю.</i> Формирование резерва руководящих кадров в здравоохранении различных стран. Сообщение 2 <i>Malakhova I.V., Dudina T.V., Vasilevskaya M.G., Ruzanov D.Yu.</i> Managerial Personnel Reserve Formation in Health Sector in Different Countries. Report 2	4
<i>Щавелева М.В., Глинская Т.Н., Мардас Д.М.</i> 2021–2030 – Десятилетие здорового старения <i>Schaveleva M.V., Glinskaya T.N., Mardas D.M.</i> 2021–2030 – Decade of Healthy Ageing	20
<i>Сурмач М.Ю.</i> Самооценка качества деятельности медицинского университета как часть процесса международной аккредитации: опыт реализации проекта Эразмус в Гродно <i>Surtmach M.Yu.</i> Self-Assessment of Work Quality of Medical University as a Part of International Accreditation Process: Experience of the Erasmus Project in Grodno	26
<i>Сачек М.М., Маймур А.В.</i> Пациентоориентированное здравоохранение <i>Sachek M.M., Maimur A.V.</i> Patient-centered Healthcare	33
<i>Солтан М.М., Хейфец Н.Е., Хейфец Е.Н.</i> Современные подходы к снижению конфликтного потенциала медицинской деятельности <i>Soltan M.M., Kheifets N.Ye., Kheifets Ye.N.</i> Update Approaches to Conflictogenic Potential of Medical Activities Reducing	45
<i>Ушакова Л.Ю., Каштальян О.А.</i> Профилактика коронавирусной инфекции COVID-19 при проведении спирометрии <i>Ushakova L.Yu., Kashtalyan O.A.</i> Prevention of Coronavirus Infection Covid-19 when Spirometry Conducting	53

Научные исследования Scientific Research

<i>Глинская Т.Н., Щавелева М.В., Давидовская Е.И., Богуш Л.С.</i> Диспансерные контингенты взрослого населения Республики Беларусь при болезнях органов дыхания <i>Glinskaya T.N., Schaveleva M.V., Davidovskaya E.I., Bogush L.S.</i> Dispensary Contingents of Adult Population of the Republic of Belarus with Respiratory System Diseases	56
<i>Кожанова И.Н.</i> Оценка медицинских технологий в нормативно-правовой системе здравоохранения Республики Беларусь <i>Kozhanova I.N.</i> Health Technology Assessment in Legal System of Healthcare of the Republic of Belarus	68
<i>Чуканов А.Н., Чередниченко Д.В.</i> Совершенствование организационных аспектов как инструмент повышения качества работы врача-диагноста <i>Chukanov A.N., Cherednichenko D.V.</i> Improvement of Organizational Aspects as an Instrument for Quality Improving of Diagnostician's Activity	74
<i>Мороз И.Н., Можейко В.Ч., Кончак В.В., Выскварко А.И.</i> Анализ работы медицинских работников организаций здравоохранения в период пандемии COVID-19 <i>Moroz I.N., Mozheiko V.Ch., Kanchak U.V., Vyskvarka A.I.</i> Analysis of Work of Medical Staff of Healthcare Institutions during COVID-19 Pandemic	81
<i>Линкевич А.А., Румянцева О.А., Суцевич В.В., Терехович Т.И., Калинина Т.В.</i> Критерии результативности как метод организационно-методического обеспечения управления качеством медицинской помощи в стационаре <i>Linkevich A.A., Rumyantseva O.A., Sushchevich V.V., Tserakhovich T.I., Kalinina T.V.</i> Performance Criteria as a Method of Organizational and Methodological Assurance of Medical Care Quality Management in Hospital	88

Юбилей
Jubilees

Василий Семёнович Глушанко (к 75-летию со дня рождения)	
Vasily Semyonovich Glushanko (to the 75 th birthday anniversary)	98

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 (июнь 2021 г. – август 2021 г.)	
Normative-Legal Regulation on Rendering Medical Care and Ensuring Sanitary-Epidemiologic Well-being of the Population (June 2021 – August 2021)	100

Проблемные статьи и обзоры

УДК 614.2:369.046.6.007.1]

ФОРМИРОВАНИЕ РЕЗЕРВА РУКОВОДЯЩИХ КАДРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ СТРАН. СООБЩЕНИЕ 2

И.В.Малахова, Т.В.Дудина, М.Г.Василевская, Д.Ю.Рузанов

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

В статье рассматриваются различные подходы к подготовке и назначению руководителей здравоохранения в некоторых странах, обсуждаются достижения, проблемы и особенности современных моделей формирования резерва руководящих кадров. Проанализированы нормативные правовые акты, регламентирующие формирование и подготовку резерва руководящих кадров в здравоохранении Беларуси, дана общая характеристика системы формирования резерва руководящих кадров в здравоохранении страны, изложены основные проблемы и направления ее совершенствования.

Ключевые слова: здравоохранение; резерв руководящих кадров; нормативные правовые акты; управленческие компетенции.

Как свидетельствует международный опыт, среди организационных решений по повышению эффективности деятельности организаций здравоохранения наиболее успешными являются действия в области управления кадрами [1]. В 1989 г. на 84-й сессии ВОЗ была отмечена важность планирования потребности, подготовки и использования руководящих медицинских кадров, что сделало это направление кадровой политики приоритетным во всем мире [2]. Тем не менее, и сегодня в здравоохранении многих стран признается кадровый кризис. Соответственно, с каждым годом растет потребность в подготовке руководителей организаций здравоохранения, владеющих современными управленческими технологиями и экономическим мышлением.

Управленческая деятельность – это специфическая категория, трудно поддающаяся оценке и прогнозу эффективности, поэтому и единого подхода, за исключением оценки итоговых результатов деятельности организации, не существует. И все же, общим для многих зарубежных стран в оценке эффективности кадровой работы с персоналом трех уровней управления в здравоохранении (высшего звена, профессиональной кадровой службы, руководителей организаций и подразделений) является обязательный учет удовлетворен-

ности действиями руководства рядовых врачей и пациентов.

Несмотря на то, что в большинстве стран мира подготовка руководителей для различных уровней систем здравоохранения основывается на общепринятых принципах, подробно описанных нами в сообщении 1, целесообразно выделить основные различия и особенности государственного регулирования, обеспечивающие наибольшую успешность кадровой политики [3].

Научный подход с внедрением новых управленческих методик при подготовке и расстановке руководящих кадров в здравоохранении раньше всего стал использоваться в **США** и ряде стран **Европы**, хотя проблемы эффективного подбора управленческих кадров и в этих странах до сих пор не решены.

Традиционно руководителями здравоохранения в США становятся врачи после многолетней клинической практики. И, несмотря на то, что прошло более 20 лет со времени введения медицинской специальности «управление здравоохранением», предусматривающей изучение основ менеджмента, финансового, микро- и макроэкономического анализа, теории принятия решений, стратегического планирования и др., целесообразность преимущественного использования в качестве ад-

министраторов клиник управленцев-медиков или менеджеров в области здравоохранения, не имеющих медицинского образования, не доказана [4].

Законом США о гражданской службе регулируется продвижение руководителей здравоохранения различных уровней путем отбора лучших кандидатов на конкурсных экзаменах и по результатам опроса пациентов на предмет удовлетворенности их работой [4]. Во исполнение этого закона, правительством разработаны две программы, привязанные к результатам оценки пациентами работы медперсонала клиник: «национальная госпитальная потребительская оценка медицинских работников» и «программа оценки медицинских учреждений». Результаты открыто публикуются на сайте www.hospitalcompare.hhs.gov в виде рейтинга медицинских учреждений, что открывает пациентам возможность их свободного выбора. В связи с этим, руководители частных и некоторых государственных медицинских учреждений, объединенных в холдинги и ассоциации, основной целью своей деятельности считают поддержание конкурентоспособности своих учреждений. Это, во многом, достигается за счет эффективного использования сотрудников клиник, в чем помогают крупные консалтинговые компании, специализирующиеся в сфере управления человеческими ресурсами, внедряя новейшие персональные технологии [4, 5].

Подготовка менеджеров без медицинского образования осуществляется также на факультете организации здравоохранения по пятилетней программе, утверждаемой Главным медицинским советом и включающей теоретическую подготовку с обязательной регулярной практикой и прохождением в специальных центрах компетентностной оценки руководителя. На основе таких оценок составляются индивидуальные планы развития и продвижения по должности всех претендентов на руководящие должности [6–8].

В департаменте здравоохранения **Великобритании** разработаны стандарты компетенций, навыков, необходимых для занятия руководящих должностей на каждом из уровней управления отраслью здравоохранения. Как в других странах, подготовка руководителей здравоохранения осуществляется поэтапно [9]. Несмотря на четкую систему, в стране ощущается нехватка специалистов с выраженными лидерскими компетенциями, поэтому спрос на управленцев в сфере общественного здоровья в стране превышает предложение [9–11].

В **Германии** до недавнего времени больницами руководили исключительно исполнительные

комитеты учреждений, состоящие из представителей врачей, медсестер и администраторов во главе с директором, имеющим медицинское образование [8]. В настоящее время работой клиники руководят только директора. Руководителем клиники может стать менеджер без медицинского образования, но с обязательным окончанием магистратуры и/или аспирантуры по специальности «Общественное здоровье». Эта специальность введена в девяти университетах страны [12]. Кроме того, в каждой клинике имеются руководители по управлению качеством медицинской помощи, на должность которых могут претендовать только лица, прошедшие специальную подготовку и соответствующие требованиям, строго контролируемым саморегулируемыми профессиональными ассоциациями.

Некоторые больницы ввели в действие обязательные стратегии развития кадровых ресурсов, которые поддерживают и контролируют непрерывное образование медицинских работников и менеджеров. При этом, выдвижение на руководящие должности является строго добровольным [12].

Во **Франции**, как и в Германии, система должностного роста руководителей муниципального, регионального и национального уровней здравоохранения включает обязательную управленческую подготовку и строго контролируемое продвижение по карьерной лестнице. Институт кадрового резерва не предусмотрен, хотя, по сути, конкурсный набор на государственную службу и процедура нескольких стажировок в новой должности воспроизводят элементы системы управления кадровым резервом [13].

В **Испании**, в соответствии с законодательством, создана «Национальная комиссия по развитию человеческих ресурсов», отвечающая за подготовку и контроль профессионального развития специалистов в области организации здравоохранения. Специальности «организация здравоохранения» в стране нет, поэтому менеджером (директором) организации здравоохранения может стать как медик, так и специалист из сферы экономики или юриспруденции [8].

В **Норвегии** и **Польше** занятие вакантных руководящих должностей в государственной системе здравоохранения, как и в других странах, носит конкурсный характер, обязательным условием которого является наличие документа о прохождении магистратуры по специальности «организация здравоохранения» [10, 11].

В противоположность такой традиции, в здравоохранении **Японии** действует система «пожизненного найма», предполагающая длительную

службу в одной организации вплоть до ухода на пенсию. Должность и размер жалования служащего в значительной степени зависят от непрерывного стажа. Такая система исключает межведомственную мобильность руководителя всех уровней управления здравоохранением (центрального, уровня префектуры и муниципального). В то же время, особенностью японской кадровой политики в здравоохранении являются частые перемещения внутри ведомства (раз в 2–3 года). Назначение на службу в органы управления здравоохранением производится на основе конкурсных экзаменов по принципу «открытых дверей» с сообщением времени и места их проведения в средствах массовой информации [10].

В перечисленных странах основными принципами подготовки руководящих кадров в здравоохранении являются планирование замен на ключевые руководящие посты, работа с претендентами и преемственность, которые направлены на стратегическое кадровое обеспечение организации. В основе успешности такой стратегии в большинстве стран лежит конкурсный подход с обязательной оценкой управленческих и профессиональных компетенций претендентов независимыми экспертами или специальными службами [14, 15].

В большинстве стран СНГ работа по подготовке резерва руководящих кадров здравоохранения – также одна из ключевых проблем отрасли. Большинство авторов [16–22] отмечает необходимость разработки новых и более успешных путей создания высокоэффективной государственной системы управления в здравоохранении, адаптирующейся к меняющимся условиям.

В последние годы в **Республике Казахстан** активно проводится работа по совершенствованию системы подготовки руководящих кадров. Например, для обеспечения высокого уровня профессиональных и управленческих навыков у руководителей здравоохранения предусматривается их ротация на системной основе по следующим схемам: межуровневая («центр – регион», «регион – центр»), межрегиональная («регион – регион»), межсекторальная («центр – центр»), что позволяет обеспечивать постоянный приток профессионалов в центральные государственные и местные органы управления [18].

Важнейший инструмент совершенствования кадровой политики в здравоохранении – внедрение института независимой оценки уровня квалификации медицинских кадров. В Казахстане на базе общественного объединения «Ассоциация медицинского образования и науки» планируется создание подобного независимого центра. Этот

центр будет организован с участием зарубежных экспертов и должен стать важным инструментом оценки качества подготовки медицинских кадров, в том числе и по специальности «организация здравоохранения».

Кроме того, по результатам масштабного проекта «Молодежный кадровый резерв» в стране создана открытая национальная база данных, содержащая список специалистов в области управления из различных отраслей, включая здравоохранение, мотивированных на карьерный рост и обладающих высоким уровнем профессиональных навыков и управленческих компетенций. В базу включены также выпускники вузов в возрасте до 29 лет с аналитическим складом ума и ярко выраженным лидерским потенциалом, ориентированные на дальнейшее обучение и карьеру [23]. Ожидается, что такая база данных, созданная на основе единой информационной системы управления ресурсами здравоохранения и гармонизированная с международными требованиями, станет координирующим ядром по сбору и анализу информации для планирования и прогноза потребности в руководителях здравоохранения для 16 регионов страны [24].

В **Украине** организационная работа с резервом кадров здравоохранения акцентируется на программно-целевом подходе при подготовке «нового поколения руководителей». Это касается управленцев регионального и национального уровней и регулируется Национальным агентством Украины по вопросам государственной службы [23, 25].

Большое количество публикаций посвящено формированию и работе с резервом руководящих медицинских кадров в **Российской Федерации**. В Указе Президента Российской Федерации от 07.05.2012 №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и Государственной программе развития российского здравоохранения, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 №1640, выделены важнейшие отраслевые кадровые проблемы: совершенствование методов управления, проблемы ресурсов, повышение уровня профессионализма руководителей и их ответственности. В 2017 г. утвержден профессиональный стандарт специалиста в области организации здравоохранения и общественного здоровья. Важно подчеркнуть, что при карьерном продвижении в обязательном порядке учитывается, прежде всего, рост образовательного уровня: переподготовка, получение социологических, психологических и экономических знаний, подтвер-

женных сертификатами, любое повышение квалификации, самообразование.

В настоящее время в российском здравоохранении работа с резервом строится на основании ряда документов, среди которых основными являются: приказ Минздрава Российской Федерации от 20.08.1998 №252 «О порядке формирования резерва на замещение должностей руководителей и работы с резервом», «Положение о порядке формирования резерва на замещение должностей руководителей и работы с резервом», концепция кадровой политики в здравоохранении и план мероприятий по ее реализации (приказ Минздрава РФ от 03.07.2002 №210), приказ Минздравсоцразвития РФ от 08.08.2005 №775-лс «О комиссии по вопросам прохождения государственной гражданской службы», приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.11.2006 №793 «О должностных регламентах федеральных государственных служащих, замещающих должности федеральной государственной гражданской службы в Минздравсоцразвития», приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.11.2006 №798 «Об утверждении квалификационных требований к профессиональным знаниям и навыкам, необходимым для исполнения должностных обязанностей по должностям федеральной государственной гражданской службы в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» и др.).

Этими документами предусмотрено ежегодное обновление списка резерва и определены основные требования к лицам, зачисляемым в резерв [3]. Это практически те же требования, что и в других странах, основными из которых являются:

- профессиональная подготовка;
- организаторские способности;
- требовательность к себе и подчиненным;
- авторитет и умение работать с коллективом;
- инициативность и оперативность в работе.

Считается, что выполнение этих требований позволяет в плановом порядке организовывать эффективную стажировку специалистов по различным направлениям деятельности, то есть готовить кандидатов на вновь создаваемые или подлежащие замещению вакантные руководящие должности на всех уровнях управления системой здравоохранения. Тем не менее, российские специалисты отмечают наличие на практике проблем и недостатков и, прежде всего, доминирование тенденции выдвижения на руководящие должности профильных специалистов, не всегда владеющих системным аналитическим мышле-

нием, организаторскими способностями (управленческими компетенциями) [17, 19, 20, 22, 26–28]. Поэтому, по-прежнему, остро стоит проблема отбора и подготовки кандидатов на руководящие должности, особенно на ранних этапах карьеры, осуществляемых в соответствии с инновационными управленческими технологиями [26].

В последние годы во многих странах внедряется система **управления талантами** [28, 30, 31, 33, 34]. Существует множество названий для формируемых групп перспективных руководителей (high-potentials, high-flyers, fast-track employees и т.д.) [28]. В русскоязычной литературе утвердился термин «hi-po». После выделения группы успешных резервистов, работа смещается к отдельным из них, как наиболее талантливым (talent management). Именно такая система управления талантами становится основой стратегии совершенствования кадровой политики. Это длительная работа, требующая высоких инвестиционных вложений, которая наиболее успешно развивается в США и ряде стран ЕС [14, 15].

В России с 2006 г. действует всероссийская стипендиальная программа «TAKEDA – Золотые кадры медицины». Этот масштабный долгосрочный социальный проект, направленный на поддержку талантливых студентов, охватывает 24 ведущих медицинских вуза. Основная цель – поощрение одаренных студентов, ординаторов, аспирантов и интернов, предоставление им дополнительных возможностей для становления в профессии и подготовки к руководящей работе [32]. Поддержка оказывается всем талантливым студентам, а не только будущим управленцам. Однако, эта программа является инициативой частной компании и направлена на поддержание ее имиджа, поэтому не может удовлетворять потребности в управленческих кадрах всех уровней отрасли здравоохранения.

Таким образом, как следует из анализа литературных источников и нормативных документов, регламентирующих вопросы подготовки руководящих кадров в здравоохранении, именно формирование резерва и его контролируемое развитие позволяют эффективно готовить специалистов-управленцев различных уровней системы здравоохранения.

Основные недостатки современных моделей формирования резерва управленческих кадров в здравоохранении стран на постсоветском пространстве и пути их улучшения. Анализ литературы по формированию и работе с резервом управленческих кадров в большинстве

стран постсоветского пространства позволяет выделить общие недостатки. Это, прежде всего:

мало- или неэффективное планирование и ротация кадров;

формализм и непрозрачность при зачислении в резерв;

неактуальное информирование работников;

недостатки программ подготовки и переподготовки кадров;

низкая востребованность резервистов, имеющая место в большинстве стран, снижающая мотивацию зачисления в резерв и тормозящая карьерный рост резервистов.

Несмотря на прописанный в нормативных правовых актах практически во всех постсоветских странах алгоритм формирования резерва руководящих кадров, основным недостатком действующих систем является наличие скорее «бумажного» (формальные списки кандидатов), нежели действенного резерва, поэтому, чаще всего, на вакантные места приглашаются работники со стороны, что может иметь и негативные последствия.

Кроме того, как следует из анализа доступных литературных источников, к недостаткам существующих систем формирования резерва также относят:

многообразие ключевых резервируемых должностей и, соответственно, необходимость разработки множества специфических наборов необходимых компетенций и методик их оценки;

закрытость требований, критериев оценки, а, в ряде случаев, и их необоснованное отсутствие, существующие на фоне внешней декларации;

наличие зачастую не коррелирующих между собой правил, технологий, способов привлечения, отбора и оценки кандидатов;

разобщенность подбора и подготовки резервистов, затрудняющая определение направлений и целевых показателей их развития;

отсутствие единого отраслевого аналитического центра управления, планирования, подготовки и оценки соответствия претендентов предъявляемым требованиям к руководящим кадрам в здравоохранении;

формальная работа с резервом на местах, практически прекращающаяся после зачисления кандидата в резерв;

невостребованность зачисленных в резерв кандидатов, снижающая мотивацию к дальнейшему совершенствованию личностных, профессиональных и лидерских качеств;

доминирование тенденции выдвижения на руководящие должности узкопрофильных специалистов, не всегда в полной мере владеющих сис-

темным аналитическим и стратегическим мышлением и организаторскими способностями;

слабая подготовка или ее полное отсутствие по специальности «общественное здравоохранение» [2, 7, 22, 30].

Важность последнего тезиса подтверждается многими публикациями. По различным оценкам специалистов, в общей структуре качеств, профильные знания и навыки, необходимые для эффективного управления, значимы не более чем на 15–20% [33].

Таким образом, к общепризнанным во многих странах мира современным проблемам подготовки управленческих кадров в здравоохранении, по-прежнему, относят необходимость совершенствования технологии формирования резерва руководящих кадров. Соответственно, очевидна необходимость пересмотра ряда вопросов, особенно уточнения критериев отбора и зачисления в резерв на различные уровни системы здравоохранения с соответствующими пакетами требований (компетенций) и формирования четкой системы оценки готовности резерва (качественной и количественной) с подготовкой соответствующих нормативных документов.

Формирование резерва руководящих кадров в здравоохранении Республики Беларусь.

В Беларуси формирование корпуса руководителей здравоохранения определяется нормативно-правовой базой и осуществляется в соответствии с «Положением об организации работы с руководящими кадрами в системе государственных органов и иных государственных организаций», утвержденным Указом Президента Республики Беларусь от 26 июля 2004 г. №354, в котором определены порядок организации и основные направления работы с руководящими кадрами и оценки эффективности их деятельности.

Необходимость формирования руководителей здравоохранения нового типа сегодня осознается на всех уровнях управления отраслью, что определяется соответствующими нормативными правовыми актами. В частности, Указ Президента Республики Беларусь от 16.09.2019 г. №343 «О деятельности Академии управления при Президенте Республики Беларусь» ориентирует специалистов на необходимость совершенствования повышения квалификации кадров в сфере управления и проведения научных исследований и разработок по улучшению оценки перспективности кадрового резерва и его мониторинга.

В табл. 1 представлены основные нормативные правовые акты (НПА), регламентирующие формирование резерва руководящих кадров, отбор и расстановку специалистов-управленцев,

Основные нормативные правовые акты, регламентирующие вопросы формирования и развития резерва руководящих кадров в здравоохранении Республики Беларусь

№ п/п	Вид документа	Дата принятия	Номер	Название нормативного акта
1.	Закон Республики Беларусь	14 июня 2003 г.	№204-3	«О государственной службе в Республике Беларусь»
2.	Указ Президента Республики Беларусь	18 июля 2001 г.	№399	«Об утверждении Концепции государственной кадровой политики»
3.	Указ Президента Республики Беларусь	8 ноября 2001 г.	№644	«Об утверждении кадрового реестра Главы государства Республики Беларусь»
4.	Указ Президента Республики Беларусь	26 июля 2004 г.	№354	«О работе с руководящими кадрами в системе государственных органов и иных государственных организаций»
5.	Указ Президента Республики Беларусь	26 апреля 2010 г.	№199	«О некоторых вопросах формирования, ведения и использования банков данных одаренной и талантливой молодежи»
6.	Указ Президента Республики Беларусь	17 марта 2005 г.	№139	«Об утверждении Положения о квалификационном экзамене для лиц, впервые поступающих на государственную службу»
7.	Указ Президента Республики Беларусь	16 сентября 2019 г.	№343	«О деятельности Академии управления при Президенте Республики Беларусь»
8.	Постановление Совета Министров Республики Беларусь	26 июля 2004 г.	№354	«О некоторых мерах по реализации указа президента Республики Беларусь от 26 июля 2004 г. №354»
9.	Постановление Совета Министров Республики Беларусь	20 октября 2011 г.	№1403	«О внесении изменений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 20 октября 2004 г. №1304 и признании утратившим силу постановления Совета Министров Республики Беларусь от 22 января 2010 г. №68»
10.	Постановление Совета Министров Республики Беларусь	25 октября 2005 г.	№1177	«О внесении изменений и дополнений в положение о непрерывном профессиональном обучении руководящих работников и специалистов»
11.	Постановление Совета Министров Республики Беларусь	20 октября 2004 г.	№1304	«О некоторых мерах по реализации указа президента Республики Беларусь от 26 июля 2004 г. №354»
12.	Приказ комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета	4 декабря 2012 г.	№731	«О работе с резервом руководящих кадров»
13.	Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь	13 сентября 2004 г.	№101	«Об утверждении инструкции о стажировке руководящих кадров государственных органов и иных государственных организациях»
14.	Постановление Минтруда Республики Беларусь	18 декабря 1997 г.	№118	Типовое положение о кадровой службе предприятия (организации)

№ п/п	Вид документа	Дата принятия	Номер	Название нормативного акта
15.	Письмо Министерства здравоохранения Республики Беларусь	9 марта 2017 г.	№8-30/106	«О предоставлении информации о перспективном кадровом резерве»
16.	Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь	6 ноября 2018 г.	№1143	«О кадровом реестре Министерства здравоохранения Республики Беларусь»
17.	Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь	16 ноября 2018 г.	№1191	«Об утверждении концепции создания и развития республиканской системы «Центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников»

создание непрерывной системы подготовки, повышения квалификации и переподготовки, а также направления совершенствования системы управления кадровым потенциалом учреждений здравоохранения.

Несмотря на проработанность нормативно-правовой базы, сегодня очевидна необходимость совершенствования многих аспектов формирования резерва руководящих кадров для каждого уровня системы здравоохранения (планирования, оценки, подготовки и др.) в соответствии с растущими требованиями, выдвигаемыми инновационным развитием отрасли.

Очевидно, что многие проблемы здравоохранения современной Беларуси остаются прежними, и они схожи с другими странами. Это и нехватка специалистов в результате недостаточных инвестиций в их обучение, недостаточная подготовка кадров, вопросы заработной платы, условий труда, проблема дисбаланса профессиональной структуры кадров (соотношение медицинская сестра/врач-специалист и др.), которые необходимо решать каждому руководителю. Вместе с этим, имеет место и нехватка руководителей, владеющих новыми управленческими технологиями, способных эффективно решать возникающие вопросы. Кроме того, развитие медицинской науки и внедрение в практику инновационных технологий выдвигают новые задачи перед руководителями различных уровней системы здравоохранения.

Соответственно, формирование кадрового резерва руководящих работников – многоплановая работа, состоящая из разработки специальных критериев и компетенций для каждого уровня руководителей, совершенствования технологии отбора наиболее достойных работников, ежегодной оценки их деятельности, пересмотра и пополнения резерва, составления прогноза и плана пред-

полагаемых изменений в составе на основе изучения деловых и личностных качеств резервистов, организации их подготовки и повышения квалификации. Каждый из этапов этой работы требует анализа и разработки механизмов улучшения.

В большинстве стран постсоветского пространства, в том числе и в Беларуси, отсутствуют комплексные методологические разработки технологий отбора, подготовки и выдвижения в резерв руководящих кадров в учреждениях здравоохранения и объективной оценки состояния и эффективности работы с резервом руководящих кадров здравоохранения. Вопрос о включении кандидата в резерв определяет, как правило, конкурсная комиссия, руководствующаяся общепризнанными критериями, изложенными в соответствующих, в том числе, локальных актах, и чаще основывается исключительно на полноте предоставления требуемых документов.

К основным критериям, предъявляемым к будущему руководящему работнику, относят результаты практической деятельности на занимаемой должности; деловые и личностные качества кандидата, его способности к предстоящей работе, потенциальные возможности; результаты тестирования и последней аттестации; отзывы лиц, непосредственно работающих с кандидатом, а также возраст кандидата и состояние его здоровья.

В то же время, особенности управления работой в учреждениях здравоохранения обусловлены спецификой, характером и содержанием труда, а также особенностями труда всего медицинского персонала. Естественно, это повышает требования к управленческим и профессиональным компетенциям руководителя, в частности, требует динамичности мышления, умения анализировать текущие проблемы отрасли и организации, средств и условий труда, оценивать соотношение

затрат и результатов и принимать ответственные решения и т.д.

Сегодня становятся особенно необходимыми знания по формированию современного рынка медицинских услуг, достижениям медицинской науки и техники, пониманию направления реформирования отрасли. Это – переход к амбулаторной помощи, требующий повышения и изменения профессиональных знаний у персонала, усложнение и интенсификация медицинского труда, изменение функций врача и среднего медицинского персонала, ориентация результата на экономические показатели, расширение спектра выполняемых функций, коммерциализация медицинских услуг, умение профессионально оценивать несовершенство регламентов и т.д. Все это повышает требования к руководству медицинских научных и лечебных учреждений.

Следует отметить, что в стране создана система дополнительного последиplomного образования медицинских кадров, включающая переподготовку, повышение квалификации и стажировку в медицинских университетах, БелМАПО, ведущих РНПЦ и на рабочих местах, в том числе, по специальности «организация здравоохранения». В то же время, подготовка руководителей не носит системного характера, гарантирующего своевременное занятие руководящих должностей хорошо подготовленными кандидатами.

Кроме того, работа с резервом включает не только целенаправленную подготовку лиц для занятия конкретных вакантных должностей, но и отбор, воспитание и подготовку талантливой молодежи. Дальнейшая работа по совершенствованию системы оценки, алгоритма подготовки резерва руководящих кадров видится в выявлении талантливой молодежи – «перспективного кадрового резерва», куда включаются лучшие студенты-выпускники медицинских вузов в возрасте до 31 года, имеющие лидерские и организаторские качества, способные к управленческой деятельности, а также совершенствовании сопровождения подготовки резервистов (мониторинг, оценка эффективности подготовки, продвижение и повышение мотивации).

При этом, к наиболее сложным проблемам управления персоналом, по-прежнему, относят оценку и определение результатов и качества труда.

К недостаткам современной системы формирования резерва руководящих работников здравоохранения Республики Беларусь, как и в других странах постсоветского пространства, можно отнести отсутствие единых подходов, субъек-

тивизм и формализм, нежелание медицинских работников входить в кадровый резерв, зачастую используемый на практике подбор руководящих кадров «в обход», несмотря на наличие достойных специалистов в резерве организации. Эти недостатки кадровой работы требуют подробного анализа с применением комплекса методов (аналитического, социологического, методов математической статистики, экспертных оценок и др.) и разработки предложений по ее совершенствованию.

Очевидно, что назрела потребность перевода работы по формированию и подготовке резерва управленческих кадров в здравоохранении страны на качественно новый уровень, в том числе, с использованием ряда современных методов, хорошо себя зарекомендовавших в других странах, например, методов экспертных оценок и компетентностных подходов к оценке претендентов на руководящую должность.

С целью изучения состояния действующей системы подготовки резерва руководящих кадров в базовых организациях здравоохранения Республики Беларусь, оценки эффективности его формирования и развития, нами проведено социологическое исследование.

Исследование построено на использовании доступных источников информации, в число которых вошли: нормативные правовые документы, регламентирующие порядок назначения и подготовки руководящих кадров, публикации по организации работы с резервом руководящих кадров, а также результаты анкетирования резервистов научно-практических организаций системы здравоохранения и учреждений образования медицинского профиля.

Работа предусматривала сбор и анализ информации от специалистов, включенных в резерв, с использованием ряда методов – аналитического, социологического, экспертных оценок и математической статистики, а также оценку эффективности работы с резервом и разработку предложений по совершенствованию экспертной оценки кандидатов в резерв с использованием компетентностного подхода.

Мы изучили кадровый состав, оценили компетентностную характеристику резервистов с точки зрения экспертов и самоанализа в некоторых организациях здравоохранения страны.

Всего в анкетировании участвовали 500 резервистов из 25 организаций. Это были 5 учреждений, реализующих программы высшего медицинского (фармацевтического) образования (4 медицинских университета – Белорусский, Ви-

тебский, Гомельский, Гродненский) и программы дополнительного образования взрослых (Белорусская академия последипломного образования); 14 республиканских научно-практических центров; Республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр гигиены»; государственное предприятие «НПЦ ЛОТИОС» и государственное учреждение «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»; РУП «Белмедпрепараты» (БМП); УЗ «Национальная антидопинговая лаборатория» (НацАЛ) и ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов» (БЗМП).

Общая характеристика состава резерва руководящих кадров включала следующую информацию: ФИО, возраст, пол, образование, специальность, место работы, должность, стаж работы в системе здравоохранения и срок нахождения в резерве, квалификационная категория, информация о повышении квалификации (наличие дополнительного образования по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», курсы повышения квалификации, повышение квалификации на рабочем месте, участие в форумах с получением сертификата специалиста и др.), наличие ученой степени/звания, участие в руководстве (выполнении) НИОК(Т)Р, клинических исследований, участие в международных и республиканских научно-практических форумах, конференциях, публикации в научных изданиях за последние три года (2018–2020 гг.), степень владения иностранными языками и информационными технологиями.

В табл. 2 представлена информация о составе, уровне подготовленности всех резервистов, участвующих в опросе, продвижении их по должности за период нахождения в резерве, а также показатели их результативности.

Возрастно-половая структура резервистов отражает преимущественное нахождение в резерве женщин, причем в возрасте 40–59 лет.

Например, по учреждениям образования медицинского профиля (УО) из 209 резервистов 37,8% – мужчины, 62,2% – женщины. Средний возраст резервиста – 49,5 лет. 28,7% – в возрасте до 39 лет, 69,8% – в возрасте 40–59 лет. Старше 60 лет – 2,7% из общего числа резервистов.

Стаж работы в системе здравоохранения у большинства резервистов составляет 20 лет и выше – в сумме 78,5% по УО и 74,03% – по группе РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ. Стаж работы до 10 лет имели 20,1% резервистов УО и 14,5% работников РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ, у 1,4% резер-

вистов УО и 0,85% РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ стаж работы был до года.

Руководители подразделений и структур УО включаются в резерв руководящих кадров в 19,1% случаев, а в группе организаций здравоохранения (РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ) – в 30,63%. Понятно, что в УО в 77,4% случаев – это преподаватели, а в РНПЦ – практические врачи (50,65%).

На включение в резерв руководящих кадров влияет наличие ученой степени и ученого звания, особенно в УО. Преимущественно, это кандидаты наук (67,5%). В группе организаций здравоохранения (РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ) 24,26% респондентов имели ученую степень и 5,96% – ученое звание. В резерв руководящих кадров входили и доктора наук – 6,77% в УО и 2,98% – в группе РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ.

Важный показатель работы резерва – срок нахождения в нем. До 5 лет стаж нахождения в резерве в УО имели 79,9% респондентов, а в группе исследованных организаций здравоохранения – 63,8%. Свыше 10 лет в УО в резерве находятся 2,4% человек, а в группе РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ – 9,36%. Продвижение по должности за время нахождения в резерве в УО отметили 25,4% респондентов, в группе РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ – только 11,9%, из чего следует, что резервисты, в своем большинстве, не отмечают заметного продвижения по службе.

Знание иностранного языка отметили свыше 90% работников УО и 87% – группы РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ. Преимущественно, это знание одного или двух иностранных языков, а в единичных случаях – 3 и более.

Участвовали в выполнении НИОК(Т)Р, в том числе, в клинических исследованиях 64,11% респондентов в УО и 47,23% – в группе РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ. При этом, 88,5% резервистов из УО имеют научные публикации, а в группе РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ – это чуть больше половины резервистов (54,89%).

Активное участие в международных и республиканских конференциях, форумах принимали 85,6% резервистов – работников УО и 73,6% работников группы РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ.

Важно подчеркнуть, что среди опрошенных преобладали профильные специалисты. Лица, получившие образование по специальности «организация здравоохранения» (в БелМАПО и др.), включая курсы повышения квалификации, составляли около 40%.

Таким образом, отмечен высокий профессиональный и интеллектуальный уровень резервистов,

**Общая характеристика состава резерва руководящих кадров
в учреждениях образования и некоторых организациях здравоохранения Беларуси**

Учреждения образования (УО) (209 респондентов)	Республиканские научно-практические центры, научно-практические центры и фармацевтические производства (РНПЦ, БМП, БЗМП, НацАЛ) (261 респондент)
Возрастно-половая структура респондентов	
37,8% – мужчины 62,2% – женщины	32,3% – мужчины 67,7% – женщины
Средний возраст резервиста	
49,5 лет	47,8 лет
28,7% – в возрасте до 39 лет 69,8% – в возрасте 40-59 лет 2,7% – старше 60 лет	34,9% 64,7% 0,4%
Стаж работы в организациях системы здравоохранения	
20,1% – до 10 лет 37,8% – до 20 лет 40,7% – свыше 20 лет 1,4% – отсутствует (до 1 года)	14,5% – до 10 лет 34,47% – до 20 лет 39,56% – свыше 20 лет 0,85% – отсутствует (до 1 года)
Должность	
Руководители подразделений (структур) – 19,1%	30,63%
Все преподаватели – 77,4%, в том числе: преподаватель – 23,9% на должности доцента – 49,7% профессора – 3,8% иное – 3,3%	врач – 50,64% научный работник – 11,06% иное – 6,38%
Ученая степень	
Доктор наук – 6,77% Кандидат наук – 67,5% Без степени – 25,8%	2,98% 21,28% 75,74%
Ученое звание	
Профессор – 1,9% Доцент – 50,71% Без звания – 47,3%	– 5,96% 94,04%
Срок нахождения в резерве	
до 5 лет – 79,9% 6–10 лет – 10,0% свыше 10 лет – 2,39% нет ответа – 7,6%	63,8% 17,02% 9,36% 9,78%
Продвижение по должности за время нахождения в резерве	
«да» – 25,4% «нет» – 74,6%	11,9% 88,08%
Владение иностранными языками	
знание иностранных языков – свыше 90% владение одним языком – 71,77% владение двумя и более языками – 22,0% в единичных случаях – 4–5 языков не владеют – 6,2%	87% 65,96% 21,28% – 12,76%
Участие в научной работе (НИОК(Т)Р)	
«участвуют» – 64,11% «не участвуют» – 35,8%	47,23% 57,02%
Участие в международных и республиканских конференциях, форумах и т.д.	
«активно и постоянно участвуют» – 85,6% «не участвуют» – 14,35%	73,61% 26,38%
Имеют научные публикации	
«имеют» – 88,5% «нет публикаций» – 11,5%	54,89% 45,01%

постоянно повышающих свою квалификацию как профессиональную, так и управленческую, в том числе, по специальности «общественное здравоохранение». Многие резервисты участвуют в научной работе, принимают активное участие в научных медицинских форумах и конференциях, имеют научные и научно-практические публикации. Тем не менее, большинство респондентов отмечают отсутствие карьерного роста даже за длительный период нахождения в резерве руководящих кадров.

Для проведения социологического опроса по оценке основных управленческих компетенций респондентов была разработана «Анкета экспертной балльной оценки и самооценки кандидата на руководящую должность, включенного в резерв управленческих кадров в организациях здравоохранения Республики Беларусь», в которой определены основные 4 группы (кластера) управленческих компетенций и критерии, их отражающие (табл. 3).

В соответствии с предложенной нами анкетой по 5-балльной системе экспертами и самими респондентами оценивался уровень наличия (или недостаточности) этих основных групп управленческих компетенций.

Кроме этого, каждый резервист оценивал удовлетворенность своей подготовкой за период

нахождения в резерве и определял необходимость дополнительного обучения для достижения важнейших компетенций руководителя.

Следует отметить, что 67,6% резервистов были удовлетворены своей подготовкой, 4,4% – не удовлетворены, 28% – затруднились с ответом, а вот необходимость дополнительного обучения для достижения необходимых компетенций отметили 25% опрошиваемых, 32,8% посчитали, что в этом нет необходимости, а 42,2% респондентов не дали ответа.

Такие результаты свидетельствуют не только об удовлетворенности подготовкой за период нахождения в резерве, но могут быть связаны с открытым характером опроса, то есть, оценка степени выраженности компетенций экспертами проводилась, как правило, действующими руководителями резервистов и уже после выставления оценок самими резервистами.

На рисунке в качестве примера сравнения ответственности экспертной оценки и самооценки выделен кластер управленческих компетенций 1 «Уровень управленческой квалификации (профессиональные компетенции)» по 4-м критериям («стратегическое мышление, концептуальное видение вопросов», «инициативность», «смелость в принятии решений, предприимчивость» и «понимание экономических и финансовых сторон ра-

Таблица 3

Кластеры (группы) управленческих компетенций и критерии, их отражающие, использованные при экспертной оценке и самооценке резервистами в учреждениях образования и некоторых организациях здравоохранения Беларуси

Критерии	Содержание критерия
Кластер 1. Уровень управленческой квалификации (профессиональные компетенции)	
<i>Стратегическое мышление, концептуальное видение вопросов</i>	Хорошо знает структуру системы здравоохранения, понимает потребности отрасли, направления ее развития
	Отлично знает работу организации и подразделений
	Знание законодательства
<i>Инициативность</i>	Проявляет решительность, инициирует действия, ставит новые задачи, определяет их решение, не дожидаясь указаний свыше
	Умеет отстаивать свою точку зрения и самостоятельно решать важные вопросы
	Готов брать на себя ответственность, в том числе, за непопулярные или ошибочные решения
<i>Смелость в принятии решений, предприимчивость</i>	В процессе работы демонстрирует предпринимательский дух, ищет новые возможности для развития организации, поощряет инновации, направленные на улучшение технологий диагностики и лечения, стремится сломать стереотипное мышление, ищет новые пути и подходы к улучшению работы организации
<i>Понимание экономических и финансовых сторон работы организации</i>	Понимает экономическую сторону работы, ищет возможность получения дополнительного финансирования для расширения деятельности и/или коммерциализации результатов и расширения медицинских услуг

Критерии	Содержание критерия
Кластер 2. Развитие персонала	
<i>Управление знаниями</i>	Понимает и может объяснить сотрудникам необходимость развития ключевых знаний и навыков в краткосрочной и долгосрочной перспективе Объективно оценивает (знания и навыки) подчиненных
<i>Управление персоналом</i>	Поддерживает непрерывное профессиональное развитие и образование сотрудников всеми возможными способами, поощряет передачу знаний и навыков между сотрудниками на рабочем месте (наставничество) и создает для этого условия
<i>Делегирование полномочий</i>	Поощряет личную инициативу, способен делегировать полномочия, поощряет сотрудников брать на себя ответственность, самостоятельно принимать решения Придает сотрудникам уверенность в своих силах, поддерживает
<i>Обратная связь</i>	Доступен в обсуждении с сотрудниками рабочих вопросов, включая достижения и неудачи, вопросы профессионального роста и повышения квалификации Поощряет сотрудников за выдающиеся результаты
Кластер 3. Построение эффективных отношений в коллективе	
<i>Построение отношений в коллективе</i>	Общается в открытой, дружелюбной, демократичной манере, проявляет искренний интерес к окружающим Умело устанавливает и поддерживает конструктивные отношения в организации и вне ее
<i>Надежность</i>	Не дает напрасных обещаний, держит слово Поведением способствует атмосфере взаимного доверия и открытости В работе всегда соблюдает этические принципы
<i>Формирование команды</i>	Способствует укреплению командного духа, сплачивает членов команды, грамотно разделяет функции членов коллектива Эффективно использует командный подход к решению задач, формирует, мотивирует и умело управляет рабочими группами
<i>Коммуникация</i>	Своевременно делится необходимой информацией с коллегами Ясно и четко излагает свои мысли и задачи, адаптирует информацию к аудитории Умеет активно слушать и понимать окружающих, интересуется мнением других и прислушивается к нему
<i>Влияние на персонал</i>	Умеет убеждать других и отстаивать свою точку зрения, проявляет способность увлечь коллег своими идеями и повлиять на принятие решений руководством Умело ведет переговоры и достигает результатов
Кластер 4. Организационная эффективность	
<i>Управление проектами, заданиями</i>	Детализирует стратегические задачи и инициативы в конкретные планы работы Организует работу, обеспечивает ресурсами, контролирует ее выполнение, делает все для повышения ее эффективности Для принятия решений использует статистически достоверную информацию
<i>Управление переменами</i>	Определяет необходимость изменений в работе и эффективно их проводит, преодолевает сопротивление к переменам, создает у сотрудников позитивное отношение к ним и вовлекает в процесс
<i>Ориентированность на результат</i>	Стремится к получению результата, играет ведущую роль в осуществлении проектов и инициатив, реализации конкретных целей Проявляет настойчивость в преодолении препятствий, адаптирует тактику к меняющейся обстановке Формулирует четкие ожидания от работы у сотрудников
<i>Эффективность (организаторская)</i>	Умеет эффективно распоряжаться своим и чужим временем, правильно расставляет приоритеты Знает свои организационные сильные и слабые стороны, проявляет способность принимать решения в непростых условиях с учетом мнения подчиненных и руководства
<i>Удовлетворенность подготовкой во время нахождения в резерве</i>	
<i>Необходимость дополнительного обучения для достижения отмеченных компетенций</i>	

боты организации»). Рассчитывалось отношение суммы ответов с оценкой «4» и «5» баллов к общему количеству ответов по каждой конкретной компетенции (в процентах).

В целом, мнения экспертов и респондентов по большинству показателей были близки. При экспертной оценке данной группы критериев доля ответов с балльной оценкой «4» была преобладающей. В целом по всем остальным группам компетенций более высокая величина суммы оценок («4» + «5») выставлялась экспертами.

Наивысшую оценку в «5» баллов эксперты выставили в 58,8% случаев по показателю «знание структуры здравоохранения, потребности отрасли и ее развития», и в 55,6% случаев эксперты выделили такую компетенцию, как «инициативность». Близкие величины получены и при самооценке этих компетенций респондентами. Практически половина из них оценивала свои управленческие компетенции на «4» и «5» баллов, в среднем в 43,4 и 45,0% случаев соответственно.

В то же время, следует отметить, что самые высокие показатели самооценки приходились на два важнейших для руководителя критерия – «стратегическое мышление» и «инициативность».

Низкая оценка экспертами (сумма «3», «2» и «1») выставлялась в 6,6% ответов, а при самооценке респондентами – в 10,2% случаев.

Что касается анализа оценок результатов опроса по другим важным для руководящего работника кластерам (табл. 3: «развитие персонала», «построение эффективных отношений в коллективе», «организационная эффективность»), большинство респондентов выставляют себе наивысшие баллы, близкие к результатам экспертной оценки. Особенно выделяют респонденты свои коммуникационные компетенции, надежность, умение делегировать полномочия, формирование команды и высокое влияние на персонал.

Несмотря на преимущественно высокие балльные оценки управленческих компетенций, выставленные как экспертами, так и самими респондентами, результаты социологического опроса выявили наличие проблем по многим направлениям кадровой работы – от подбора, подготовки, обеспечения карьерного и профессионального роста до формирования резерва руководящих кадров, работы с ним и назначения на должность.

По-видимому, одним из главных недостатков формирования эффективного кадрового резерва следует считать формализм, приводящий к тому,

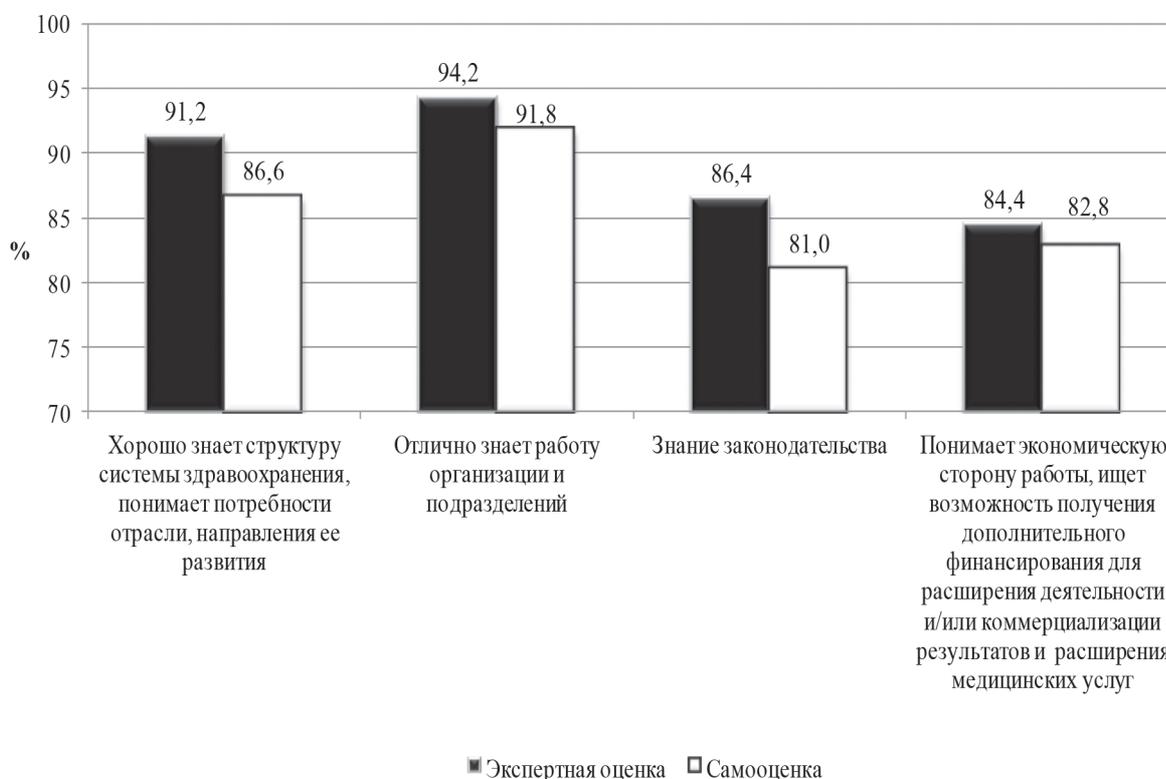


Рис. Экспертная оценка (Э) и самооценка (С) управленческих компетенций по кластеру 1 «Уровень управленческой квалификации (профессиональные компетенции)» (процент суммы высоких баллов («4» + «5») по отношению ко всем ответам)

что значительное количество руководящих должностей вовремя не замещаются, либо замещаются работниками, не всегда прошедшими специальную подготовку. Эта тенденция заметна и в ответах респондентов.

Утрата надежд на занятие в возрасте до 40 лет более высокой должности в перспективе снижает мотивацию к развитию у этой категории работников.

Несмотря на то, что удовлетворенность своей подготовкой за период нахождения в резерве отметили большинство респондентов (67,6%), многие резервисты отмечают недостаточность управленческих знаний и навыков, 25% уверены в необходимости ее совершенствования.

При этом, для резервистов РНПЦ характерен невысокий уровень организации мероприятий по повышению уровня квалификации (до 20% ответов). Достаточным последний пройденный курс повышения квалификации посчитали 32,8% резервистов.

Резервистами отмечена недостаточность собственных компетенций, касающихся основной и финансовой деятельности системы здравоохранения, включая знание законодательства, методов социально-психологического общения, техники публичных выступлений, ведения деловых переговоров и улаживания конфликтов.

Кроме того, около 40% составили лица, назначение для которых не было ожидаемым, то есть далеко не всегда соблюдался принцип добровольности назначения в резерв.

Как следует из полученных результатов, действующая система формирования резерва руководящих кадров в здравоохранении требует значительного совершенствования. К основным недостаткам работы с кадровым резервом можно отнести ее формальность и несистемность, хотя именно системность работы с резервом гарантирует своевременное занятие руководящих должностей строго отобранными и хорошо подготовленными кандидатами.

В связи с этим, к актуальным задачам кадровой политики в здравоохранении сегодня относится совершенствование методологического подхода к формированию резерва руководящих кадров, включая разработку:

единой системы (критериев, алгоритма) оценки кандидатов в резерв управленческих кадров организации здравоохранения по совокупности индикаторов, влияющих на конечный результат. Это касается как общепринятых формальных критериев (возраст, образование, специальность, опыт работы в базовой должности, результат профес-

сиональной деятельности, стремление к самосовершенствованию, развитию карьеры), так и групп личностных компетенций (организаторские, деловые, профессиональные и др.), позволяющих оценить индекс перспективности кандидата;

методики оценки компетенций и квалификации кандидатов в резерв, принципов и стандартов соответствия требованиям и квалификационным уровням, дифференцируемым по сложности труда (социальные, инструментальные, общепрофессиональные, управленческие и специальные профессиональные компетенции);

информационного ресурса и программного комплекса для формирования аналитической системы мониторинга состояния, динамики и прогноза развития кадрового потенциала организации здравоохранения и резерва руководящих кадров различных уровней управления отраслью здравоохранения.

Таким образом, сегодня работа по формированию резерва руководящих кадров системы здравоохранения требует развития научного подхода, четкой количественной оценки и анализа эффективности различных видов резерва (потенциального, предварительного и окончательного), анализа недостатков от неэффективного планирования и непрозрачности при зачислении в резерв, неактуального информирования работников, несовершенства программ подготовки и переподготовки кадров и их контроля, то есть, разработки современной модели принятия решений, учитывающей эти проблемы.

Литература

1. WHO. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage // The World Health Report. – Geneva, World Health Organization, 2010. – P.1–3.
2. Вахитов, Ш.М. Подготовка и использование управленческих кадров в здравоохранении как актуальная проблема / Ш.М.Вахитов, М.В.Блохина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – №5. – С.46–48.
3. Малахова, И.В. Формирование резерва руководящих кадров в здравоохранении различных стран (обзор литературы). Сообщение 1 / И.В.Малахова, Т.В.Дудина, М.Г.Василевская, Д.Ю.Рузанов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2021. – №1 (106). – С.28–42.
4. Вартамян, Ф.Е. Последипломное медицинское образование в США / Ф.Е.Вартамян // Здравоохранение. – 2004. – №5. – С.81–87.
5. Brocklehurst, N. Developing the public health practitioner workforce in England: Lessons from theory and practice / N.Brocklehurst, M.Bond, R.Dunkley // Journal of the Royal Institute of Public Health. – 2005. – Vol.119. – P.995–1002.

6. Майклз, Э. Война за таланты / Э.Майклз, Х.Хэндфилд-Джонс, Э.Экселрод. – М.: Изд-во «Манн, Иванов и Фербер», 2006. – 272 с.
7. Клинический менеджмент: учебное пособие / А.И.Вялков [и др.]; под ред. А.И.Вялкова, В.З.Кучеренко. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2006. – 304 с.
8. Холодкова, В.В. Построение непрерывной системы оценки эффективности деятельности компании / В.В.Холодкова // Менеджмент в России и за рубежом. – 2011. – №3. – С.25–32.
9. Форсиф, П. Развитие и обучение персонала: пер. с англ. / П.Форсиф; под ред. В.А.Спивака. – СПб.: Издательский дом «Нева», 2004. – 192 с.
10. Beaglehole, R. Public health workforce: challenges and policy issues / R.Beaglehole, M.R.Dal Poz // Human Resources for Health. – 2003. – P.1–4.
11. Beaver, M.W. Health for all and public health training / M.W.Beaver // Publ Hlth. – 1989. – Vol.103, No.2. – P.77–78.
12. Глейзин, Б. Новости германского здравоохранения / Б.Глейзин // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2003. – №6. – 84 с.
13. Вишняков, Н.И. Опыт подготовки врача-специалиста в системе здравоохранения Франции («АР-ПР») / Н.И.Вишняков, С.С.Лучанинов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – №1. – С.54–57.
14. Cappelli, P. Talent on Demand: Managing Talent in an Age of Uncertainty [Electronic resource] / P.Cappelli. – Harvard Business Review, 2008. – 278 p. – Mode of access: <https://doi.org/10.1108/sd.2009.05625cae.001>. – Date of access: 22.10.2020.
15. Berger, L.A. The talent management handbook: Creating Organizational Excellence by Identifying, Developing & Promoting Your Best People / L.A.Berger, D.R.Berger. – 2003. – 450 p.
16. Князев, А.А. Формирование и развитие стратегического резерва руководящих кадров в здравоохранении (организационно-управленческие аспекты): дисс. ... канд. мед. наук / А.А.Князев. – М., 2013.
17. Князев, А.А. Работа с резервом как способ повышения потенциала руководящих кадров / А.А.Князев, Л.К.Лохтина, Ю.В.Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – №5. – 51 с.
18. О Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 годы [Электронный ресурс]: Указ Президента Республики Казахстан, 29 нояб. 2010 г., №1113. – Режим доступа: http://www.nmh.kz/upload/docs/Salamatty_kazahstan_rus.pdf/. – Дата доступа: 30.10.2020.
19. О Комиссии при Президенте Российской Федерации по вопросам государственной службы и резерва управленческих кадров (вместе с Положением о Комиссии при Президенте Российской Федерации по вопросам государственной службы и резерва управленческих кадров [Электронный ресурс]: Указ Президента Российской Федерации, 9 февр. 2013 г., №126. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141864/. – Дата доступа: 30.10.2020.
20. Хохлова, Т. Генезис компетентностно-ориентированной модели управления: от истоков к перспективам / Т.Хохлова // Менеджмент в России и за рубежом. – 2015. – №1. – С.4–13.
21. О критериях оценки работы руководящих кадров организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 26 апр. 2005 г., №10. – Режим доступа: https://minzdrav.gov.by/ru/static/acts/normativnye/postanovlenia_ministerstva/o-kriterijax-otsenki-raboty-rukovodjaschix-kadrov-organizatsij-podchinnennyx-ministerstvu-zdravooxranenija-respubliki-belarus_i_986.html. – Дата доступа: 20.06.2019.
22. Опарина, Н.Н. Основные стратегии управления кадровым резервом в здравоохранении [Электронный ресурс] / Н.Н.Опарина. – 2010. – Режим доступа: <http://123-job.ru/articles.php?id=953>. – Дата доступа: 22.09.2018.
23. Солтман, Р.Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р.Б.Солтман, Дж.Фигейрас. – М., 2000. – 428 с.
24. Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012–2020 годы (проект) [Электронный ресурс]. – 2012. – Режим доступа: <https://www.zakon.kz/4485575-koncepcija-razvitiya-kadrovyykh-resursov.html>. – Дата доступа: 15.03.2020.
25. Об утверждении Положения о системе профессионального обучения государственных служащих, глав местных государственных администраций, их первых заместителей и заместителей, должностных лиц местного самоуправления и депутатов местных советов [Электронный ресурс]: постановление Кабинета Министров Украины, 6 февр. 2019 г., №106 // Законодательство Украины. – Режим доступа: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/106-2019-%D0%BF#Text>. – Дата доступа: 15.03.2021.
26. Ефремова, Н.Ф. Проблемы оценивания компетенций студентов при реализации компетентностно-ориентированных ООП ВПО [Электронный ресурс] / Н.Ф.Ефремова. – Режим доступа: <https://thepresentation.ru/uncategorized/problem-yotsenivaniya-kompetentsiy-studentov-pri-realizatsii-kompetentnostno-orientirovannyh-oor-vpo-2>. – Дата доступа: 22.10.2020.
27. Козлов, А.В. Менеджмент персонала. Поиск и отбор персонала [Электронный ресурс] / А.В.Козлов. – Режим доступа: <http://www.myshared.ru/slide/1048191/>. – Дата доступа: 23.10.2020.
28. Коул, Дж. Управление персоналом в современных организациях / Дж.Коул. – М.: ООО «Вершина», 2004. – 352 с.

29. Антоненко, А. Использование методики LAB-profile в практике управления персоналом [Электронный ресурс] / А.Антоненко. – Режим доступа: <http://hr-portal.ru/article/ispolzovanie-metodiki-lab-profile-v-praktike-upravleniya-personalom>. – Дата доступа: 18.03.2020.
30. Шаповалова, Н.В. Специфика отбора перспективных руководителей [Электронный ресурс] / Н.В.Шаповалова. – 2010. – Режим доступа: <http://www.vshu.ru/files/letters237/shapovalova.doc>. – Дата доступа: 17.03.2018.
31. Купер, Доминик. Отбор и найм персонала: технологии тестирования и оценки / Доминик Купер, Иван Т. Робертсон, Гордон Тинлайн. – М.: Вершина, 2005.
32. Положение о стипендиальной программе «TAKEDA – Золотые кадры медицины» (утв. 31 окт. 2013 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://gigabaza.ru/doc/94952.html>. – Дата доступа: 18.03.2021.
33. Tilson, H.H. The public health enter-prise: Examining our twenty-first century policy challenges / H.H.Tilson, B.Berkowitz // Health Affairs. – 2006. – Vol.25, No.4. – P.900–910.

MANAGERIAL PERSONNEL RESERVE FORMATION IN HEALTH SECTOR IN DIFFERENT COUNTRIES. REPORT 2

I.V.Malakhova, T.V.Dudina, M.G.Vasilevskaya, D.Yu.Ruzanov

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

Different approaches for healthcare managers training and appointing in some countries, achievements, problems and features of today's models of managerial personnel reserve formation are presented in the article. Legal acts, regulating managerial personnel formation and training in

healthcare system of Belarus, are analyzed, general characteristics of system of managerial personnel reserve formation in healthcare system of the Republic of Belarus, main problems and directions of its improvement are reflected.

Keywords: healthcare; managerial personnel reserve; regulatory legal acts; managerial competencies.

Сведения об авторах:

Малахова Ирина Владимировна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зам. директора по научной работе; тел.: (+37517) 3313205; e-mail: imalahova@belcmt.by.

Дудина Татьяна Васильевна, канд. биол. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией оценки деятельности медицинской науки и здравоохранения; тел.: (+37529) 7057985; e-mail: tdudina@belcmt.by.

Василевская Марина Геннадьевна, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория оценки деятельности медицинских науки и здравоохранения, научный сотрудник; тел.: (+37529) 7779291; e-mail: vasileuskayamaryna@gmail.com.

Рузанов Дмитрий Юрьевич, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», директор; тел.: (+37529) 6315261; e-mail: druzanov@belcmt.by.

Поступила 24.03.2021 г.

2021–2030 – ДЕСЯТИЛЕТИЕ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ

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

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

Старение населения – важнейшая демографическая проблема для всего мира, не является исключением и Республика Беларусь. Старение населения нашей страны имеет свои характеристики: по шкале демографического старения ООН, население стало старым еще в 1959 г.; по шкале Ж.Божё-Гарнье – Э.Россета население стало «полноценно» старым в 1999 г. ООН, по инициативе ВОЗ, объявила 2021–2030 годы десятилетием активного старения. В Республике Беларусь разработан и принят ряд нормативных правовых актов, способствующих продлению самостоятельной и независимой жизни пожилых людей.

Ключевые слова: демографические угрозы; старение населения; шкалы демографического старения; Десятилетие здорового старения; Национальная стратегия «Активное долголетие – 2030».

Об актуальности старения как демографической угрозы [1] свидетельствует публикация осенью 2019 г. очередного доклада ООН о мировых тенденциях старения. Один из основных выводов доклада – глобальное старение населения ускоряется [2, 3]. Негативные явления и характеристики, связанные с понятием старения (снижение экономической активности, ухудшение здоровья, риск смертности, дискриминация по возрасту (эйджизм) и пр.), послужили стимулом к принятию целого ряда международных инициатив, направленных на противодействие этим явлениям.

Одной из последних инициатив стало решение 73-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (18–19 мая 2020 г.), одобрившей предложение объявить 2021–2030 годы Десятилетием здорового старения [4]. Предложение было направлено Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций для объявления Десятиле-

тия [здорового старения] на уровне ООН, что впоследствии и было сделано. Основной посыл Десятилетия: для обеспечения здорового старения и улучшения жизни пожилых людей, их семей и общества в целом «требуется фундаментальные изменения не только наших действий, но и наших установок в отношении возраста и старения» [5].

Чаще всего старение населения оценивается при помощи шкалы демографического старения Ж.Божё-Гарнье и Э.Россета и шкалы демографического старения ООН. Для построения первой шкалы в расчет берется доля лиц в возрасте 60 лет и старше в общей численности населения; для построения второй – доля лиц в возрасте 65 лет и старше в общей численности населения. Оценочные критерии шкал выглядят следующим образом (табл. 1, 2).

Анализируя типы старения населения, принято говорить о старении «снизу» и старении

Таблица 1

Оценочные критерии шкалы демографического старения Ж.Божё-Гарнье – Э.Россета

Этап	Доля лиц в возрасте 60 лет и старше (в процентах)	Этапы старения и уровни старости населения
1	Менее 8	Демографическая молодость
2	8 – менее 10	Первое преддверие старости
3	10 – менее 12	Собственно преддверие старости
4	12 и выше	Демографическая старость
	12 – менее 14	Начальный уровень демографической старости
	14 – менее 16	Средний уровень демографической старости
	16 – менее 18	Высокий уровень демографической старости
	18 и выше	Очень высокий уровень демографической старости

Оценочные критерии шкалы демографического старения ООН

Этап	Доля лиц в возрасте 65 лет и старше (в процентах)	Этапы старения и уровни старости населения
1	Менее 4	Молодое население
2	4–7	Население на пороге старости
3	Более 7	Старое население

«сверху». Старение «снизу» – это результат снижения рождаемости, которое ведет к сужению основания половозрастной пирамиды населения. Старение «сверху» – результат увеличения продолжительности жизни населения и определенного снижения смертности в старших возрастных группах, что ведет к расширению вершины половозрастной пирамиды. Это расширение вершины кажется особенно масштабным на фоне снижения рождаемости.

Отмечая отрицательное влияние старения на целый ряд показателей социально-экономического развития, качества жизни и здоровья населения, необходимо понимать, что, по сути, старение – результат значимых успехов демографического развития, связанных со многими социально-экономическими достижениями. Значительное снижение смертности, особенно младенческой и детской, нивелирует значимость вопроса высокой рождаемости для поддержания благополучия семьи. Движение к гендерному равенству, все более широкое вовлечение женщин в различные сферы экономической деятельности, доступность медицинских и образовательных услуг также способствуют снижению рождаемости. Сокращение числа родившихся на фоне постоянного повышения продолжительности жизни ведет к устойчивому увеличению доли пожилого населения в общей его структуре, что и составляет суть процесса старения населения [2, 3].

В настоящее время численность населения Земли старше 60 лет превышает 1 миллиард человек; при этом, доля населения старших возрастных групп прирастает быстрее, чем в прошлом. В опубликованном докладе ООН [2, 3], указано, что в целом по миру доля населения 65 лет и старше увеличилась с 5% в 1950 г. до 9% в 2019 г. То есть, согласно шкале демографического старения ООН, человечество должно считать себя старым. По прогнозам, к 2030 г. доля населения 65 лет и старше в общей структуре населения увеличится до 12%, а к 2050 г. – до 16%. На сегодняшний день каждый одиннадцатый человек на земном шаре перешагнул 65-летний рубеж, в 2030 г. к этой возрастной группе будет относиться каждый восьмой, в 2050 – каждый шестой житель Земли.

Стареет и само пожилое население планеты [3]. В 2020 г., по сравнению с 1990 г., численность населения 65–74 лет увеличилась в 2,2 раза. За этот же 30-летний период численность населения 75–84 лет увеличилась в 2,1 раза, а населения 85 лет и старше – в 3,3 раза: с 18,3 миллионов человек до 63,6 миллионов. Эту информацию дополняют данные Всемирного банка [6], согласно которым доля лиц в возрасте 0–14 лет в общей структуре населения Земли достигла своего максимума (38,0%) в 1966 г. (расчеты ведутся с 1960 г.), а потом начала уменьшаться. В 2019 г. на долю возрастной группы 0–14 лет приходилось только 25,7% в общей структуре населения.

Количественные характеристики старения различаются по континентам и странам. В Европе и Японии население старше, чем в Северной Америке, и значительно старше, чем в Африке. Европа первой пережила демографический переход: снижение рождаемости на фоне увеличения продолжительности жизни началось в конце XIX – начале XX веков. Население Европы является самым старым; по прогнозам, такая ситуация сохранится до конца XXI века. Вместе с тем, нарастают темпы старения населения других географических регионов: стремительно стареет население в Африке, Западной Азии и Латинской Америке. Возвращаясь к Европейскому региону, следует отметить, что в Испании, Италии и Германии темпы старения населения более выражены, чем во Франции и Соединенном Королевстве [2, 3].

Свои количественные характеристики имеет и старение население Республики Беларусь. Ниже нами представлены данные о численности возрастных групп населения старше 60 лет, проживающего в БССР (позднее – в Республике Беларусь) на момент переписей населения, проходивших на территории республики (страны) в 1929–2019 гг., а также о доле возрастных групп старше 60 и 65 лет в общей структуре населения (табл. 3).

Таким образом, по шкале демографического старения ООН, население республики стало старым уже в 1959 г. Согласно шкале демографического старения Ж.Божё-Гарнье – Э.Россета, население республики находилось в периоде демографической молодости до 1970 года и стало

Абсолютная и относительная численность населения старше 60 лет (человек, в процентах), проживающего на территории БССР/Республики Беларусь на момент проведения переписей 1929, 1939, 1959, 1970, 1979, 1989, 1999, 2009 и 2019 годов [7–10]

	1929	1939	1959	1970	1979	1989	1999	2009	2019
60–64	227129*	413463*	274562	377887	301709	580324	562968	448907	680161
65–69			226021	318805	363746	359249	493 598	346882	513568
70–74	116171**	246163**	176303	201691	292937	229037	419652	412808	343305
75–79			99 362	140641	196211	234432	223 686	290217	227859
80 и старше			85 372	142884	176329	230695	197425	300631	366 616
Население республики / страны на момент проведения переписи	4983240	8909694	8055714	9002338	9532516	10151806	10045237	9503807	9413446
Доля лиц старше 60 лет, %	6,89	7,40	10,7	13,13	14,0	16,1	18,89	18,93	22,64
Доля лиц старше 65 лет, %	Нет сведений	Нет сведений	7,29	8,93	10,8	10,38	13,28	14,21	15,42

* 60–69;
** 70 и старше.

«полноценно» старым в 1999 г. В 1959–2019 гг. среди старших возрастных групп самыми быстрыми темпами увеличивалась возрастная группа лиц 80 лет и старше: ее численность возросла в 4,29 раза.

Еще одним свидетельством старения населения нашей страны является увеличение среднего возраста ее жителей. На момент переписи населения Республики Беларусь 1999 г. средний возраст населения составлял 37,1 лет; переписи 2009 г. – 39,5 лет; переписи 2019 г. – 40,7 лет (мужчины – 38 лет; женщины – 43,1 года) [9, 10]. Увеличение среднего возраста населения сопровождается увеличением двух важных показателей: ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении, являющейся индикатором социально-экономического благополучия, и продолжительности здоровой жизни (рис. 1, 2).

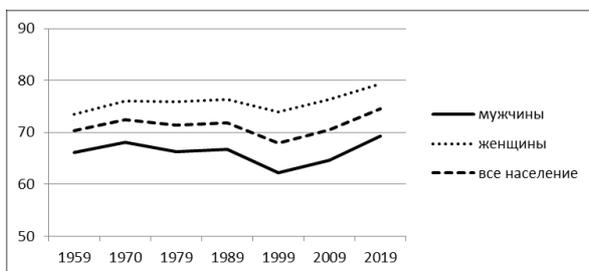


Рис. 1. Динамика ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении населения Республики Беларусь с учетом пола (1959–2019 гг., количество лет)

Как указывается в главе 1 «Общие положения» Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы, в 2020 г. ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении для всего населения республики составила 74,5 года [11].

Десятилетие Здорового старения (2021–2030), объявленное ООН по инициативе ВОЗ, – это мероприятия, согласованные с Целями в области устойчивого развития [13].

Цели Десятилетия здорового старения:

- изменить отношение к старости и процессу старения;
- научить людей заботиться о своем здоровье и стареть правильно;
- создать в обществе условия для развития потенциала людей старшего возраста;

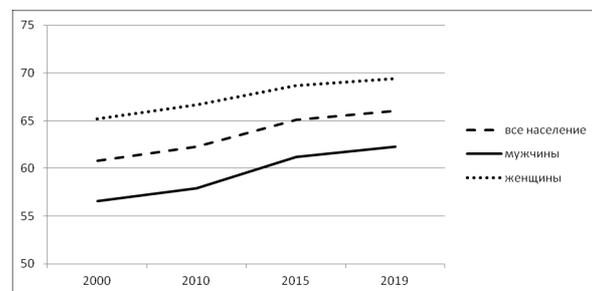


Рис. 2. Динамика ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения Республики Беларусь с учетом пола по данным ВОЗ [12] (1959–2019 гг., количество лет)

предоставить ориентированную на потребности людей старшего поколения интегрированную помощь, включая первичные медико-санитарные услуги;

обеспечить людей старшего возраста необходимой им долговременной поддержкой.

Десятилетие здорового старения включает четыре основные направления действий.

1. Благоприятная для пожилых людей среда.

Здоровье и благополучие во многом определяются физической и социальной средой, в которой живет человек. Окружающая среда играет важную роль в определении физических и умственных способностей на протяжении всей жизни человека, а также в пожилом возрасте. Окружающая среда также во многом определяет, насколько хорошо человек может адаптироваться к потере определенных функций и другим проблемам, с которыми он может столкнуться на разных этапах жизни, и, в частности, в более поздние ее годы. И сами пожилые люди, и среда, в которой они живут, разнообразны и динамичны. Взаимодействуя друг с другом, они обладают невероятным потенциалом для обеспечения или ограничения *здорового старения* [14].

2. Борьба с эйджизмом.

Эйджизм, или дискриминация человека на основании его возраста, по сути, подразумевает негативно-пренебрежительное отношение к пожилым людям. Эйджизм создает серьезные препятствия на пути разработки эффективных стратегий и программ для взаимодействия поколений и имеет серьезные негативные последствия для здоровья и благополучия пожилых людей.

Поскольку старение универсально, необходимо создание справедливого мира для всех возрастов. Борьба с эйджизмом важна для предотвращения вреда, уменьшения несправедливости и поощрения солидарности между поколениями [15].

3. Комплексный уход.

По мере старения населения растут его потребности в отношении здоровья, они становятся все более сложными и постоянными. Пожилым людям не только необходим доступ ко всем видам медицинских услуг, эта возможность не должна сопровождаться чрезмерной финансовой нагрузкой.

4. Длительный уход.

Значительное снижение физических и когнитивных способностей может ограничить возможность пожилых людей заботиться о себе и участвовать в жизни общества. Доступность реабилитации, вспомогательных технологий и поддер-

живающей инклюзивной среды может значительно улучшить эту ситуацию. Для многих пожилых растет потребность в посторонней помощи и поддержке. Доступность качественного долгосрочного ухода необходима таким людям для сохранения своих функциональных способностей, соблюдения основных прав человека и сохранения достойной жизни [14].

В нашей стране разработаны и приняты нормативные правовые акты, предусматривающие создание условий для расширения участия пожилых граждан в жизни общества, создаются условия для улучшения экономического положения и социальной интеграции пожилых граждан, что способствует продлению их самостоятельной и независимой жизни. Одним из таких документов стала Национальная стратегия «Активное долголетие – 2030», утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 03.12.2020 №693 [16]. Вместе с тем, считаем, что данный документ должен рассматриваться как действенная демонстрация приверженности инициативе ВОЗ и ООН по объявлению нынешнего десятилетия Десятилетием здорового старения.

Цель Национальной стратегии – создание условий для наиболее полной и эффективной реализации потенциала пожилых граждан, устойчивого повышения качества их жизни посредством системной адаптации государственных и общественных институтов к проблеме старения населения [16].

Основными задачами Национальной стратегии являются:

обеспечение защиты прав и достоинства пожилых граждан, создание условий для их социальной включенности и всестороннего участия в жизни общества;

стимулирование более продолжительной трудовой жизни, формирование комфортного уровня дохода пожилых граждан;

обеспечение возможности для обучения в течение всей жизни, расширение доступа к получению образования и повышению квалификации;

создание условий для здоровой и безопасной жизни, активного долголетия;

развитие социального обслуживания для обеспечения достойного качества жизни пожилых граждан;

создание адаптированной к потребностям пожилых граждан инфраструктуры и среды жизнедеятельности.

Как отмечено в Национальной стратегии, «ключевым фактором, определяющим качество жизни людей пожилого возраста, их способность уча-

ствовать в процессах социально-экономического развития страны, является состояние их здоровья». В связи с этим, Национальной стратегией поставлены следующие задачи перед системой здравоохранения страны:

улучшение качества и доступности услуг здравоохранения для пожилых граждан;

поощрение здоровьесберегающих форм поведения на всех этапах жизни в целях сокращения эпидемиологической нагрузки неинфекционных заболеваний и сокращения гендерных различий в показателях здоровья и продолжительности жизни населения;

ведение адресной работы по поощрению здорового образа жизни, в том числе, на базе школ здоровья (активного долголетия);

разработка комплексного, персонифицированного и интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи, основанного на выявлении потребностей пожилых граждан;

развитие гериатрической службы как единой системы долговременной медицинской помощи;

подготовка медицинских кадров в области гериатрии, геронтологии;

развитие медико-социальной помощи пожилым гражданам;

разработка стратегического подхода к сохранению психического здоровья, ориентированного на потребности пожилых граждан;

развитие новых форм и методик реабилитации пожилых граждан для поддержания уровня их физической активности, создание условий для занятий физической культурой с учетом особенностей данных граждан;

расширение практики организации и поддержки школ «активного долголетия», «долгосрочного ухода», а также создание других моделей мотивации активного долголетия пожилых граждан.

Улучшение ситуации, связанной со старением, как важной демографической угрозы – это длительный процесс. Обеспечение здорового и активного долголетия, в свою очередь, одно из неперемных условий адаптации общества к существующей проблеме с позиций гуманного отношения к пожилым, деятельного участия и сотрудничества. Озвученный подход внесет свой вклад в поддержание достойного качества жизни пожилых и позволит осуществить дальнейший поиск эффективных решений по минимизации данной демографической угрозы.

Литература

1. О демографической безопасности Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 4 янв. 2002 г., №80-З // Эталон. Законодатель-

ство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

2. Щербакова, Е. Старение населения мира по оценкам ООН 2019 года [Электронный ресурс] / Е.Щербакова. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0837/barom01.php>. – Дата доступа: 03.12.2020.
3. World Population Ageing 2019: Highlights [Electronic resource] / United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. – 2019. – ST/ESA/SER.A/430. – Mode of access: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf>. – Date of access: 03.12.2020.
4. Решения 73-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/feature-stories/detail/73rd-world-health-assembly-decisions>. – Дата доступа: 06.12.2020/
5. Чтобы старость была в радость – ООН проводит Десятилетие здорового старения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://news.un.org/ru/story/2021/01/1393742>. – Дата доступа: 08.01.2021.
6. Population ages 0–14 (per cent of total population) [Electronic resource]. – Mode of access: https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.0014.TO.ZS?name_desc=false&view=chart. – Date of access: 13.03.2021.
7. Всесоюзная перепись населения 1926 года: Том XLIV: Белорусская Советская Социалистическая Республика. – М.: Издание ЦСУ Союза СССР, 1929. – 203 с.
8. Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года. Белорусская СССР. – М.: ЦСУ СССР, 1963.
9. Перепись населения 2009. Население Республики Беларусь: его численность и состав / редкол.: В.И.-Зиновский и [др.]. – Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2010. – Т. II. – 413 с.
10. Общая численность населения, численность населения по возрасту и полу, состоянию в браке, уровню образования, национальностям, языку, источникам средств к существованию по Республике Беларусь: статистический бюллетень [Электронный ресурс]. – Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2020. – 55 с. – Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by/upload/iblock/471/471b4693ab545e3c40d206338ff4ec9e.pdf>. – Дата доступа: 14.01.2021.
11. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., №28 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
12. Healthy life expectancy (HALE). Data by country [Electronic resource] / Global Health Observatory data repository. – Mode of access: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.HALE?lang=en>. – Date of

- access: 03.01.2021.
13. *Щавелева, М.В.* Цели устойчивого развития как индикатор прогресса в здравоохранении / М.В.Щавелева, Н.П.Жукова, Т.Н.Глинская // *Здравоохранение*. – 2019. – №8. – С.11–16.
 14. UN Decade of Healthy Ageing 2021–2030 [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>. – Date of access: 13.03.2021.
 15. The Global Campaign to Combat Ageism calls on us to act together [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.nature.com/articles/s43587-021-00036-4>. – Date of access: 13.03.2021.
 16. О Национальной стратегии Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030» [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 3 дек. 2020 г., №693 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

2021–2030 – DECADE OF HEALTHY AGEING

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

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

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

Population ageing is an essential demographic problem for the whole world, including the Republic of Belarus. Population ageing in our country has its own characteristics: according to the UNO demographic ageing scale, population of the BSSR

became old in 1959, according to the scale of J.Beaujeu-Garnier – E.Rosset, population of the Republic of Belarus became “fully” old in 1999. On the initiative of the WHO, the UNO declared decade of 2021–2030 as the Decade of healthy ageing. A number of legal acts, contributing to independent life of elderly people prolonging, have been developed and adopted in the Republic of Belarus.

Keywords: demographic threats; population ageing; demographic ageing scales; Decade of healthy aging; National strategy «Active ageing – 2030».

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; e-mail: mvsch@tut.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.

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

Поступила 17.03.2021 г.

УДК 61:378.4]:339.944.2:65.012.6 (476.6-25)

САМООЦЕНКА КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА КАК ЧАСТЬ ПРОЦЕССА МЕЖДУНАРОДНОЙ АККРЕДИТАЦИИ: ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ЭРАЗМУС В ГРОДНО

М.Ю.Сурмач

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

Вплоть до 2021 г. ни один из вузов Беларуси не имел подтвержденного статуса международной аккредитации. Вместе с тем, наращивание потенциала экспорта образовательных услуг – один из приоритетов высшего образования в Беларуси. В то же время, экспорт образовательных услуг в здравоохранении в странах, не прошедших процедуры аккредитации учреждений медицинского образования согласно критериям Всемирной федерации медицинского образования, становится невозможным.

Цель данной работы – проиллюстрировать опыт самооценки качества деятельности медицинского университета, как обязательной части процесса международной аккредитации, в рамках реализации проекта Эразмус в Гродненском государственном медицинском университете.

Раскрыты предпосылки к первенству вступления в процедуру международной аккредитации именно УО «ГрГМУ», проиллюстрирован собственно процесс, а также, на примере учебной аккредитации вуза в рамках проекта Эразмус, прямые и косвенные результаты процедуры самооценки качества деятельности университета как неотъемлемой части аккредитации.

Ключевые слова: международная аккредитация; медицинский университет; институциональная самооценка.

Введение. 23 июля 2021 г. вступает в силу постановление Совета Министров Республики Беларусь от 13 мая 2021 г. №269 «О медицинской аккредитации государственных организаций здравоохранения». Данный нормативный правовой акт позволит унифицировать порядок оценки качества деятельности организаций здравоохранения, а именно: сформировать единые критерии, которым должны соответствовать организации здравоохранения для обеспечения базовых требований к безопасности пациента при совершении жизненно важных медицинских вмешательств. Упорядочение в подходах к контролю, в конечном счете, позволит унифицировать качество оказываемых услуг медицинского назначения и создать предпосылки для возможного роста их экспорта.

Учреждения образования, действующие в системе Министерства здравоохранения, организуют свою деятельность в рамках постановления Совета Министров Республики Беларусь от 22.06.2011 №820 «О порядке проведения государственной аккредитации учреждений образования, иных организаций, которым в соответствии с законодательством предоставлено право осуществлять образовательную деятельность, и подтверж-

дения государственной аккредитации», обязывающего проходить государственную аккредитацию в рамках национальной системы образования. Данная процедура была достаточной для обеспечения требований качества к экспорту образовательных услуг учреждениями, реализующими образовательные программы первой и второй ступени высшего образования по профилю «Здравоохранение». Вместе с тем, в 2015 г. на конференции министров образования государств Европейского пространства высшего образования была формально завершена процедура присоединения Беларуси к Европейскому пространству высшего образования [1]. Являясь полноправным участником данного пространства, страна внедряет инструменты оценки качества деятельности, унифицированные в Европейском пространстве высшего образования, в национальную систему подготовки кадров. Одним из таких принципов является гарантия обеспечения качества подготовки, соответствующего стандартам Всемирной федерации медицинского образования (ВФМО). Для всех ступеней медицинского образования ВФМО разработаны стандарты, представленные в открытом доступе на портале организации [2].

Следует отметить, что национальные правовые нормы трудоустройства выпускников медицинских вузов для некоторых стран, например, США [3], достаточно жестко трактуют необходимость оценки соответствия образования, полученного соискателями лицензии на осуществление медицинской деятельности. Менее жесткая, однако также непреклонная политика требований к качеству подготовки кадров в здравоохранении реализуется и в странах ЕС [4; 5]. Одним из требований с 2022–2023 гг. становится включение учреждения образования, которое окончил зарубежный выпускник, в перечень медицинских вузов, аккредитованных по критериям ВФМО одним из агентств по аккредитации, получивших у ВФМО разрешение на экспертную деятельность [6]. Такая политика к оценке качества образования реализуется ВФМО в соответствии с целью 1.1. Глобальной стратегии Всемирной организации здравоохранения (2016) *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Согласно данной цели, «к 2020 году во всех странах должны быть созданы механизмы аккредитации для организаций образования в здравоохранении» [7].

Таким образом, в современных условиях экспорт образовательных услуг в здравоохранении в странах, не прошедших процедуры аккредитации учреждений медицинского образования по требованиям ВФМО, становится невозможным.

Вплоть до 2021 г. ни один из вузов Беларуси не имел подтвержденного статуса международной аккредитации. Вместе с тем, наращивание потенциала экспорта образовательных услуг – один из приоритетов высшего образования в Беларуси [8].

Цель данной работы – проиллюстрировать опыт самооценки качества деятельности медицинского университета, как обязательной части процесса международной аккредитации, в рамках реализации проекта Эразмус в Гродненском государственном медицинском университете.

Предпосылки к процессу аккредитации в УО «ГрГМУ». Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет» (УО «ГрГМУ») первым из всех вузов Республики Беларусь вступил в процесс международной аккредитации.

Данному непростому решению предшествовал определенный исторический опыт [9], а также статус университета-победителя (международные конкурсы «Лидер года» – 2019 (лауреат в номинации «Образовательные услуги»), «Лучший экспортер 2019 года» (проводится Белорусской торгово-промышленной палатой – победитель в

номинации «Образование»); Гран-при Международной бизнес-премии «Лидер года 2020» в номинации «Услуги в сфере образования»), университета-лидера (именно в УО «ГрГМУ» была организована первая в Беларуси университетская клиника) [10].

В некоторой степени решению вступить в процесс международной аккредитации первыми среди всех учреждений высшего образования способствовал тот факт, что УО «ГрГМУ» стал первым из медицинских университетов Беларуси, включенным в реализацию международного проекта категории «Erasmus + KA2 – Сотрудничество для инноваций и обмена лучшими практиками. Наращивание потенциала в сфере высшего образования». Проект SPRING (аббревиатура, составленная из первых букв названия проекта «Определение целей и инструментов экспертной оценки для медицинского образования (здравоохранения)»), зарегистрированный Министерством экономики Республики Беларусь 27.07.2020 №2/20/001096 (реализация 2020–2023 гг.), объединил 14 университетов-партнеров из семи стран: Грузии, Молдовы, Беларуси, Казахстана, Таджикистана, Болгарии, Литвы. Автор данной работы является координатором проекта SPRING в УО «ГрГМУ».

Одна из задач проекта SPRING – повысить осведомленность университетов-партнеров о процессе экспертной оценки как эффективном инструменте обеспечения текущих улучшений в академической и административной сферах учреждений медицинского образования в целевых странах-партнерах и за их пределами; оказать помощь учреждениям медицинского образования в целевых регионах в эффективной подготовке к международной аккредитации.

К моменту вступления в процесс аккредитации проект был реализован на 40%: международными экспертами из числа сотрудников включенных в проект университетов, а также приглашенными правлением проекта экспертами проведены обучающие семинары для профессорско-преподавательского состава и администрации УО «ГрГМУ», разработаны требования к отчету по самооценке деятельности университета, подготовлена программа обучающе-тренировочных визитов по учебной аккредитации. Таким образом, университет был готов к процедуре международной аккредитации.

Самооценка качества деятельности университета: процесс. В феврале 2021 г. ГрГМУ вступил в процедуру международной аккредитации, цель которой – установление соответствия деятельности международным стандартам. Аккре-

дитация осуществлялась Независимым агентством по аккредитации и рейтингу за рубежом – НААР, Казахстан (на основе стандартов ВФМО) для обеспечения высокого качества деятельности университета и предлагаемых им образовательных программ, а также повышения квалификации его выпускников. Для подготовки отчета о самооценке приказом ректора от 22.01.2021 №35 «О составе рабочей группы по международной аккредитации» была создана рабочая группа. Процедура институциональной самооценки проводилась с 28.01.2021 по 25.03.2021.

В период подготовки отчета о самооценке рабочая группа собрала и проанализировала соответствующие данные, характеризующие общую деятельность университета за последние пять лет (2016–2020 гг.). Проводилась самооценка образовательных программ, профессорско-преподавательского состава, образовательных и иных ресурсов.

Самооценка, выполняемая в рамках проекта SPRING, несмотря на учебный статус, также осуществлялась по критериям ВФМО и происходила практически параллельно. В то же время, учебный отчет по проекту включил анализ деятельности вуза по 12 стандартам (что на три стандарта

больше требуемых НААР) и составлялся в соответствии с иным перечнем чек-пунктов (рис.). Таким образом, как перечень стандартов, так и чек-листы по ним могут детально различаться в требованиях различных агентств по международной аккредитации, однако все они должны отвечать критериям ВФМО.

Согласно требованиям к объему институционального самоотчета, он не превышал 70 страниц (Times New Roman 12.0, интервал 1,15).

Была проанализирована следующая информация:

- Разработка стратегических документов (Видение, Миссия и Стратегические цели), обеспечение их соблюдения и мониторинг выполнения, институциональная автономия и академическая свобода.

- Руководство и управление: лидерство, культура управления и качество, легитимность органов управления, политика и структура обеспечения качества, система коммуникации, распространение информации о деятельности, делегирование полномочий, студенческие организации, взаимодействие с сектором общественного здравоохранения и заинтересованными сторонами, этические принципы, эффективные процессы для

Стандарт 1	• Видение, Миссия и стратегические цели
Стандарт 2	• Руководство (администрация) и Управление
Стандарт 3	• Человеческие ресурсы
Стандарт 4	• Менеджмент финансовых ресурсов
Стандарт 5	• Инфраструктура и оборудование
Стандарт 6	• Набор студентов, поступление, сертификация и поддерживающие службы
Стандарт 7	• Образовательная программа
Стандарт 8	• Исследования и инновации
Стандарт 9	• Вовлечение сообщества
Стандарт 10	• Система управления информацией
Стандарт 11	• Публичные коммуникации
Стандарт 12	• Сотрудничество, преподавательская и студенческая мобильность

Рис. Стандарты качества для экспертной самооценки деятельности университета, 2020 Эразмус+ SPRING

предотвращения, выявления и устранения непропорциональных действий студентов или сотрудников, жалобы.

- **Кадровые ресурсы:** политика отбора и набора персонала, численность и квалификация персонала, система контрактов, механизмы повышения квалификации и поддержки персонала, периодический контроль, оценка и аттестация персонала.

- **Управление финансовыми ресурсами:** финансовая устойчивость, ресурсная база, управление финансами, финансовый мониторинг, оценка и бенчмаркинг.

- **Инфраструктура и оборудование:** учебные классы и учебные корпуса, университетская библиотека, информационные технологии, обеспечение безопасности и здоровья.

- **Услуги по набору, приему, сертификации и поддержке студентов:** политика приема и отбора, зачисление студентов, консультации и поддержка студентов, представительство студентов в руководстве университета, методы оценки результатов обучения студентов, документация по оценке результатов обучения, предоставление информации потенциальным и реальным студентам.

- **Образовательная программа:** цели, результаты обучения и их соответствие программе, структура программы, методика и организация обучения, адекватная оценка освоения программы, достижений учащихся и индивидуальной работы с ними, предоставление учебных ресурсов, возможности повышения качества обучения.

- **Исследования и инновации:** понимание характера, роли и целей исследований, стандартов, процедур и процессов утверждения предложений по исследованиям и диссертаций, а также проведение и надзор за исследованиями, политика, системы и стратегии управления исследованиями, адекватная инфраструктура и ресурсы, которые облегчают всем сотрудникам проведение инновационных исследований и публикацию результатов исследований. Актуальность и соответствие исследований потребностям в академическом продвижении и ожиданиям сообщества, мониторинг и оценка системы исследований.

- **Участие сообщества:** мероприятия по вовлечению социума проводятся в рамках институциональной политики и стратегий, которые облегчают сотрудничество между учреждением и обществом для взаимовыгодного обмена знаниями и ресурсами в контексте партнерства и взаимности, учреждение включает вовлечение сообществ в свою деятельность.

- **Система управления информацией:** ключевые показатели эффективности, профиль контингента студентов, учебные ресурсы и доступные услуги для студентов, успеваемость студентов, показатели отсева и окончания учебы, удовлетворенность студентов и выпускников программами и преподаванием, карьерные пути для студентов.

- **Публичная коммуникация:** как университет публикует информацию о своей деятельности, включая программы, насколько это осуществляется в четкой, точной и объективной форме; как обеспечивается актуальность и доступность информации, как вуз обеспечивает, чтобы продвижение его программ осуществлялось справедливым и этичным образом, в соответствии с приемлемой передовой практикой и законодательством.

- **Сотрудничество, мобильность персонала и студентов:** как университет реализует политику, способствующую мобильности профессорско-преподавательского состава, исследователей и студентов в рамках программ на международном уровне; как вуз обеспечивает, чтобы студенты, приезжающие по обмену, пользовались теми же ресурсами, что и обычные студенты этого вуза; как обеспечены гарантии, что сотрудничающие учреждения одобрены соответствующим органом по контролю качества / профессиональным органом и подвергаются периодическим проверкам качества; как вуз обеспечивает, чтобы студенты были полностью информированы о характере сотрудничества между соответствующими учреждениями.

Самооценка качества деятельности университета в рамках программы Эразмус: прямые и косвенные результаты. Процесс самооценки занял около двух месяцев активной и напряженной работы по всестороннему самоанализу деятельности университета с последующим переводом на английский язык, разработкой соответствующего глоссария и базы подтверждающих доказательств, изложенных в приложении. Следует отметить, что объем приложений значительно превысил объем самого самоотчета, при том, что в условиях дистанционной работы предполагалось максимальное использование электронных (доступных онлайн) источников для подтверждения.

Выявлено, что УО «ГрГМУ» осуществляет свою деятельность в соответствии с Уставом университета, в котором изложены Миссия, Видение, стратегическая ориентация и цели, отражающие место и роль университета в социально-экономическом, стратегическом, научном и культурном развитии Беларуси. Выбранная политика и приори-

теты развития позволили УО «ГрГМУ» занять лидирующее место в сфере высшего образования в Беларуси и успешно достичь основных целей, а также осуществить подготовку специалистов для системы здравоохранения. Организационная, функциональная и кадровая структура соответствуют Миссии, целям и задачам вуза. Организационно-управленческая структура университета построена в соответствии с современными руководящими принципами и правилами эффективного управления.

Содержание образовательных программ обязательного компонента соответствует современному уровню, а курсы по выбору отражают инновации и требования работодателей. Университет контролирует качество освоения образовательных программ в соответствии с установленными критериями и обеспечивает постоянный мониторинг и совершенствование предоставляемых образовательных услуг. Особое внимание уделяется практической составляющей в учебном процессе, приобретению студентами клинических компетенций. С этой целью в УО «ГрГМУ» была создана Университетская клиника, работа которой направлена на усиление практико-ориентированного обучения студентов, эффективно осуществляется развитие имитационных технологий, внедряется применение объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ).

Университет создает условия, необходимые для эффективного освоения студентами образовательных программ, соответствующих их интересам и потребностям, обеспечивая эту деятельность соответствующими ресурсами (библиотечными, консультационными, информационными). Организована служба психологической поддержки студентов, предоставлены возможности для личностного роста и развития молодежи.

Высокий уровень профессорско-преподавательского состава способствует развитию у выпускников достаточных знаний и навыков профессиональной подготовки, необходимых на рынке труда.

Научные исследования, проводимые вузом, демонстрируют динамичное развитие, соответствие высокой научной квалификации.

В университете ведется целенаправленная работа по развитию международного сотрудничества и академической мобильности. Особое внимание уделяется программам академического обмена, развитию полноценного научного сотрудничества.

В университете разработан эффективный финансовый менеджмент. За последние пять лет наблюдается стабильный уровень доходов работников.

Таким образом, основная деятельность ГрГМУ отражает постоянную положительную динамику роста количественных и качественных показателей: наличие квалифицированных кадров, качественных образовательных программ, интернационализация образования, что напрямую влияет на его репутацию на национальном и международном рынках. Постоянно обновляя и совершенствуя все процессы в соответствии с достижениями медицинской науки и практики, университет эффективно реализует принятые стратегические цели.

Следует отметить, что, в отличие от стандартных процедур государственной внутренней аккредитации, международная аккредитация выявила новые области деятельности университета, которые должны быть включены в анализ в ходе институциональной самооценки, такие как Вовлечение сообщества; Система управления информацией; Коммуникация с общественностью. Несмотря на то, что все эти направления так или иначе развивались в университете в соответствии с требованиями времени и глобализации, процесс самооценки с точки зрения стандартов ВФМО позволил более четко обозначить их как самостоятельные и важные приоритеты деятельности медицинского университета.

Самооценка выявила сильные и слабые стороны в реализации целей и задач, определенных Миссией и Программой стратегического развития, эволюцию и достигнутый прогресс, стратегии и мероприятия по улучшению. Например, было подчеркнуто, что во время пандемии COVID-19 была обеспечена возможность дистанционной формы организации учебного процесса и сохранена система повышения квалификации сотрудников, УО «ГрГМУ» разработал новые дистанционные формы обучения и оценки его результатов (сертификации), обеспечивающие качество образовательного процесса в условиях пандемии COVID-19. Несмотря на пандемию COVID-19, было сохранено профессиональное развитие персонала.

Тем не менее, было выявлено, что несмотря на наличие такого потенциала, участие сообщества и спонсорство в финансовой устойчивости университета ограничены, требуются дополнительные источники финансирования научных исследований. Кроме того, необходимо также решить проблему ограниченных возможностей для инвалидов.

УО «ГрГМУ» обеспечивает мониторинг и постоянное совершенствование управления целями образовательных программ, результатами обучения и их соответствием программе, разрабатываются и внедряются новые образовательные стан-

дарты, интегрированные в европейское образовательное пространство. Вместе с тем, очевидно, требования ВФМО вынуждают продолжить интеграцию образовательных программ в европейское образовательное пространство и гармонизацию национальных стандартов с международными. Необходимо увеличить охват студентов и профессорско-преподавательского состава программами обмена, облегчить мобильность студентов и сотрудников. Это будет способствовать обмену опытом и усвоению передовых подходов, применяемых в мире, к обучению и преподаванию в медицинском вузе. Необходимо разработать измеримые единые подходы к анализу профиля студенческого состава, информационную систему карьерных траекторий для студентов и иных категорий обучающихся. Отдельное внимание в рамках программ медицинского образования за рубежом уделено магистратуре и последипломному образованию – резидентуре, аспирантуре. Эти этапы непрерывного медицинского образования получили развитие и импульс к совершенствованию и в Беларуси.

Процедура самооценки в еще большей степени сплотила персонал университета, позволила оценить фактические достижения, определила направленность деятельности по улучшению, объединила все инициативы, поддержала внутренний и внешний обмен положительным опытом и повысила ответственность за результаты и результаты аккредитации.

Особенно следует подчеркнуть такой косвенный результат, как развитие корпоративного духа в университете: напряженная работа профессорско-преподавательского состава, администрации, студентов, выпускников, работодателей и иных категорий, задействованных в процедуре аккредитации, в направлении к положительному результату способствует формированию сильной организационной культуры, делового климата в коллективе. Транслирование информации во внешнюю среду повышает имидж университета не только в стране, но и за ее пределами.

Заключение. Этап институциональной самооценки – важный и обязательный этап процедуры международной аккредитации. Этот этап позволяет «высветить» сильные стороны деятельности университета и, вместе с тем, определяет позиции, которые необходимо укрепить и улучшить, а также может привести к неожиданным результатам, позволив выявить области деятельности университета, которые не имели четко определенного статуса значительных и независимых до момента аккредитации.

Следует отметить, что экспертами проекта Эразмус была дана высокая оценка деятельности Гродненского государственного медицинского университета в рамках учебной аккредитации. Данное заключение подтвердили и официальные результаты аккредитации Независимым агентством по аккредитации и рейтингу (НААР, Казахстан).

Литература

1. Европейское пространство высшего образования. Официальная информация Министерства образования Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://edu.gov.by/sistema-obrazovaniya/glavnoe-upravlenie-professionalnogo-obrazovaniya/vysshee-obrazovanie/evropeyskoe-prostranstvo-vysshego-obrazovaniya/>. – Дата доступа: 19.05.2021.
2. Всемирная федерация медицинского образования. Стандарты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wfme.org/standards/>. – Дата доступа: 19.05.2021.
3. Образовательная комиссия США для зарубежных выпускников [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ecfmg.org/>. – Дата доступа 19.05.2021.
4. *Martinho, A.M.* Medical education. Becoming a doctor in Europe: objective selection systems /A.M.Martinho // Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics. – 2012. – No.1412. – P.984–988.
5. Association of Medical Schools in Europe (AMSE) [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.amse-med.eu>. – Date of access: 19.05.2021.
6. Всемирная федерация медицинского образования. Аккредитация [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wfme.org/accreditation/>. – Дата доступа: 19.05.2021.
7. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 [Electronic resource]. – Mode of access: https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/. – Date of access: 19.05.2021.
8. О Государственной программе «Образование и молодежная политика» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 29 янв. 2021 г., №57 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021 (подпрограмма 5 «Высшее образование»).
9. *Сурмач, М.Ю.* Развитие здравоохранения Гродненской области с XII века по настоящее время как социально-историческая основа корпоративной культуры / М.Ю.Сурмач, Н.Е.Хильмончик // Журнал ГрГМУ. – 2020. – Т.18, №4. – С.493–498.
10. *Сурмач, М.Ю.* Снежицкий Виктор Александрович – организатор высшего медицинского образования / М.Ю.Сурмач, Н.Е.Хильмончик, М.Г.Спасенникова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А.Семашко. – 2021. – №1. – С.118–121.

SELF-ASSESSMENT OF WORK QUALITY OF MEDICAL UNIVERSITY AS A PART OF INTERNATIONAL ACCREDITATION PROCESS: EXPERIENCE OF THE ERASMUS PROJECT IN GRODNO

M. Yu. Surmach

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

Until 2021, none of the universities in Belarus had a confirmed status of international accreditation. At the same time, increasing of export potential of educational services is one of the priorities of higher education in Belarus, meanwhile export of educational services in healthcare becomes impossible in countries that have not passed medical education institutions accreditation procedures according to the World Federation of Medical Education criteria. The purpose of this work was to illustrate medical university activities quality self-assessment experience as a mandatory part of the international accreditation process in the framework of the

Erasmus project at the Grodno State Medical University. Prerequisites are revealed for the Grodno State Medical University primacy of entry into the international accreditation procedure. The actual process is illustrated, direct and indirect results are highlighted of procedure of self-assessment of university's activities quality as an integral part of accreditation on example of educational accreditation of university within the framework of the Erasmus project.

Keywords: international accreditation; medical university; institutional self-assessment.

Сведения об авторе:

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

Поступила 21.05.2021 г.

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

¹ М.М.Сачек, ² А.В.Маймур

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

² Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Приведен обзор литературных источников по пациентоориентированному здравоохранению, начиная с истории возникновения до современного состояния. Перечислены основные принципы пациентоориентированного здравоохранения.

Ключевые слова: пациентоориентированное здравоохранение; здравоохранение; коммуникативные навыки; качество оказания медицинской помощи; удовлетворенность пациентов медицинской помощью.

История и определение пациентоориентированного здравоохранения. Современные концепции пациентоориентированного здравоохранения (далее – ПОЗ) возникли в 1960-х гг. в развитие мероприятий по защите прав потребителей. Эта эпоха, когда гражданские и феминистские движения борьбы за права набирали силу, положила начало зарождающемуся движению за права пациентов [1].

В 1969 г. Энид Балинт ввела термин «пациентоориентированная медицина», чтобы описать важность восприятия человека в целом, а не отдельной болезни [2]. В 1970-е гг. доктор Ян Ренвик Мак-Уинни начал исследовать отношения между пациентом и врачом. Он и его коллеги использовали выражение «пациентоориентированный» для описания концептуальной модели, в которой пациент наделен полномочиями и активно участвует в оказании медицинской помощи.

В 1980-е гг. Фонд Содружества Пикера разработал Программу ухода за пациентами, чтобы улучшить коммуникацию между пациентами и врачами. В рамках данной Программы проводились исследования и опросы с целью определения представлений пациентов о качестве медицинской помощи. На основе этого исследования были определены следующие 7 параметров ПОЗ: уважение к ценностям, предпочтениям и потребностям пациентов; координация и преемственность оказания медицинской помощи; информация, общение и образование; физический комфорт; эмоциональная поддержка и уменьшение страха и беспокойства; участие друзей и семьи; перевод и непрерывность [3].

Возможно, поворотным моментом в движении за пациентоориентированное здравоохранение стал выход доклада Института медицины США (ныне – Национальная академия медицины) «Преодолевающая пропасть качества: новая система здравоохранения для XXI века». Авторы определили 6 целей, направленных на улучшение системы здравоохранения США, включая предоставление пациентоориентированной помощи, которую они определили как «оказание помощи, основанной на индивидуальных предпочтениях, потребностях и ценностях пациента, а также обеспечивающей приоритет ценностей пациента при принятии клинических решений» [4].

За годы, прошедшие после публикации этого отчета, несколько других факторов способствовали спросу на внедрение пациентоориентированных подходов, в частности, поиск ответов на вопросы о том, что означает партнерство врача и пациента, семьи пациента, как реализовать общие концепции, такие как уважение и отношение, не унижающее достоинство пациента.

Американская коллегия врачей (далее – Коллегия) приняла следующее определение пациентоориентированного здравоохранения – это подход к планированию, оказанию медицинской помощи и оценке системы здравоохранения, основанный на взаимовыгодном партнерстве между поставщиками медицинских услуг, пациентами и их семьями [5].

Коллегия опубликовала в журнале *Annals of Internal Medicine* руководство по организации ПОЗ и вовлечения семей в систему заботы о здоровье, в соответствии с которым вовлечение пациентов

во все этапы в индустрии охраны здоровья и уважительное отношение к их нуждам поможет развить культуру пациенто- и семейноориентированного здравоохранения.

Изложенные в руководстве принципы ставят пациентов и их семьи в фокус системы здравоохранения и трансформируют отношения пациентов с медицинским персоналом в партнерские.

По мнению президента Коллегии, доктора Анны-Марии Лопез, построение партнерских отношений «пациент-врач» критично для сохранения эффективности здравоохранения в быстро меняющейся среде охраны и заботы о здоровье.

Принципы, предложенные Коллегией, соответствуют общему тренду вовлечения пациентов и трансформации модели взаимодействия «врач-пациент». Так, утверждается, что пациенты и их семьи играют одну из ключевых ролей в здравоохранении, являясь и партнерами в управлении собственным здоровьем, и советниками по улучшению сферы охраны здоровья.

Почему важно партнерство пациента и семьи? На этот вопрос лучше всего ответить часто приводимой цитатой доктора Уильяма Ослера: «Слушайте своего пациента: он сообщит вам диагноз» [6]. Это кажется достаточно простым, но на деле в системе здравоохранения «выслушивание пациента» является сложной задачей. Когда Уильям Ослер занимался медициной в конце 1800-х – начале 1900-х гг., существовало не так много лекарств, технологий и методов лечения, которые могли бы помочь пациентам. Лучшее, что мог сделать врач – сотрудничать с пациентами и их семьями, чтобы понять их состояние и обстоятельства и совместно разработать план действий. Несмотря на современные достижения, недавно разработанные методы лечения и современное оборудование, врачи стали меньше слушать пациентов. Медицинские информационные системы создают препятствия для эффективного партнерства с пациентами, несмотря на их потенциал для улучшения взаимодействия. Кроме того, административная нагрузка и ограниченное время затрудняют выслушивание и могут поставить под угрозу взаимодействие с пациентами. Пациенты знают себя лучше, чем кто-либо, могут устанавливать цели оказания медицинской помощи и принимать решения о том, что для них важно. Улучшение показателей здоровья может происходить только в партнерстве заинтересованных сторон.

Активное партнерство с пациентами и их семьями при оказании им помощи на системном уровне может повысить безопасность оказания медицинской помощи [7]. Лица, осуществляющие

уход за пациентом, могут помочь в выявлении нежелательных или опасных ситуаций при оказании медицинской помощи. А.Khan с коллегами опросили родителей в детской больнице о том, происходили ли какие-либо небезопасные события, связанные с оказанием медицинской помощи во время госпитализации, и почти 9% респондентов сообщили об ошибках или предотвратимых нежелательных явлениях, многие из которых не были зарегистрированы в медицинской карте [8]. S.N.Weingart с коллегами обнаружили, что пациенты, которые активно участвовали в лечении, чаще сообщали о проблемах с эффективностью лекарств и симптомах, связанных с приемом лекарств. В результате, риск побочных эффектов у них был меньше [9].

В настоящее время в большинстве стран Европы и США изменяется образ пациента. Пациенты рассматривают себя как активных, а не пассивных участников лечения. Пациентам уже недостаточно экспертного мнения врача и его регалий, чтобы доверять ему свое здоровье. В системах здравоохранения стран мира происходит развитие пациентоориентированной системы оказания медицинской помощи. Все большую важность приобретает «оказание помощи, которая реагирует на индивидуальные предпочтения, потребности и ценности пациента и гарантирует, что ценности пациента определяют все клинические решения» [4]. Делается упор на доверительные отношения между врачом и пациентом, что приводит к улучшению результатов оказания медицинской помощи, повышению безопасности пациентов и снижению затрат [10]. Пациенты не удовлетворены, когда общение сводится к монологу врача, когда врач не объясняет своих решений и требует от пациента беспрекословного выполнения, апеллируя к собственному высокому уровню знаний в области медицины. Таким образом, образуется разрыв между ожиданиями пациента и ожиданиями врача. Врачи ожидают, что пациенты будут удовлетворены визитом к врачу в случае, когда врач подберет им подходящее лечение с точки зрения клинической практики. Но, на самом деле, врач упускает такие важные аспекты, как собственные знания пациента о заболевании и методах лечения, его собственный опыт, социальное влияние на пациента и представление им своих перспектив.

Коммуникативные навыки медицинских работников. При более пристальном рассмотрении темы коммуникаций между медицинскими работниками и пациентами, выявляется существенная недооценка как самими врачами, так и руко-

водителями организаций здравоохранения данного аспекта. Это связано с тем, что врачи склонны переоценивать свои коммуникационные способности и некорректно оценивают их эффективность.

Высокий уровень коммуникации с пациентами позволяет врачу намного успешнее собирать информацию для правильной диагностики, проводить качественные консультации, корректно представлять инструкции и рекомендации, а также налаживать доверительный контакт с пациентами. Благодаря высокой культуре коммуникации достигается наилучший результат в лечении и удовлетворенности пациентов.

Медицинские работники недооценивают важность навыков коммуникаций с пациентами и необходимость их развития в своей работе. Об этом свидетельствует тот факт, что в пожеланиях о тематике программ обучения они чаще всего выбирают такие темы, как: стрессоустойчивость, конфликты, работа с трудными пациентами, профилактика выгорания. В выборе программ отсутствуют такие важные темы, как пациентоориентированность, развитие приверженности пациентов лечению, умение слушать и слышать пациента [11].

Медицинские работники, чаще всего, не принимают во внимание тот факт, что хороший уровень коммуникации между врачом и пациентом помогает регулировать эмоциональное состояние пациентов и не допускать эскалации конфликтных ситуаций, улучшить понимание пациентом медицинской информации, лучше понять потребности пациента, его восприятие и ожидания.

Во время коммуникаций с пациентом следует принимать во внимание его состояние, ведь в большинстве случаев пациенты испытывают страх и переживания, с которыми врач сталкивается каждый день. Также на врачей оказывает давление вероятность того, что пациенты будут жаловаться или словесно обвинять врача. Ежедневно врачи сталкиваются с нереалистичными ожиданиями пациентов. Недостаток навыков коммуникации приводит к тому, что медицинские работники не справляются с уровнем напряжения и профессионально выгорают.

Наблюдается недооценка важности коммуникативных навыков для врачей и со стороны руководителей организаций здравоохранения. Например, в исследовании, осуществленном в Кубанском государственном медицинском университете, при проведении опроса главных врачей и их заместителей, респонденты поставили коммуникативные навыки (в результате ранжирования по значимости для успешного выполнения текущей работы) для топ-менеджеров и линейных мене-

джеров на первое место, а для врачей-клиницистов — на восьмое (из 10).

Хорошие коммуникационные навыки помогают установить доверительные отношения между врачом и пациентом. В результате этого пациенты начинают следовать рекомендациям врача и выполнять его назначения. Следует помнить, что именно согласие и доверие пациента являются сутью лечебного процесса и важной составляющей успешного выздоровления [4].

Модель компетенций врача и медицинской сестры можно представить следующим образом:

- сотрудничество с пациентом:
 - доступно излагает информацию и проверяет понимание;
 - исследует мнение и отношение пациента;
 - достигает согласия относительно рисков и плана лечения;
 - распознает и разрешает конфликтные ситуации;
 - межличностное понимание / эмпатия:
 - устанавливает доверительный контакт;
 - находит индивидуальный подход;
 - проявляет вежливость и уважение;
 - управление эмоциональным состоянием:
 - создает и поддерживает благоприятную атмосферу в коллективе;
 - сдержан и конструктивен в сложных ситуациях;
 - саморазвитие:
 - осознает свои сильные стороны и области для развития;
 - регулярно предпринимает действия по саморазвитию;
 - применяет полученные знания и навыки в работе.

Модель корпоративных компетенций медицинских работников имеет четырехуровневую структуру: от 0 (уровень некомпетентности) до 3 (уровень мастерства). Уровень развития компетенций не является статичной оценкой, так как компетенции непрерывно развиваются.

Такая форма представления ожидаемого поведения позволяет наглядно определять текущий уровень, а также помогает определить зоны для улучшений. Уровни компетенции и соответствующее им поведение медицинского работника в части компетенции «Сотрудничество с пациентом» приведены в табл.

Принципы пациентоориентированного здравоохранения. Эффективность медицинского вмешательства не является внутренней характеристикой, а скорее зависит от того, как оно используется в клинической практике, в том числе,

**Уровни компетенции и соответствующее им поведение медицинского работника
(компетенция «Сотрудничество с пациентом») [11]**

Уровни	Поведение
0 – УРОВЕНЬ НЕКОМПЕТЕНТНОСТИ	<ul style="list-style-type: none"> • Использует непонятную пациентам медицинскую терминологию, не проверяет понимание. • Не признает права пациента на собственное мнение относительно плана лечения. Обесценивает либо игнорирует мнение пациента. • Не обсуждает с пациентом причины и основания выбора плана лечения. Ставит пациента перед фактом своих решений. • В конфликтных ситуациях теряет объективность и беспристрастность, игнорирует интересы пациентов.
1 – НАЧАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ	<ul style="list-style-type: none"> • Говорит по существу. Объясняет на доступном языке медицинскую информацию, задает вопросы пациенту, проверяя его понимание. • Выслушивает точку зрения пациента, которая совпадает или близка с его позицией. Остальные мнения оставляет без внимания. • Рассказывает пациенту свою позицию в выборе плана лечения. • Распознает только открытые конфликты. Предпринимает действия по их урегулированию.
2 – УРОВЕНЬ ОПЫТА	<p>В дополнение к уровню 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Доступно преподносит информацию учитывая уровень грамотности, состояние, возраст пациента и другие особенности. • Проявляет уважение к мнению пациента, в том числе отличному от его позиции. Поощряет его высказывание и обсуждение. • Интересуется отношением пациента к плану лечения. В случае сомнений, предоставляет больше информации. • Активно участвует в разрешении конфликтных ситуаций, не допуская их развития и направляя в конструктивное русло.
3 – УРОВЕНЬ МАСТЕРСТВА	<p>В дополнение к уровню 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Приводит наглядные примеры, использует привычные пациенту образы, метафоры, ассоциации. • Обсуждает с пациентом риски, преимущества и недостатки разных подходов к лечению. • Обсуждает с пациентом возможные варианты плана лечения, вовлекает его в принятие решений. • Предвосхищает возможность возникновения конфликтных ситуаций и заранее предотвращает их.

в какой подгруппе пациентов, в какой дозе и как долго. Основная обязанность врача состоит в том, чтобы индивидуализировать эти вмешательства с точки зрения рентабельности, при этом, достигая максимальных результатов в соответствии с клиническими характеристиками и предпочтениями пациентов [12].

Один из значимых критериев оценки качества оказания медицинской помощи – уровень удовлетворенности населения качеством медицинской деятельности. Удовлетворенность пациентов складывается из множества факторов. Она зависит не только от существующей материально-технической базы и исполнения медицинскими работниками клинических протоколов диагностики и лечения, но и от корпоративной культуры, которая сформирована в организации здравоохранения на основе оценки ожиданий пациентов – поведения

медицинских работников с пациентами и их родственниками, коллегами, подчиненными и другими участниками процесса оказания медицинской помощи.

При этом, в большинстве организаций здравоохранения отсутствуют такие основополагающие для развития пациентоориентированной корпоративной культуры аспекты, как формализованная миссия, ценности, принципы работы организации здравоохранения, кодексы делового общения, системы сбора обратной связи от сотрудников, пациентов, родственников и другие инструменты управления корпоративной культурой. В то же время, актуальной задачей является формирование у руководителей и сотрудников организаций здравоохранения управленческих и коммуникационных компетенций, которые необходимы для формирования и развития корпоративной культу-

ры, основанной на пациентоориентированном подходе.

В 2008 г. Институт совершенствования здравоохранения (Institute for Healthcare Improvement (IHI), Cambridge, Massachusetts, США) поставил перед здравоохранением «тройную цель», определив, что для оптимальной работы системы здравоохранения должны быть достигнуты следующие 3 цели: улучшить качество обслуживания пациентов, улучшить здоровье населения и снизить затраты на лечение на душу населения. Эффективное партнерство пациента и семьи имеет важное значение для достижения принципов «тройной цели» [13].

Коллегией определены следующие принципы в отношении партнерства врача и пациента, его семьи при оказании медицинской помощи:

Принцип 1. К пациентам и их семьям следует относиться с уважением и не унижая их достоинство.

Организации по защите прав потребителей разработали принципы для пациентоориентированных организаций здравоохранения, которые включают оказание медицинской помощи, соответствующей уникальным потребностям и предпочтениям пациента [14].

Следует уважать уникальность каждого пациента и его семьи, а их предпочтения, ценности, убеждения и личные цели должны учитываться при оказании медицинской помощи.

Процессы, которые демонстрируют уважение к пациентам и членам их семей, включают беседу с пациентом с соблюдением конфиденциальности, в приватной обстановке. У пациентов уточняют, необходима ли им помощь в заполнении форм и анкет, предоставляют услуги переводчика, если пациент не говорит по-английски, предлагают учебные материалы для пациентов на языке пациента. Данные материалы должны быть написаны на уровне понимания для 5-го класса или ниже [15].

Исследования показывают, что для пациентов в поведении врача имеет большое значение признание их как личности, внимание к их потребностям, а также проявление эмпатии. Такое поведение может проявляться во внимательном изучении анамнеза и выражении заботы о физическом и эмоциональном здоровье пациента. Уважительное и не унижающее достоинство оказание медицинской помощи приводит к повышению удовлетворенности пациентов и приверженности лечению [16].

Пациента необходимо выслушать, не перебивая; использовать язык, который пациенты пони-

мают; спрашивать пациентов, не хотят ли они привлечь членов семьи или других лиц из своего окружения для поддержки в обсуждении вопросов оказания медицинской помощи; задавать вопросы, которые позволяют врачу узнать пациента, а не только болезнь или причину визита; объяснять то, что врач делает во время приема, например, внесение информации в медицинскую информационную систему; спрашивать пациентов, есть ли у них какие-либо религиозные или культурные убеждения, которые следует учитывать при обсуждении планов лечения.

Для того, чтобы сделать лечение более персонализированным, Коллегия рекомендует начать с мелочей: врач может уточнить, как пациенту будет удобно построить процесс взаимодействия; использовать понятную речь для обсуждения текущей ситуации пациента; дать возможность пациенту видеть, что врач печатает в его электронной медицинской карте внутри медицинской информационной системы [17].

Следует отметить, что ценности пациента могут отличаться от ценностей лечащего врача. Ценности пациента могут приводить к превалированию краткосрочного улучшения состояния здоровья над долгосрочным состоянием здоровья. Однако уважение к предпочтениям и потребностям пациента не следует путать с «уступкой» просьбам об оказании помощи, которые не соответствуют клиническим представлениям врача или этическим стандартам. Партнерство с пациентом и его семьей не означает, что пациент всегда прав. Пациентоориентированное общение помогает сократить объем представления неэффективных с медицинской точки зрения услуг и уменьшить количество запросов на такие услуги. Врачи и пациенты могут ориентироваться на различные убеждения и ценности в отношении здоровья, но врачи должны быть готовы выслушать и понять потребности пациента в медицинской помощи в контексте его конкретной ситуации. Партнерство достигается, когда пациентам и их семьям предоставляется необходимая информация и предлагается принять решение об оказании медицинской помощи. Понимание культурных проблем и убеждений, которые могут способствовать принятию решений в области оказания медицинской помощи пациентом и семьей, также является важным компонентом партнерства [18].

Принцип 2. Пациенты и их семьи должны быть активными партнерами во всех аспектах оказания медицинской помощи.

Пациенты и их семьи должны участвовать в оказании медицинской помощи на выбранном ими

уровне, а их взгляды должны учитываться. «Ничего обо мне без меня» – так можно сформулировать данный принцип. Применение этого принципа способствуют привлечению пациентов к оказанию медицинской помощи путем принятия информированных совместных решений и совместной постановки целей оказания медицинской помощи. Пациенты, которые вовлечены в процесс принятия решений, с большей вероятностью будут удовлетворены оказанием медицинской помощи и будут соблюдать режим лечения [13].

Коллегия поддерживает активное участие пациентов и их семей в принятии решений, определении целей лечения и разработке планов лечения совместно с медицинскими работниками. Информированное или совместное принятие решений является эффективным способом для пациентов, их семей и врачей для сотрудничества, когда существуют альтернативные методы лечения. Систематический обзор 87 исследований (Cochrane Database, 2018), посвященных информированному или совместному принятию решений при соотнесении риска и вреда, связанных с различными методами лечения, показал, что принятие решений помогает повысить осведомленность пациентов о своих возможностях. Кроме того, использование средств принятия решений помогло пациентам принимать решения, которые соответствовали их ценностям, при этом, способствуя сотрудничеству с медицинским работником. Другие исследования показали, что участие пациентов в оказании медицинской помощи может привести к снижению тревожности, более быстрому выздоровлению и более строгому соблюдению схем лечения [19].

OpenNotes – движение, которое способствует партнерству пациентов и их семей при оказании медицинской помощи. Предоставление доступа к записям в электронной медицинской карте позволяет пациентам просматривать клиническую документацию и записи. Несмотря на первоначальные опасения по поводу доступа к документации и сбоев в рабочем процессе, исследователи отмечают, что пациенты, у которых есть доступ к своим записям, лучше контролируют свое лечение и лучше подготовлены к консультациям, также повышаются удовлетворенность пациентов, доверие и безопасность. У пациентов есть возможность просматривать записи о предыдущем посещении, представить обновленную информацию о состоянии здоровья и предложить повестку для следующего посещения [20].

Дополнительные методы партнерства с пациентами и их семьями включают содействие само-

стоятельному контролю за состоянием своего здоровья пациентами с хроническими заболеваниями; установление планов и целей оказания медицинской помощи совместно с пациентами; использование мотивационного интервью, чтобы побудить пациентов лучше понимать свои собственные предпочтения и цели в отношении здоровья; вовлечение пациентов и членов семьи в диалог во время врачебных обходов; уважение к решениям пациента по выполнению рекомендаций.

В соответствии с данным принципом пациенты и семьи могут выбрать менее активную роль в партнерстве из-за культурных факторов, эмоциональных способностей, личных предпочтений или других причин. Пациенты могут не обладать навыками или знаниями для эффективного взаимодействия.

Принцип 3. Необходимо привлекать пациентов и их семьи в развитие и совершенствование системы здравоохранения.

Пациенты и их семьи должны привлекаться к сотрудничеству как партнеры в совершенствовании системы и для оценки ее функционирования.

Пациенты и их семьи могут предложить точку зрения, которая может не приниматься в расчет работниками здравоохранения. Если пациенты не участвуют в процессе, то работникам здравоохранения нужно делать предположения о потребностях и предпочтениях пациентов. Пациенты и их семьи могут участвовать в планировке залов ожидания, оценке информационных материалов для пациентов, разработке алгоритмов для медицинских работников. Организации здравоохранения создают консультативные советы пациентов и их семей, чтобы вовлекать пациентов в развитие и совершенствование системы здравоохранения. Пациенты и их семьи – ресурс, который используется недостаточно, и они обладают ценным опытом, который можно использовать при совершенствовании системы здравоохранения [21].

Медицинские работники отмечают важную роль, которую пациенты и их семьи могут играть в совершенствовании системы здравоохранения. Пациенты и члены их семей работают в группах по повышению качества оказания медицинской помощи, участвуют в исследованиях и консультируют по вопросам проектирования организаций здравоохранения. K.L.Carman с соавт. [22] выделяют несколько уровней сотрудничества пациента. К данным уровням относятся: уровень непосредственного оказания медицинской помощи (например, участие в принятии решений о лечении), организационный уровень (например, участие в организационных опросах или фокус-группах,

посвященных опыту оказания помощи, участие в консультативных советах) и государственный уровень (например, участие в комитетах, которые принимают решения о распределении ресурсов для программ здравоохранения). Пациенты также должны участвовать в разработке показателей эффективности деятельности системы здравоохранения, клинических руководств. Их нужно привлекать к участию в разработке протоколов исследований и определению пациентоориентированных результатов.

Привлечение пациентов и их семей в качестве членов межпрофессиональных групп по оказанию медицинской помощи – стратегия активного партнерства с пациентами. Межпрофессиональное коллективное оказание медицинской помощи может привести к таким пациентоориентированным результатам, как расширение доступа к медицинской помощи и повышение удовлетворенности оказанием медицинской помощи в целом [23]. L.Schottenfeld с соавт. рекомендуют опрашивать пациентов, какую роль они хотели бы играть в команде по оказанию медицинской помощи, и вовлекать пациентов в оценку результатов на практическом уровне [24].

В системах здравоохранения есть много способов привлечь пациентов и их семьи в качестве партнеров:

- 1) определение точки зрения пациентов и их семей с помощью опросов или фокус-групп и определение возможностей для улучшения оказания медицинской помощи;
- 2) создание консультативного совета для пациентов и их семей для получения обратной связи по вопросам эффективности процессов оказания медицинской помощи;
- 3) приглашение пациентов и членов их семей к участию в мероприятиях по повышению качества, таких как улучшение безопасности приема лекарственных средств или анализ врачебной ошибки;
- 4) вовлечение пациентов и членов их семей в принятие решений о модернизации организации или технологического процесса;
- 5) включение пациентов в комитеты по оценке эффективности или разработке клинических руководств;
- 6) создание открытой и безопасной среды, которая помогает пациентам и членам их семьи и побуждает их высказываться;
- 7) получение отзывов пациентов о закупках медицинского оборудования;
- 8) участие пациентов и членов их семей в обучении нового медицинского персонала;

9) помощь пациентов и их семей при оценке новых учебных материалов или анкет для пациентов;

10) пропаганда на местном и государственном уровнях необходимости в совершенствовании системы здравоохранения.

Принцип 4. Пациенты и их семьи должны активно участвовать в обучении медицинских работников.

На данный момент описаны лишь эпизодические случаи партнерства пациентов и их семей в профессиональном медицинском образовании, поэтому необходимо переходить от отдельных инициатив к скоординированным и устойчивым программам, которые включают мероприятия по вовлечению пациентов.

Система подготовки медицинских кадров должна адаптироваться под изменение взаимодействия между пациентами и медицинскими работниками. Исторически медицинское образование было сосредоточено больше на диагностике и лечении заболеваний, чем на учете предпочтений, ценностей и убеждений пациентов и их семей [25]. Для эффективного обучения медицинских работников навыкам партнерства пациенты должны играть ключевую роль в планировании и разработке учебных программ.

В определенных Коллегией принципах признается важность обучения и подготовки специалистов здравоохранения таким образом, чтобы способствовать эффективному партнерству медицинских работников с пациентами и их семьями. Пациенты и их семьи должны участвовать в профессиональном медицинском образовании не только как реципиенты помощи, но также как наставники и специалисты по оценке лиц, получающих медицинское образование [21]. Пациенты могут передать свой опыт взаимодействия с системой здравоохранения, а также особенности жизни с заболеванием или травмой таким образом, каким невозможно передать через учебники. Пациенты не могут и не должны заменять преподавателей, но должны рассматриваться как ценный дополнительный ресурс к обычной учебной программе по клиническим дисциплинам.

В Медицинском колледже штата Пенсильвания (США) студенты-медики, участвующие в проекте «Пациенты как учителя», навещают пациентов и членов их семей в их домах, чтобы обсудить болезни и другие связанные с этим вопросы.

Стратегии привлечения пациентов и их семей в качестве партнеров к обучению специалистов системы здравоохранения включают:

1) предоставление пациентам и членам их семей возможности присутствовать на обучающих конференциях или врачебных совещаниях;

2) предоставление возможности студентам-медикам и ординаторам сотрудничать с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями;

3) использование опыта пациентов в образовательных программах;

4) разработку формального механизма включения пациентов и членов их семей в дискуссии и обучение во время обходов в отделениях больницы;

5) приглашение пациентов и членов их семей для работы по разработке учебных программ;

6) вовлечение пациентов и их семей в разработку систем оценки для студентов и привлечение их в качестве оценщиков;

7) включение точки зрения пациентов в дизайн исследований, проводимых в системе здравоохранения.

Одно из направлений ПОЗ на постсоветском пространстве – проекты «Бережливая поликлиника», реализуемый в рамках федерального проекта «Первичная медико-санитарная помощь» национального проекта «Здравоохранение» (Российская Федерация) [26], и «Заботливая поликлиника» (Республика Беларусь).

В постановлении Совета Министров Республики Беларусь от 19.01.2021 №28 «О государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы» в качестве одного из ключевых направлений деятельности выделено поэтапное внедрение новых методов персонифицированной медицины для повышения результативности оказания медицинской помощи. В 2016–2020 гг. начата реализация пилотного проекта «Заботливая поликлиника», направленного на создание комфортной среды для пациентов посредством изменения работы регистратуры, четкой маршрутизации пациентов, оптимизации рабочих мест медицинских работников [27].

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения от 16.11.2018 №1186 «О реализации пилотного проекта «Заботливая поликлиника» (далее – Проект) в Республике Беларусь осуществляется программа, цель которой – внедрение организационных технологий, направленных на повышение удовлетворенности населения качеством и порядком оказания медицинской помощи, улучшение доступности получения населением медицинской помощи.

Задачи Проекта:

создание комфортных условий пребывания пациентов в организации здравоохранения;

формирование рациональных потоков пациентов в зависимости от цели посещения;

снижение времени пребывания пациентов в организации здравоохранения;

организация рабочих мест, обеспечивающих безопасность и комфортность работы;

равномерное, сбалансированное распределение функциональных обязанностей между врачами и средними медицинскими работниками, распределение функций персонала внутри отдельных структурных подразделений (регистратура, лаборатория) организации здравоохранения;

формирование корпоративной культуры [28].

Европейская программа «Совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы» на 2020–2025 гг. предусматривает, в том числе, развитие ПОЗ [29].

Более существенную ориентацию на права и потребности пациента гарантирует вступающая в силу 23 июля 2021 г. обновленная версия Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-XII «О здравоохранении» (далее – Закон №2435-XII) [30]. В статье 41 Закона №2435-XII определены права пациента. Так, пациент имеет право, в числе прочего, на:

выбор лечащего врача и организации здравоохранения;

участие в выборе методов оказания медицинской помощи;

получение в доступной форме информации о состоянии собственного здоровья, применяемых методах оказания медицинской помощи, а также о квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;

отказ от внесения информации, составляющей врачебную тайну, в централизованную информационную систему здравоохранения, за исключением информации, предоставляемой организациями здравоохранения в правоохранительные органы в соответствии с абзацем вторым части одиннадцатой статьи 46 данного закона;

ознакомление с медицинскими документами, имеющимися в организации здравоохранения и отражающими информацию о состоянии его здоровья, фактах обращения за медицинской помощью.

Согласно статье 44 Закона №2435-XII «Согласие на оказание медицинской помощи», необходимым условием оказания медицинской помощи пациенту является наличие предварительного информированного добровольного согласия совершеннолетнего пациента, если иное не предусмотрено указанной статьей, или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона №2435-XII, ознаком-

ленных с целью медицинского вмешательства, прогнозируемыми результатами и возможными рисками.

В последние годы в организациях здравоохранения постепенно акценты смещаются в сторону ПОЗ: пациента активно вовлекают в процесс принятия решения о методах лечения, они воспринимают себя все чаще как равноправных участников диалога с врачом, и задача врача, в случае если позиция пациента отличается от позиции врача, четко и аргументированно доказывать преимущество того или иного метода лечения. Вопросы пациентоориентированности возникают и при выборе режима дозирования и способа введения лекарственного средства. Так, амоксициллина клавуланат может быть назначен в дозировке 875/125 2 раза в сутки, а в дозировке 500/125 три раза в сутки. Становясь на позицию пациента, врач должен понимать, что увеличение количества приемов лекарственного средства в сутки ведет к снижению комплаентности к лечению и может привести к ухудшению результатов лечения и его неэффективности. Пациенту необходимо предоставить выбор и поинтересоваться: какой режим дозирования ему удобен? Вполне вероятно, что могут быть пациенты, нацеленные на максимально строгое выполнение рекомендаций врача, и для них указание принимать лекарственное средство 3 раза в определенное время суток не вызовет никакого дискомфорта, но будут и такие, которым сложно принять даже 1 раз в сутки лекарственное средство в определенное время.

Заключение и выводы. Пациенты и их семьи играют большую, чем когда-либо, роль в сфере здравоохранения как партнеры при оказании медицинской помощи и как советники в совершенствовании организации оказания медицинской помощи. Роль пациентов в системе здравоохранения на современном этапе можно сформулировать в виде постулата «ничего обо мне без меня».

К факторам, которые способствовали развитию пациентоориентированного здравоохранения можно отнести: разработку индивидуальной терапии, где «один размер не подходит всем»; проблемы, связанные с доказательной медициной, с акцентом на оценку медицинских вмешательств «усредненных» пациентов; трудности, с которыми пациенты получают ощутимую пользу от результатов клинических исследований. Целью ПОЗ является улучшение показателей здоровья отдельных пациентов в контексте повседневной клинической практики с учетом целей, предпочтений и ценностей каждого пациента, а также имеющихся экономических ресурсов.

ПОЗ требует изменения парадигмы в практике медицины. Сейчас мы переходим от модели, ориентированной на поставщика медицинских услуг, основанной на милосердии и авторитаризме врача, к модели, ориентированной на пациента, основанной на принципе автономии. Предпочтения, цели и ценности пациента должны играть фундаментальную роль в совместном принятии решений. Врач становится «помощником, помогающим пациенту принимать обоснованные решения». Конечная цель должна заключаться не в том, чтобы узнать, какое лечение является наилучшим для усредненного пациента, а в улучшении результатов здоровья конкретных пациентов, обеспечивая при этом реальное влияние результатов медицинских исследований на здравоохранение.

Эта новая парадигма требует изменения отношений между врачами и пациентами, этических принципов, регулирующих отношения между ними, а также изменения в образовании и законодательстве в области здравоохранения. Это также имеет важное значение для исследовательских процессов, поскольку для ПОЗ необходимо развитие исследований, ориентированных на пациента.

Дальнейшие разработки в области информационных технологий могут помочь сократить существующий разрыв между исследованиями и клинической практикой, без чего было бы очень сложно оценить эффективность медицинских вмешательств или превратить результаты клинических исследований в ощутимые преимущества для пациентов.

Партнерство с пациентом и семьей в оказании медицинской помощи может улучшить результаты в отношении здоровья пациента, повысит эффективность лечения, а также удовлетворенность пациентов и врачей. Пациентоориентированные стратегии сокращают использование ресурсов здравоохранения, приводят к меньшему количеству диагностических исследований, а также к снижению затрат на здравоохранение [10]. Практика пациентоориентированного общения коррелирует со снижением беспокойства пациентов, лучшей реабилитацией и улучшением эмоционального здоровья при оказании медицинской помощи [31].

Однако, несмотря на признание того, что партнерство врача и пациента, его семьи может улучшить и улучшает результаты лечения, есть факторы, которые препятствуют широкому распространению пациентоориентированного здравоохранения. Это:

организационные проблемы: в ходе опроса, проведенного в больницах в США в 2013–2014 гг.,

50% респондентов отмечали наличие организационных проблем для реализации стратегии взаимодействия с пациентами и их семьями. Проблемы включали необходимость в дополнительном времени для создания программ консультирования пациентов, отсутствие финансовой поддержки деятельности по взаимодействию с пациентами и их семьями, отсутствие поддержки со стороны администрации и недостаточное обучение врачей тому, как эффективно сотрудничать с пациентами и их семьями [32]. K.Luxford, D.G.Safran и T.Delbanco обнаружили, что сосредоточение внимания на системе здравоохранения и поставщиках услуг является препятствием для перехода к культуре, ориентированной на пациента [33];

проблемы медицинских работников: пациенты и врачи указывают на необходимость увеличения продолжительности консультативного приема. Согласно результатам опроса 2017 г. с оценкой госпитальной практики США, проведенного Фондом врачей, только 11% пациентов и 14% врачей считали, что у них было достаточно времени, чтобы обеспечить выполнение стандарта лечения [32]. Нехватка времени может привести к тому, что пациенты будут считать своих лечащих врачей незаинтересованными. Пациенты также опасаются, что врачи будут больше времени уделять внесению информации в электронную медицинскую карту [34]. Обучение медицинских работников не в полной мере учитывает важность пациентоориентированного подхода в оказании медицинской помощи. Обучение, развивающее коммуникативные навыки, эмпатию и межличностные навыки осуществляется в начале учебной программы, является сравнительно коротким и часто не подкрепляется на протяжении всего цикла обучения. Это может затруднить для врачей формирование партнерских отношений с пациентами и их семьями [35];

проблемы пациентов: термин «санитарная грамотность» описывает навыки, необходимые человеку для участия в принятии решений о своем собственном здоровье, включая общение с медицинскими работниками, использование медицинского оборудования или технологий. Данные систематического обзора N.D.Berkman с соавт. с показателями национальной оценки грамотности взрослого населения свидетельствуют о том, что только 12% взрослых имеют достаточную санитарную грамотность для управления своим здоровьем, при этом, у 14% отмечен уровень ниже базового. Низкая санитарная грамотность связана с увеличением числа госпитализаций, более широким использованием службы скорой медицинской помощи, ухудшением общего состояния

здоровья [36]. Пациенты с ограниченным знанием английского языка (в англоязычных странах), пожилые люди и другие уязвимые группы могут столкнуться с дополнительными проблемами при попытке вовлечения их в принятие решений об оказании медицинской помощи. На способность пациента эффективно участвовать в процессе принятия решений об оказании медицинской помощи могут влиять и другие факторы, включая знания, отношения и убеждения, расу и социально-экономический статус, а также предыдущий опыт взаимодействия с системой здравоохранения [37].

Выводы:

1. Развитие пациентоориентированной корпоративной культуры – это одна из наиболее актуальных задач, стоящих перед государственными организациями здравоохранения на современном этапе развития здравоохранения в Республике Беларусь.

2. Для успешной реализации текущих и перспективных планов развития системы здравоохранения необходимо целенаправленно заниматься обучением руководителей и медицинских работников коммуникативным и управленческим навыкам, включая управление проектами.

3. Развитие и совершенствование системы управленческих и коммуникационных корпоративных компетенций медицинских работников является базовой основой для развития человеческого капитала организаций здравоохранения.

4. Партнерство между пациентом и семьей в разработке, оказании и оценке медицинской помощи имеет решающее значение для того, чтобы система здравоохранения была эффективной.

5. Партнерские отношения с пациентами могут повысить профессиональную удовлетворенность медицинских работников.

Литература

1. Brandt, Allan M. Racism and Research: The Case of the Tuskegee Syphilis Study [Electronic resource] / A.M.Brandt // The Hastings Center Report. – 1978. – Vol.8, No.6. – P.21–29. – Mode of access: <https://doi.org/10.2307/3561468>; <https://www.jstor.org/stable/3561468>. – Date of access: 15.04.2021/
2. Balint, E. The possibilities of patient-centered medicine / E.Balint // J R Coll Gen Pract. – 1969. – P.269–276 [PMID: 5770926].
3. Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care / M.Gerteis [et al.] eds. – San Francisco: Jossey-Bass, 1993.
4. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century / Institute of Medicine. – Washington, DC: National Academies Pr., 2001 [DOI: 10.17226/10027].
5. Johnson, B.H. Partnering with Patients, Residents, and Families: A Resource for Leaders of Hospitals,

- Ambulatory Care Settings, and Long-Term Care Communities / B.H.Johnson, M.R.Abraham. – Bethesda Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2012.
6. Colgan, R. Advice to the Healer: On the Art of Caring / R.Colgan. – New York: Springer Publishing, 2012.
 7. The patient's role in patient safety: engaging patients, their representatives, and health professionals / M.Koutantji [et al.] // Clin Risk. – 2005. – P.109–104.
 8. Parent-reported errors and adverse events in hospitalized children / A.Khan [et al.] // JAMA Pediatr. – 2016. – P.170–181. [PMID: 26928413] [doi:10.1001/jamapediatrics.2015.4608].
 9. Medication safety messages for patients via the Web portal: the MedCheck intervention / S.N.Weingart [et al.] // Int J Med Inform. – 2008. – P.161–168. [PMID: 17581772].
 10. Bertakis, K.D. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization / K.D.Bertakis, R.Azari // J Am Board Fam Med. – 2011. – P.229–239. [PMID: 21551394] [doi:10.3122/jabfm.2011.03.100170].
 11. Царанов, К.Н. Подходы к формированию пациентоориентированной корпоративной культуры медицинской организации [Электронный ресурс] / К.Н.Царанов // Актуальные вопросы медицины в современных условиях: сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. – 2015 – №2. – Режим доступа: <https://izron.ru/articles/aktualnye-voprosy-meditsiny-v-sovremennykh-usloviyakh-sbornik-nauchnykh-trudov-po-itogam-mezhdunarod-sektsiya-26-obshchestvennoe-zdorove-i-zdravookhranenie-spetsialnost-14-02-03/podkhody-k-formirovaniyu-patsientoorientirovannoy-korporativnoy-kultury-meditsinskoj-organizatsii/>. – Дата доступа: 15.04.2021.
 12. Inviting patients to read their doctors' notes: a quasi-experimental study and a look ahead / T.Delbanco [et al.] // Ann Intern Med. – 2012. – P.461–470 [doi:10.7326/0003-4819-157-7-201210020-00002].
 13. Berwick, D.M. The triple aim: care, health, and cost / D.M.Berwick, T.W.Nolan, J.Whittington // Health Aff (Millwood). – 2008. – P.759–769. [PMID: 18474969] [doi:10.1377/hlthaff.27.3.759].
 14. Principles for Patient- and Family-Centered Care: The Medical Home from the Consumer Perspective [Electronic resource] / National Partnership for Women & Families. – Washington, DC: National Partnership for Women & Families, 2013. – Mode of access: https://www.nationalpartnership.org/site/DocServer/Advocate_Toolkit_Consumer_Principles_3-30-09.pdf?docID=4821. – Date of access: 15.04.2021.
 15. Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals / The Joint Commission. – Oakbrook Terrace, IL, 2010.
 16. Sugarman, J. Toward treatment with respect and dignity in the intensive care unit / J.Sugarman // Narrat Inq Bioeth. – 2015. – P.1A–4A. [PMID: 25772727] [doi:10.1353/nib.2015.0006/].
 17. Nickel, Wendy K. Principles for Patient and Family Partnership in Care: An American College of Physicians Position Paper / W.K.Nickel, S.E.Weinberger, Ph.A.Guze. – American College of Physicians, 2018.
 18. Getting to “no”: strategies primary care physicians use to deny patient requests / D.A.Paterniti [et al.] // Arch Intern Med. – 2010. – P.381–388 [PMID: 20177043] [doi:10.1001/archinternmed.2009.533/].
 19. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals / F.Legare [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2018. [PMID: 30025154] [doi:10.1002/14651858.CD006732.pub4].
 20. When doctors share visit notes with patients: a study of patient and doctor perceptions of documentation errors, safety opportunities and the patient-doctor relationship / S.K.Bell [et al.] // BMJ Qual Saf. – 2017. – P.262–270 [PMID: 27193032] [doi:10.1136/bmjqs-2015-004697/].
 21. Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety [Electronic resource]. – Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013. – Mode of access: <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/guide.html>. – Date of access: 15.04.2021.
 22. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies / K.L.Carman [et al.] // Health Aff (Millwood). – 2013. – P.223–231 [PMID: 23381514] [doi:10.1377/hlthaff.2012.1133/].
 23. Quality, satisfaction, and financial efficiency associated with elements of primary care practice transformation: preliminary findings / J.Day [et al.] // Ann Fam Med. – 2013. P 51-59. [PMID: 23690386] [doi:10.1370/afm.1475].
 24. Creating Patient-Centered Team-Based Primary Care / L.Schottenfeld [et al.] // AHRQ Publication No.16-0002-EF. – Rockville Agency for Healthcare Research and Quality, 2018.
 25. Weinberger, S.E. Patient- and family-centered medical education: the next revolution in medical education? / S.E.Weinberger, B.H.Johnson, D.L.Ness // Ann Intern Med. – 2014. – P.161–173 [doi:10.7326/M13-2993].
 26. Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи: федеральный проект [Электронный ресурс] // Сайт Министерства здравоохранения Рос. Федерации. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravookhranenie/pervichka>. – Дата доступа: 15.04.2021.
 27. О государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., №28 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

28. О реализации пилотного проекта «Заботливая поликлиника» [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 16 нояб. 2018 г., №1186 // Сайт Министерства здравоохранения Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza/>. – Дата доступа: 15.04.2021.
29. Совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы [Электронный ресурс]: Европейская программа работы на 2020–2025 гг. // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333909/70wd11r-rev4-EPW-200673.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Дата доступа: 15.04.2021.
30. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХП // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
31. The impact of patient-centered care on outcomes / M.Stewart [et al.] // *J Fam Pract.* – 2000. – P.796–804 [PMID: 11032203].
32. Patient and family engagement: a survey of US hospital practices / J.Herrin [et al.] // *BMJ Qual Saf.* – 2016. – P.182–189 [PMID: 26082560] [doi:10.1136/bmjqs-2015-004006].
33. *Luxford, K.* Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience / *K.Luxford, D.G.Safran, T.Delbanco* // *Int J Qual Health Care.* – 2011. – P.510–515 [PMID: 21586433] [doi:10.1093/intqhc/mzr024].
34. Impact of electronic health records on the patient experience in a hospital setting / *C.W.Migdal* [et al.] // *J Hosp Med.* – 2014. – P.627–633 [PMID: 25052463] [doi:10.1002/jhm.2240].
35. *Levinson, W.* Developing physician communication skills for patient-centered care / *W.Levinson, C.S.Lesser, R.M.Epstein* // *Health Aff (Millwood).* – 2010. – P.1310–1318 [PMID: 20606179] [doi:10.1377/hlthaff.2009.0450].
36. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review / *N.D.Berkman* [et al.] // *Ann Intern Med.* – 2011. – P.97–107 [doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005].
37. Guide to Patient and Family Engagement [Electronic resource] / American Institutes for Research: Environmental Scan Report; *M.Maurer* [et al.]. – Rockville Agency for Healthcare Research and Quality, 2012. – Mode of access: <https://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/ptfamilyscan/index.html>. – Date of access: 15.04.2021.

PATIENT-CENTERED HEALTHCARE

¹ **M.M.Sachek**, ² **A.V.Maimur**

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

² 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

The article provides a review of literature on patient-centered health care, from the history of occurrence to the current state. Basic principles of patient-centered healthcare are listed.

Keywords: patient-centered healthcare; healthcare; communication skills; quality of medical care; patient satisfaction with medical care.

Сведения об авторах:

Сачек Марина Михайловна, д-р мед. наук, профессор; ГУО «Белорусская медицинская академия последиplomного образования», профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 6703237; e-mail: msachek@rambler.ru.

Маймур Александр Валерьевич, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория основ стандартизации и оценки медицинских технологий, старший научный сотрудник; тел.: (+37529) 3302590; e-mail: maimur@belcmt.by.

Поступила 19.04.2021 г.

УДК 614.2:316.485.6

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ КОНФЛИКТОГЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

М.М.Солтан, 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

Представлен анализ факторов риска возникновения конфликтов при осуществлении медицинской деятельности, приведены организационные мероприятия по управлению рисками.

Ключевые слова: конфликт; медицинская деятельность; рабочая среда; профессиональная ориентация; коммуникативные навыки; психологическая помощь медицинскому персоналу; медиация в здравоохранении.

Медицинская деятельность, как любая сфера деятельности, связанная с взаимодействием людей, является потенциально конфликтной. Проблеме конфликта и конфликтного взаимодействия в медицине посвящены многочисленные исследования. Однако, до сих пор недостаточно осмысливается влияние конфликтного потенциала медицины как социального института на все уровни общественной жизни, так как конфликты в медицинской среде существуют и реализуются не только в границах профессиональной группы медицинских работников, но и проецируются за ее пределы – на отношения с пациентами. Процесс оказания медицинской помощи включает различные виды взаимоотношений в триаде «врач – пациент – общество» (информационные, экономические, правовые, этические и др.), а также различные типы социальных взаимодействий – конкуренцию, кооперацию, конфликт с учетом набора функций каждого из них. В качестве предмета конфликта в медицине чаще всего выступают такие объективные причины (не зависящие от врача), как организационно-технические и финансовые (экономические). Из субъективных причин (зависящих от врача) следует отметить информационно-деонтологические, диагностические, лечебно-профилактические и тактические [1].

В мае 2016 г. в Женеве был представлен доклад ВОЗ, в котором сообщалось о том, что в 2014–2015 гг. в мире было совершено 600 нападений на медицинские учреждения и их сотрудников. В результате погибли более 900 медицинских работников. Эти данные были собраны в 19 странах [2].

Конфликтные ситуации между медицинским работником и пациентом, связанные с психологи-

ческим или физическим насилием, унижением чести и достоинства, обвинением медицинского работника в неоказании или некачественном оказании медицинской помощи исходят, во многом, из потребительского отношения пациентов к медицине, снижения престижности профессии. Кроме того, у медицинских работников слабо сформированы практические навыки в области психологии и конфликтологии, так как эти вопросы недостаточно представлены в программах подготовки и переподготовки специалистов как на первой ступени получения медицинского образования, так и на этапе дополнительного послевузовского образования [3].

В настоящее время профилактика конфликтных ситуаций в медицине требует комплексного подхода и учета многочисленных факторов риска.

Как и любая сфера деятельности человека, медицинская деятельность сопряжена с неустрашимым наличием риска для здоровья человека, который называется «профессиональным риском». Профессиональный риск формируется под влиянием комплекса взаимосвязанных факторов условий труда и трудового процесса (воздействие технической системы на человека), с одной стороны, и биологического состояния человека и его здоровья (восприятие факторов риска), с другой стороны [4]. В современных условиях труд медицинских работников все более становится сопряженным с воздействием ряда вредных производственных факторов химической, биологической, физической природы, также возрастает психоэмоциональная и интеллектуальная нагрузка [5], что сказывается на состоянии здоровья работников.

Проведенные исследования выявили тенденцию к увеличению показателей заболеваемости и инвалидизации медицинского персонала, отличающихся специфичностью в зависимости от специальности медицинского работника и комплекса соответствующих ей факторов производственной среды [6]. Поэтому одно из направлений минимизации профессиональных рисков – создание максимально благоприятной производственной среды для медицинских работников.

Резервом управления профессиональным риском являются своевременная профессиональная ориентация, качественное врачебно-профессиональное консультирование и профессиональный отбор молодежи, а также дальнейшая успешная профессиональная адаптация молодых специалистов. Известно, что правильно выбранная профессия способствует достижению наиболее высоких показателей в трудовой и общественной деятельности, а удовлетворенность процессом труда и его результатами дает возможность максимального проявления творчества, лучшего эмоционального настроения, более полного осуществления всех жизненных планов как одного человека, так и общества в целом. Правильный выбор профессии в 2–2,5 раза снижает кадровые потери, на 10–15% увеличивает производительность труда и в 1,5–2 раза уменьшает стоимость обучения кадров [7].

Однако, проведенные исследования показали, что среди абитуриентов, претендующих на получение медицинского образования, не проводится качественная профессионально-ориентационная работа. Как следствие, студентами медицинского вуза могут стать лица, не соответствующие психофизиологическим особенностям избранной профессии, с недостаточным уровнем стрессоустойчивости [8]. В процессе получения высшего медицинского образования мало внимания уделяется получению знаний и овладению мерами профилактики переутомления и стресса будущими врачами, в том числе, формированию коммуникативных навыков [9]. В результате, к моменту окончания медицинского вуза не у всех выпускников сформированы профессионально необходимые качества личности и устойчивое положительное отношение к своей профессии, что в последующем может стать основой для возникновения конфликтов, в том числе, и в профессиональной деятельности. Так, при опросе студентов установлено, что в избранной специальности хотели бы работать две трети выпускников, пятая часть студентов полностью разочаровалась в будущей профессии, каждый десятый из опрошенных сомневается в правильности профессионального выбора [10].

Все возрастающая распространенность нервно-психических и психосоматических заболеваний, поведенческих расстройств и аномалий развития, проявлений психической дезадаптации, различных форм саморазрушающего поведения требует расширения профессиональной деятельности медицинских психологов и специалистов по социальной работе в системе здравоохранения, где особая роль отводится организационным мерам по эффективному разрешению противоречий между пациентом и врачом. В связи с этим, назрела необходимость в создании эффективной технологии управления конфликтами в организациях здравоохранения, включая их прогнозирование, выявление, редукцию и регулирование. Психологический и медико-социологический мониторинг позволит своевременно выявить зоны напряженности, существующие противоречия, изучить отрицательные социальные факторы, такие как негативное психическое состояние как медицинского работника, так и пациентов, обусловленное невозможностью удовлетворения собственных потребностей, их влияние на лечебный процесс, психологический климат в организации здравоохранения и, как следствие, на состояние общественного здоровья [11].

В противном случае медицинский персонал начинает сталкиваться с таким специфическим видом профессиональной деформации, как синдром эмоционального выгорания, проявляющийся в чувстве эмоционального истощения, тенденции к развитию негативного отношения к пациенту, недостатке чувства профессионального мастерства. Длительное наличие синдрома приводит к различным вариантам саморазрушающего поведения, а также невротическим и психосоматическим расстройствам у медицинских работников [12–14].

Стрессогенность медицинской деятельности стала особенно актуальной в связи с пандемией COVID-19. Исследования, проведенные по всему миру, показали, что пандемия COVID-19 оказывает широкое психосоциальное и эмоциональное влияние на все группы населения. Медицинские работники в перепрофилированных организациях испытывают беспрецедентные физические и психологические трудности, что связано с административно управляемым переходом на несвойственные формы работы с пациентами, недостаточностью имеющихся знаний о характере заболевания, способах его распространения и лечения, возможных осложнениях. Основные факторы и их последствия, влияющие на психологическое состояние медицинского персонала, можно разделить на несколько групп [15–19].

1. Административные.

Необходимость объединения сотрудников из разных отделений и учреждений для совместной работы приводит к возникновению межличностных проблем среди медработников, между медицинским персоналом и административными структурами.

2. Профессиональные.

Особенности оказания помощи: отсутствие единого доказательного протокола лечения, ежедневное изменение применяемых стратегий и лекарственных средств, трудности в прогнозировании тяжелых осложнений; постоянный поток клинической информации, требующей уточнений и подтверждений; необходимость для многих медработников работать за пределами своей специализации с пациентами другого типа.

Столкновение с этическими дилеммами: чувство неуверенности, возникающее у части сотрудников при появлении у них симптомов недопомощи (если об этом сообщить, то это может рассматриваться как попытка избежать своих обязанностей); неопределенность и неоднозначность при расставлении приоритетов в ситуации, когда количество пациентов превышает доступное количество аппаратов искусственной вентиляции легких.

Особенности работы с использованием средств индивидуальной защиты: противоречивая и быстро меняющаяся информация о средствах индивидуальной защиты, тревога из-за правильного надевания и снятия костюма, необходимость повторного использования средств индивидуальной защиты, неуверенность в собственной безопасности на рабочем месте, чувство удушья, физический дискомфорт, возможная агорафобия.

3. Социальные.

Стигматизация: самостигматизация («почему я в этой профессии»); общественная стигматизация («если окружающие узнают, что я медик, то они могут негативно отреагировать»).

Последствия, вызванные нахождением на карантине: социальная изоляция, одиночество, возникновение симптомов депрессии, беспокойства, бессонницы; нахождение вдали от семьи, приводящее к отчуждению; беспокойство о состоянии близких; чувство вины за невыполнение обязанностей, страх потерять работу, желание быть частью команды и альтруистические цели.

4. Эмоционально-личностные.

Дискомфорт от чувства большой ответственности, возложенной на врачей в плане принятия решений; обеспокоенность своей безопасностью при работе в условиях заражения и обеспокоен-

ность возможным фактом распространения инфекции среди членов семьи, коллег, других пациентов; эмоциональная нагрузка, связанная с чувством ответственности и неуверенности в правильности проводимых с пациентами процедур (ощущение недостаточного обследования пациентов, отсутствие надлежащего контакта с пациентами, невозможность спасти некоторых пациентов); эмоциональные переживания, связанные со смертью пациентов, коллег, членов семьи.

В данной ситуации медицинский персонал склонен к использованию неэффективной стратегии совладания, которая в итоге может привести к психологическому срыву: полное погружение в работу и, в конечном счете, «умирание» с каждым пациентом; «психологическое окаменение», стремление свести к минимуму общение с больными; стремление забыть, «вытеснить» травматические события, которые не укладываются в мировоззренческую систему, но тогда они все равно оказывают свое травмирующее воздействие уже на бессознательном уровне.

Действие вышеперечисленных факторов психологического неблагополучия, проявляющихся наиболее остро в экстремальных ситуациях, подтверждает, что психологическое сопровождение медицинского персонала является важной задачей общественного здравоохранения. В работе A.W.Wu, C.Connors, G.S.Everly [20], имеющих опыт оказания психологической помощи медицинскому персоналу в кризисных ситуациях, предлагаются 3 стратегические принципа минимизации психологических рисков медицинского персонала, в том числе, и при оказании медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19. Во-первых, необходимо обеспечить лидерство, ориентированное на устойчивость. Эффективное антикризисное управление, решительные действия, открытое, честное и частое общение способствуют установлению доверия подчиненных своему руководству. Во-вторых, важно структурировать кризисные коммуникации, чтобы представлять информацию и расширять возможности. Отсутствие информации порождает мифы и наихудшие сценарии развития событий. Самая свежая информация о COVID-19, о том, что делается для защиты медработников и что им следует делать в случае заражения, может помочь уменьшить беспокойство. В-третьих, должна быть создана непрерывная психологическая поддержка персонала внутри организации здравоохранения.

В некоторых странах уже описаны случаи организованной психологической помощи сотрудникам медицинских учреждений во время эпидемии

COVID-19. Так, в одном из госпиталей Китая была разработана модель кризисного психологического сопровождения медицинского персонала [21]. Данная модель преимущественно опиралась на дистанционные способы работы с персоналом посредством телефонной горячей линии, различных Интернет-платформ для психологического анкетирования, онлайн-консультирования сотрудников, имеющих запрос на психологическую помощь или выявленных с помощью анкетирования из группы риска. Дистанционная форма облегчила контактирование большого числа сотрудников с группой психологов, позволила минимизировать риск заражения при обращении к психологу, отличалась удобством ее использования при ненормированном рабочем графике медицинского персонала.

Не менее интересным оказался опыт работы штатного коллектива психологической службы Федерального центра мозга и нейротехнологий Федерального медико-биологического агентства (Москва, Россия) [22]. С целью предоставления раннего доступа сотрудников к профессиональной психологической помощи, в центре было создано несколько форм психологического сопровождения: горячая линия психологической помощи; очная психологическая служба; дистанционная психологическая служба; экспертный совет – группа, состоящая из старших экспертов по психологическому сопровождению, отвечающая за контроль разрабатываемых материалов. Данный опыт показал важность функционирования штатной психологической службы для оказания помощи медицинскому персоналу, а также необходимость внедрения и развертывания психологических служб и программ вмешательства в условиях чрезвычайной ситуации для системы здравоохранения и населения в целом.

Следует отметить, что в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 17 мая 2012 г. №566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» для оказания помощи предусмотрено введение в штатные нормативы медицинских организаций должности медицинских психологов [23].

В Республике Беларусь оказание психологической помощи населению регламентировано Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. №153-З «Об оказании психологической помощи» [24] (в редакции Закона Республики Беларусь от 11 декабря 2020 г. №94-З «Об изменении законов по вопросам здравоохранения и оказания психоло-

гической помощи» [25]) и подзаконными актами [26]. Оказание психологической помощи гражданам (пациентам) осуществляется в организациях здравоохранения районного, областного и республиканского уровней в амбулаторных и стационарных условиях. Психологическую помощь оказывают психологи, прошедшие подготовку (переподготовку, повышение квалификации) по медицинской психологии.

Оказание психологической помощи в период пандемии COVID-19 регламентировано приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об оказании психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи пациентам, перенесшим инфекцию COVID-19» от 30.11.2020 №1265 [27]. На сайте ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (далее – БелМАПО) размещены материалы «Оказание психологической помощи медикам в ситуации COVID-19», подготовленные сотрудниками кафедры психотерапии и медицинской психологии [28].

На основании приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 №1191 создается республиканская система Центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских, фармацевтических работников. Приказом были определены учреждения образования, на базе которых будут созданы вышеуказанные Центры. Целевая группа Центров – руководители организаций здравоохранения, врачи-специалисты, провизоры-специалисты, врачи-интерны, ординаторы, аспиранты, средний медицинский и фармацевтический персонал, студенты и обучающиеся колледжей [29].

Кроме организации штатной психологической службы для оказания помощи медицинскому персоналу внутри организаций здравоохранения, сегодня в отрасли целесообразно внедрять специализированные технологии разрешения конфликтов. Наиболее оптимальным и общепризнанным методом стабилизации партнерских взаимоотношений является применение практики медиации в рамках разрешения любых конфликтов.

Медиация – процедура досудебного разрешения конфликта посредством привлечения третьей стороны, специалиста-медиатора. Международный опыт показывает, что медиацию можно и необходимо внедрять в медицинской сфере. США, Великобритания, Италия, Германия, Италия, Австралия, Австрия, Индия, Китай, Венгрия, Корея, Япония – это краткий перечень стран, в которых активно практикуется процедура медиации [30]. Так, на-

пример, в США вся правовая система ориентирована на урегулирование споров в добровольном порядке до суда, а судья вправе прервать процесс судопроизводства и порекомендовать сторонам попытаться разрешить конфликт посредством медиатора. 95% гражданских исков не доходят до стадии судебного заседания по причине заключения сторонами медиативного соглашения. Также в США существует Национальный институт разрешения диспутов, выпускается «Ежеквартальный журнал по медиации», существует горячая линия, которая поможет подобрать подходящего специалиста-медиатора в любой части страны. В Германии непосредственно при судах работают службы медиации, в большинстве немецких юридических школ обязателен курс медиации. В Индии медиативные соглашения имеют юридическую силу, аналогичную решениям третейских судов. Одним из лидеров медиативной практики является Китай. По экспертным оценкам, около 30% споров в Китае решается посредством медиации. Приверженность деловых кругов Японии альтернативным методам разрешения споров традиционно была связана с этической стороной – негативным отношением к выбору государственного суда как способа урегулирования разногласий.

С января 2011 г. в России вступил в силу федеральный закон «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» [31]. Этот закон создает правовой механизм для применения в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации альтернативной процедуры урегулирования конфликтов:

при нарушении норм профессиональной этики при оказании медицинской помощи (услуги) пациентам;

при нарушении конституционных прав граждан на получение бесплатной качественной медицинской помощи (услуги);

при невыполнении обязательств условий договора возмездного оказания медицинских услуг;

при нарушении норм трудового законодательства работодателем (главный врач) и сотрудником медицинской организации.

Как показала международная практика, при привлечении медиаторов и досудебном разрешении конфликтных ситуаций между медицинским работником и пациентом достигается ряд преимуществ. Включение процедуры медиации создает основу для формирования наиболее дружественной, открытой к нуждам пациента, неформализованной системы рассмотрения жалоб и разрешения споров, повышающей, при этом, доверие па-

циента к системе здравоохранения, способствующей снижению социальной напряженности и, одновременно, совершенствованию качества медицинских услуг, с возможностью мониторинга эффективности услуг и выявления дополнительных критериев оценки; формируются дополнительные стимулы для улучшения качества оказания услуг в системе здравоохранения в целом; обеспечивается «конфликтная компетентность» современного медработника, позволяющая, с одной стороны, повысить его «социальный интеллект», эффективность на рабочем месте, обеспечить профессиональный рост, и, одновременно, защитить медработника от синдрома эмоционального выгорания, которому подвержены представители всех социально ориентированных профессий [30].

С 2011 г. в нашей стране также начал развиваться этот альтернативный метод разрешения конфликтов. С его помощью можно без обращения в суд быстро и конфиденциально найти взаимовыгодное решение в большинстве конфликтов. В частности, медиация успешно применяется для разрешения хозяйственных, семейных, трудовых, корпоративных и иных гражданских споров. В настоящее время медиация на территории Республики Беларусь регулируется Законом Республики Беларусь от 12 июля 2013 г. №58-З «О медиации» (далее – Закон о медиации) и вообще не связана с судебным рассмотрением споров. Закон о медиации устремлен на создание оптимальных правовых условий для развития в Республике Беларусь альтернативных (неюрисдикционных) способов не для разрешения споров, а для урегулирования конфликтов и споров с участием независимых беспристрастных лиц – медиаторов, осуществляющих свою деятельность, в том числе, профессионально [32].

18 декабря 2019 г. принят Закон Республики Беларуси «Об изменении законов» №277-З [33], вступивший в силу 1 июля 2020 г., которым внесены изменения в законодательство о медиации, в частности, в такие нормативные правовые акты, как:

Гражданский кодекс: кодекс дополнен нормой о том, что процедура медиации – один из способов соблюдения претензионного порядка урегулирования споров для реализации сторонами права на обращение в экономический суд;

Гражданский процессуальный кодекс: в качестве дополнительной гарантии исполнения медиативного соглашения предусматривается возможность принудительного исполнения соглашения по исполнительному листу, выданного судом;

Кодекс о браке и семье: кодекс дополнен нор-

мами, которые предусматривают применение медиации по брачно-семейным спорам, право супругов участвовать в информационной встрече с медиатором при расторжении браков и обязанность судов и органов ЗАГС при обращении супругов с заявлением о расторжении брака разъяснять им указанное право;

Налоговый кодекс: кодекс дополнен нормой, которая закрепляет возможность возврата уплаченной госпошлины в случае обращения сторон к медиатору и вынесения судом определения о передаче спора для его урегулирования сторонами с участием медиатора;

Закон «О медиации»: в Закон внесены нормы об информационной встрече, о применении медиации в целях примирения супругов при расторжении брака, о выдаче исполнительного документа на принудительное исполнение медиативного соглашения.

Применительно к медицинской сфере, можно считать, что закон о медиации нацелен на обучение медицинских работников медиативным способам урегулирования конфликтов, на применение медиации, а не публичных судебных разбирательств в отношениях с пациентами, между коллегами-медиками, с иными партнерами в различных областях. В настоящее время назрела необходимость широкого внедрения медиации в сферу медицинской деятельности в Республике Беларусь [34].

Таким образом, для снижения стрессогенности рабочей среды и разрешения конфликтов при осуществлении медицинской деятельности, организации безопасной, доступной и качественной медицинской помощи необходимо создавать безопасные условия труда для медицинских работников; осуществлять тщательный профессиональный отбор среди абитуриентов; развивать коммуникативные навыки и стрессоустойчивость медицинских кадров в процессе их подготовки, повышения квалификации и переподготовки; создавать штатную психологическую службу поддержки персонала организаций здравоохранения; развивать институт медиации для разрешения возникающих споров и конфликтов в системе здравоохранения.

Литература

1. Волчанский, М.Е. Конфликт в медицине: Монография / М.Е. Волчанский. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2008. – 84 с.
2. ВОЗ: нападения на медицинские учреждения и их сотрудников совершаются преднамеренно [Электронный ресурс] // Новости ООН. – 26 мая 2016 г. – Режим доступа: <https://news.un.org/ru/story/2016/05/1285681>. – Дата доступа: 15.03.2021.
3. Ступак, В.С. Проблемы управления конфликтной ситуацией в среде медицинских работников [Электронный ресурс] / В.С.Ступак, Е.В.Подворная. // Новые задачи современной медицины: материалы III Междунар. науч. конф. (Санкт-Петербург, декабрь 2014 г.). – Санкт-Петербург: Заневская площадь, 2014. – С.99–102. – Режим доступа: <https://moluch.ru/conf/med/archive/153/6076/>. – Дата доступа: 15.03.2021.
4. Ломтев, А.Ю. Оценка рисков для здоровья в системе профилактической медицины / А.Ю.Ломтев, А.О.Карелин // Ученые записки Санкт-Петербургского медицинского университета. – 2001. – №4. – С.32–35.
5. Состояние профессиональной заболеваемости у работников здравоохранения республики / Г.Е.Косяченко [и др.] // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. / Респ. науч.-практ. центр гигиены; гл. ред.: В.П.Филонов. – Минск, 2008. – Вып.11. – С.401–403.
6. Профессиональное здоровье работников здравоохранения амбулаторно-поликлинического звена / И.В.Суворова [и др.] // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр гигиены, Бел. науч. о-во гигиенистов; редкол.: Л.В.Половинкин (гл. ред.) [и др.]. – Вып.20. – Минск: ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека», 2012. – С.109–114.
7. Климов, Е.А. Как выбирать профессию / Е.А.Климов. – М.: Просвещение, 1990. – 159 с.
8. Солтан, М.М. Успешная профессиональная адаптация будущих специалистов как средство управления рисками в медицине / М.М.Солтан, Т.С.Борисова // Теория и практика оценки риска в медицине: материалы 30-й науч.-метод. конф. преподавателей медико-профилактического факультета / под ред. А.Р.Аветисова. – Минск: БГМУ, 2013. – С.39–43.
9. Солтан, М.М. Развитие коммуникативных навыков как обязательный элемент профессиональной подготовки врача / М.М.Солтан, Т.С.Борисова // Инструменты повышения качества непрерывного профессионального образования: материалы Международной науч.-метод. конф., Минск, 28–29 мая 2013 г. – Минск: БНТУ, 2013. – С.132–135.
10. Возможные резервы управления профессиональными рисками среди медицинских работников / М.М.Солтан [и др.] // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. / Респ. науч.-практ. центр гигиены; гл. ред.: Г.Е.Косяченко. – Минск, 2013. – Вып.23. – С.72–76.
11. Анцупов, А.Я. Актуальные проблемы конфликтологии / А.Я.Анцупов, С.Л.Прошанов. – М., 2011. – 342 с.
12. Рыбина, О.В. Клинико-психологические характеристики синдрома профессионального «выгорания» у врачей / О.В.Рыбина // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2004. – №1. – С.73–75.

13. Наумов, И.А. О профилактике развития синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников под влиянием профессионально-производственных факторов организаций здравоохранения / И.А.Наумов, Т.И.Зиматкина, С.П.Сивакова // Здоровье для всех: материалы V Международной научно-практической конференции, УО «Полесский государственный университет», г. Пинск, 25–26 апреля 2013 г.: в 2 ч. Ч.2 / Национальный банк Республики Беларусь [и др.]; редкол.: К.К.Шебеко [и др.]. – Пинск: ПолесГУ, 2013. – С.319–321.
14. Щавелева, М.В. Выраженность и профилактика синдрома эмоционального выгорания у врачей-организаторов здравоохранения / М.В.Щавелева [и др.] // Лечебное дело. – 2010. – №1. – С.23–29.
15. Healing the Healer: Protecting Emergency Health Care Workers' Mental Health During COVID-19 / A.H.Wong [et al.] // Annals of Emergency Medicine. – 2020. – Vol.76, No.4. – P.379–384 [DOI:10.1016/j.annemergmed.2020.04.041].
16. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus / L.Kang [et al.] // Lancet Psychiatry. – 2020. – Vol.7, No.3. – e14 [DOI:10.1016/S2215–0366 (20)30047-X].
17. Rajkumar, R.P. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature [Electronic resource] / R.P.Rajkumar // Asian Journal of psychiatry. – 2020. – Vol.52. – Mode of access: https://www.researchgate.net/publication/340562986_COVID-19_and_mental_health_A_review_of_the_existing_literature. – Date of access: 15.03.2021 [DOI:10.1016/j.ajp.2020.102066].
18. COVID-19 pandemic: A crisis for health-care workers [Electronic resource] / S.Grover [et al.] // J. Mental Health Hum. Behav. – 2020. – Vol.25, No.1. – P.1–4. – Mode of access: <https://www.jmhbb.org/article.asp?issn=0971-8990;year=2020;volume=25;issue=1;spage=1;epage=4;aulast=Grover>. – Date of access: 12.05.2021 [DOI: 10.4103/jmhbb.jmhbb_96_20].
19. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 / J.Lai [et al.] // JAMA Network Open. – 2020. – Vol.3, No.3. – P.1–12 [DOI:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976].
20. Wu, A.W. COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience / A.W.Wu, C.Connors, G.S.Everly // Annals of Internal Medicine. – 2020. – Vol.172, No.12. – P.822–823 [https://doi.org/10.7326/M20-1236].
21. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital / J.Zhang [et al.] // Precision Clinical Medicine. – 2020. – Vol.3, No.1. – P.3–8 [DOI:10.1093/pcmedi/pbaa006].
22. Шурупова, М.А. Психологическая помощь сотрудникам в условиях перепрофилирования федерального центра под работу с пациентами с COVID-19 / М.А.Шурупова [и др.] // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – №4 (98). – С.99–108.
23. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения: приказ Министерства здравоохранения и социального развития Рос. Федерации, 17 мая 2012 г., №566н. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9122-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-i-sotsialnogo-razvitiya-rossiyskoy-federatsii-ot-17-maya-2012-g-566n-ob-utverzhdenii-poryadka-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-pri-psihicheskikh-rasstroystvah-i-rasstroystvah-povedeniya>. – Дата доступа: 15.03.2021.
24. Об оказании психологической помощи [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 1 июля 2010 г., №153-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
25. Об изменении законов по вопросам здравоохранения и оказания психологической помощи [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 11 дек. 2020 г., №94-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
26. Об утверждении Инструкции об организации оказания психологической помощи в государственных организациях здравоохранения [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 24 авг. 2011 г., №836. – Режим доступа: https://pravo.by/upload/docs/op/W21226271_1345064400.pdf. – Дата доступа: 15.03.2021.
27. Об оказании психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи пациентам, перенесшим инфекцию COVID-19 [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 30 нояб. 2020 г., №1265. – Режим доступа: <https://bymed.top/docs/by-regulatory/%d0%bf%d1%81%d0%b8%d1%85%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d0%b5%d0%b2%d1%82%d0%b8%d1%87%d0%b5%d1%81%d0%ba%d0%b0%d1%8f%d0%bf%d0%be%d0%bc%d0%be%d1%89%d1%8c-covid-19-1579>. – Дата доступа: 15.03.2021.
28. Оказание психологической помощи медикам в ситуации COVID-19 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://belmapo.by/%C2%ABokazanie-psixologicheskoy-pomoshhi-medikam-v-situaczii-covid-19%C2%BB.html>. – Дата доступа: 15.03.2021.
29. Об утверждении концепции создания и развития республиканской системы «Центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских, фармацевтических работников»: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 16 нояб. 2018 г., №1191.
30. HOPE Publications, December, 2012 [Electronic resource]. – Mode of access: www.hope.be/05eventsandpublications/

docpublications/91_mediation/91_NOPE_Publication-Mediation-December_2012.pdf. – Date of access: 15.03.2021.

31. Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации): Федеральный закон [принят Гос. Думой 7 июля 2010 г.: одобрен Советом Федерации 14 июля 2010 г.] // Российская газета. – 2010. – №5247.
32. О медиации [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 12 июля 2013 г., №58-З // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
33. Об изменении законов [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 дек. 2019 г., №277-З // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
34. Хейфец, Н.Е. Возможности медиации в урегулировании конфликтных ситуаций между врачами и пациентами / Н.Е.Хейфец, Е.Н.Хейфец // Врач-пациент: сотрудничество в решении проблем здоровья: сб. ст. междунар. науч.-практ. конф., г. Гродно, 26–27 окт. 2017 г. / отв. ред.: М.Ю.Сурмач, Я.Бараньски. – Гродно: ГрГМУ, 2017. – С.258–262.

UPDATE APPROACHES TO CONFLICTOGENIC POTENTIAL OF MEDICAL ACTIVITIES REDUCING

M.M.Soltan, N.Ye.Kheifets, Ye.N.Kheifets

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

Analysis of risk factors for conflicts occurrence in medical activities and organizational measures for risk management is presented.

Keywords: conflict; medical activity; workspace; vocational guidance; communication skills; psychological assistance to medical personnel; mediation in healthcare.

Сведения об авторах:

Солтан Марина Михайловна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория основ стандартизации и оценки медицинских технологий, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37529) 5009868; e-mail: mvadp@tut.by.

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 17.03.2021 г.

ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ПРИ ПРОВЕДЕНИЯ СПИРОМЕТРИИ

Л.Ю.Ушакова, О.А.Каштальян

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

Спирометрия является основным методом диагностики вентиляционных нарушений легких при постановке клинического диагноза, оценке эффективности лечения и прогноза. С появлением в декабре 2019 г. заболеваний, вызванных новым коронавирусом (2019-nCoV), перед специалистами в области организации здравоохранения и врачами поставлены трудные задачи, связанные с быстрой диагностикой и клиническим ведением пациентов с этой инфекцией.

Ключевые слова: спирометрия; профилактика коронавирусной инфекции; COVID-19.

Работа диагностических отделений, выполняющих функциональные исследования органов дыхания, в период пандемии COVID-19 перестроена с учетом высокого риска заражения пациентов и медицинского персонала. Передача нового коронавируса SARS-CoV-2, вызывающего COVID-19, при проведении легочных функциональных тестов возможна как воздушно-капельным, так и контактным путем [1]. При форсированном дыхании, кашле и чихании риск передачи инфекции значительно возрастает, поэтому любое функциональное исследование легких является потенциально опасным в плане распространения COVID-19. В период пандемии следует, прежде всего, максимально ограничить число проводимых исследований, а в случаях, когда их проведение обусловлено крайней необходимостью, связанной с принятием неотложных решений по тактике лечения пациентов, соблюдать достаточные меры защиты, установленные законодательством, определенные международными рекомендациями, накопленным практическим опытом и обобщенные в настоящей работе.

Так, не рекомендуется выполнять исследования пациентам с COVID-19 или симптомами ОРВИ. Пациенты, перенесшие COVID-19, не должны направляться на исследования в течение 30 дней после полного выздоровления [2].

В период пандемии (при высокой степени распространения SARS-CoV-2 – уровень 1) рекомендуются следующие подходы для минимизации риска передачи инфекции [2–4]:

1. Общая организация:

1. Осуществлять строгий отбор пациентов с учетом крайней необходимости обследования.

2. Тщательно опрашивать пациентов на предмет наличия симптомов COVID-19 перед прове-

дением исследования. Оптимально проводить опрос по телефону в день исследования перед поездкой пациента в организацию здравоохранения (далее – ОЗ).

3. Все находящиеся в зоне ожидания должны надевать защитные маски и соблюдать расстояние не менее 2 метров друг от друга. Пациенты должны заходить в кабинет по одному или в сопровождении только одного человека (родителя, опекуна), если такая необходимость существует. Перед входом в кабинет и пациент, и сопровождающий его человек должны обработать руки дезинфицирующим средством, доступность которого следует обеспечить в зоне ожидания.

4. Помещения для проведения исследований и кабинеты персонала должны быть разделены, чтобы свести к минимуму передачу инфекции. Исследования стационарным и амбулаторным пациентам целесообразно проводить в разных кабинетах, если такой возможности нет, то в разные дни или часы, после санобработки помещения и оборудования.

5. Пересмотреть графики выполнения исследований таким образом, чтобы они включали дополнительное время для проведения после каждого пациента обработки дезинфицирующим средством, предназначенным для очистки и дезинфекции твердых поверхностей оборудования из различных материалов, все потенциально загрязненные поверхности (оборудование, ручки спирометра, подлокотники кресла и др.). Обеспечить не менее 15 минут для проветривания помещения (открытые окна, закрытые двери) и смены средств индивидуальной защиты (далее – СИЗ). После обеззараживания измерительных блоков диагностического оборудования провести повторную калибровку оборудования.

6. Минимальное время между исследованиями должно составлять 30 минут.

II. Методы исследования и оборудование:

1. Функциональные исследования легких должны быть ограничены спирометрией и определением диффузионной способности легких при задержке дыхания (методика одиночного вдоха с использованием газоанализаторов, работающих в режиме реального времени). Измерение общей емкости легких методом бодиплетизмографии в период пандемии нецелесообразно. На период развития пандемии следует не проводить исследования, связанные с дыханием в закрытом контуре, бронходилатационные и бронхоконстрикторные тесты, нагрузочные тестирования.

2. Исследования должны проводиться только с использованием высокоэффективных одноразовых антибактериальных/антивирусных фильтров с доказанной эффективностью задерживать вирусные частицы при высоком экспираторном потоке. Использование одноразовых датчиков, совмещенных с мундштуком, на период пандемии не рекомендуется.

3. Следует максимально использовать одноразовые расходные материалы и соблюдать особую осторожность при их утилизации с учетом санитарно-эпидемиологических требований.

4. Многоцветные расходные материалы должны быть тщательно очищены и обработаны в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

5. Для амбулаторных пациентов с высоким риском COVID-19 возможно проведение спирометрического исследования дистанционно с использованием телемедицины.

6. При необходимости, обследование пациентов с высоким риском инфицирования коронавирусом SARS-CoV-2 или инфицированных пациентов проводят в отдельном помещении и на оборудовании, предназначенном исключительно для таких категорий больных. Вентиляция в помещении должна соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям, предъявляемым к инфекционным стационарам, что может быть доступно только в специализированных центрах.

III. Защита персонала:

1. В помещениях, где проводят функциональные исследования системы дыхания, персонал должен находиться в СИЗ и обязательно снимать СИЗ, покидая эту зону.

2. Исследования должны проводиться в защитных очках или с защитным экраном для лица, в шапочке и перчатках, в одноразовом халате, используемом только в помещении, где проводится исследование.

3. Обязательно использовать полумаски фильтрующие для защиты от аэрозолей (респираторы) FFP3, при недостатке респираторов такой степени защиты возможно использование респираторов FFP2. Регламент использования защитных средств определяется локальными санитарно-эпидемиологическими требованиями.

4. Проводить исследование необходимо в одноразовых перчатках, и следует менять их после каждого пациента, предварительно обработав все поверхности в помещении и оборудование средствами дезинфекции. Гигиена рук персонала до и после использования перчаток, а также рук пациентов должна проводиться в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

IV. Дезинфекция помещений и инфекционный контроль:

1. Все пациенты в ОЗ должны носить защитные маски.

2. Протоколы регулярной дезинфекции оборудования должны соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям и строго соблюдаться.

3. Необходимо обеспечить адекватную вентиляцию помещений. В период пандемии не рекомендуется использовать HEPA фильтры в системах вентиляции из-за большой вероятности вирусной колонизации.

4. Необходимо обеззараживать помещения ультрафиолетовым светом или озоном с интервалами, соответствующими санитарно-эпидемиологическим требованиям.

5. Должны быть внедрены строгие протоколы инфекционного контроля в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

После прохождения пика и плато заболеваемости COVID-19 вероятность заражения коронавирусом SARS-CoV-2 ниже (уровень 2), но все же соблюдение значительных мер безопасности необходимо продолжить. Следовательно, основные рекомендации должны оставаться такими же, как и на уровне 1 [4].

При низкой степени распространения COVID-19 (коэффициент распространения инфекции $R_t < 1$) могут выполняться все методы функционального исследования системы дыхания, однако, с дополнительными мерами предосторожности: в одноразовых перчатках, которые следует менять после каждого пациента, одноразовых халатах и шапочках, защитном экране/очках и с использованием респираторов FFP3 или FFP2 (в зависимости от санитарно-эпидемиологических требований ОЗ).

При проведении бронхопровокационных и бронходилатационных тестов продолжительность

дыхания пациента не через антибактериальный/антивирусный фильтр или защитную маску должна быть минимизирована. При использовании небулайзеров во время тестирования необходимо использовать антимикробный/антивирусный фильтр на выдохе, чтобы предотвратить попадание инфекционных агентов в окружающую среду с выдыхаемым пациентом воздухом.

Кардиореспираторное нагрузочное тестирование следует проводить только в случае, если его результаты повлияют на решение о проведении оперативного вмешательства, при наличии отрицательного теста на COVID-19. Во время тестирования медицинский персонал должен быть в полном комплекте СИЗ. По завершении исследования, комплект СИЗ необходимо подвергнуть санобработке или сменить в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями ОЗ. Нецелесообразно использовать антимикробные/антивирусные фильтры, присоединенные к лицевой маске/мундштуку, поскольку это может увеличить сопротивление воздушному потоку и исказить результаты тестирования.

Литература

1. О мерах по предотвращению распространения инфекционного заболевания [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 30 окт. 2020 г., №624 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
2. Медицинская реабилитация пациентов с пневмонией, вызванной инфекцией, COVID-19: пособие для врачей / В.Б.Смычек [и др.]. – Минск, 2020. – 92 с.
3. Вспышка коронавирусной инфекции и COVID-19 [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: [https://www.who.int/ru/emergenciens/diseases/novel-](https://www.who.int/ru/emergenciens/diseases/novel-coronavirus-2019)

coronavirus-2019. – Дата доступа: 08.04.2021.

4. COVID-19: Knowns, Unknowns, and Questions / S.Weston [et al.] // mSphere. – 2020. – Vol.5, No.2. – P.203–220.

PREVENTION OF CORONAVIRUS INFECTION COVID-19 WHEN SPIROMETRY CONDUCTING

L.Yu.Ushakova, O.A.Kashtalyan

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

Spirometry is the principal method of diagnosis of lungs ventilation disorders in clinical diagnosis, treatment effectiveness and prognosis evaluating. Difficult targets of rapid diagnosis and clinical management of patients have been set for professionals in healthcare organization and practical physicians with the emergence of diseases caused by the novel coronavirus (2019-nCoV) in December 2019.

Keywords: spirometry; prevention of coronavirus infection; COVID-19.

Сведения об авторах:

Ушакова Людмила Юрьевна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», зав. кафедрой функциональной диагностики.

Каштальян Оксана Александровна, канд. мед. наук; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», доцент кафедры функциональной диагностики; e-mail: oksanakashtalyan66@mail.ru.

Поступила 12.04.2021.

УДК 616.2-08-039.57-053.8 (476)

ДИСПАНСЕРНЫЕ КОНТИНГЕНТЫ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

¹Т.Н.Глинская, ²М.В.Щавелева, ¹Е.И.Давидовская, ¹Л.С.Богущ

¹ Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии,
Долгиновский тракт, 157, 220053, г. Минск, Республика Беларусь

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

В статье обобщены результаты анализа показателей численности диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь при болезнях органов дыхания за двенадцатилетний период (2008–2019 гг.). Приведен рейтинг причин, обуславливающих взятие пациентов на диспансерный учет при отдельных болезнях органов дыхания. Проведен анализ изучаемых показателей в динамике с оценкой прогноза на ближайшее будущее. Исследование охватывает «доковидный» временной интервал, предшествующий пандемии коронавирусной инфекции, что позволяет использовать полученные результаты для последующего сравнительного анализа.

Ключевые слова: Республика Беларусь; взрослое население; болезни органов дыхания; диспансерные контингенты; причины; динамика.

Болезни органов дыхания – лидирующая причина первичной и общей заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь. Данный класс болезней лидирует в структуре причин заболеваемости с временной нетрудоспособностью, обуславливает значительную часть посещений к врачам общей практики и иным врачам-специалистам первичного звена, находится на 2–3 месте среди причин госпитальной заболеваемости, вносит свою лепту в показатели инвалидности и смертности населения. Многоплановый характер задач, которые необходимо решить для улучшения данной ситуации, требует, в том числе, выделения приоритетных направлений и целевых групп.

Стратификация целевых групп по нозологическому принципу является важной задачей не только с организационной, но и с экономической точки зрения. Такой подход позволяет обосновать затраты ресурсов (для реализации конкретных объемов мероприятий) как на отраслевом, так и на межведомственном уровне, предусматривает возможность гибкой корректировки объемов усилий в зависимости от меняющейся потребности в отдельных мероприятиях, облегчает контроль, спо-

собствует повышению качества оказания медицинской помощи с позиций достижения эффективно результата [1].

Один из важных резервов формирования целевых групп – проведение эффективной диспансеризации населения с болезнями органов дыхания.

В соответствии с действующей редакцией Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (статья 18), диспансеризация населения представляет собой комплекс медицинских услуг, оказываемых в целях проведения медицинской профилактики, определения групп диспансерного наблюдения, пропаганды здорового образа жизни и воспитания ответственности граждан за свое здоровье [2].

Порядок проведения диспансеризации населения установлен постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 августа 2016 г. №96 «Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации». Данный документ определяет, что диспансерное наблюдение включает «периодический диспансерный медицинский осмотр, медицинское наблюдение за

состоянием здоровья пациента в динамике в зависимости от группы диспансерного наблюдения». В свою очередь, диспансерный медицинский осмотр – это «комплекс медицинских услуг, включающий медицинский осмотр пациента врачами-специалистами, а также проведение этому пациенту комплекса медицинских вмешательств в установленном порядке» [3].

Основание для взятия пациента на диспансерный учет при болезнях органов дыхания (как и при других заболеваниях) – результаты диспансерного медицинского осмотра с установлением группы диспансерного наблюдения (Д (II) или Д (III)) и определения необходимого объема медицинских вмешательств для контроля имеющегося заболевания (состояния).

К группе Д (II) относятся практически здоровые пациенты, имеющие в анамнезе факторы риска хронических заболеваний и (или) хронические заболевания в стадии ремиссии без нарушений функций органов и систем организма, острые заболевания, которые могут привести к «хронизации» патологического процесса (в том числе, часто или длительно болеющие пациенты, которые часто (6 и более раз в году) или длительно (более 40 календарных дней в году суммарно) переносят острые заболевания); к группе Д (III) – пациенты, имеющие хронические заболевания с нарушениями функций органов и систем организма и (или) периодическими обострениями.

При болезнях органов дыхания, в соответствии с главой 2 раздела «Схема диспансерного наблюдения за пациентами, состоящими в группе Д (III)», объемы диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска), сроки наблюдения врачей-специалистов и критерии снятия с диспансерного учета детализированы с учетом характера течения и тяжести заболевания. Выделены следующие нозологические причины взятия пациентов на диспансерный учет при болезнях органов дыхания с указанием кодов по МКБ-10 (табл. 1).

Приведенный перечень (6 позиций) включает два блока болезней органов дыхания, бросающих вызов современному обществу: грипп и пневмонии (особенно в эпоху COVID-19) и хронические неспецифические (неинфекционные) болезни органов дыхания (совокупность оставшихся 5 позиций). Значимость обеих проблем – эпидемической и неинфекционной – обусловлена масштабным характером и многоуровневыми последствиями. С дефинитивной точки зрения, социально значимые заболевания представляют собой распространенные формы патологии, оцениваемые с учетом медико-демографических последствий (прежде всего, инвалидности и смертности) и экономических затрат на их преодоление и поддержание достойного качества жизни заболевших. Актуальность проблемы хронических неинфекционных болезней органов дыхания выделяется документами программно-целевого планирования на самом высоком уровне. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь до 2030 года в качестве угроз социальному компоненту развития определяет проблему хронических неинфекционных заболеваний, выделяя отдельной составляющей болезни органов дыхания (наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями, новообразованиями и сахарным диабетом) [4].

Следует заметить, что представленный перечень не является полным, однако, он отражает наиболее значимые заболевания с позиций численности контингентов, тяжести патологии и усилий, прежде всего, первичного звена здравоохранения.

С учетом вышеизложенного, авторами проведен анализ в динамике численности контингентов взрослого населения Республики Беларусь, состоящих на диспансерном учете при отдельных болезнях органов дыхания за период 2008–2019 гг. Временной интервал обусловлен активным проведением диспансеризации населения, начиная с 2008 г., после выхода постановления Министер-

Таблица 1

Наименования болезней органов дыхания, включенных отдельными позициями в Схему диспансерного наблюдения за пациентами, состоящими в группе Д (III) [3]

Грипп и пневмония (J10 – J18) (кроме J10.1, J10.8, J11.1, J11.8), в том числе пневмония с клиническим выздоровлением (рентгенологически определяемые поствоспалительные изменения в легких и плевре)
J45 Астма
J44 Другая хроническая обструктивная легочная болезнь
J47 Бронхоэктатическая болезнь
J43 Эмфизема
J84 Другие интерстициальные легочные болезни
D86 Саркоидоз

ства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 г. №92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь», а выбор «верхней» границы периода наблюдения – 2019 г. – позволяет охарактеризовать предшествующий пандемии «доковидный» интервал, что важно для последующего сравнительного анализа.

Материалом для исследования служили данные нецентрализованной государственной статистической отчетности о числе лиц в возрасте 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года, за 2008–2019 гг., данные о численности населения Республики Беларусь [5–16]. Следует уточнить, что сводная информация о числе лиц, состоящих на диспансерном учете на конец календарного года, формируется на основании карты учета прохождения диспансеризации пациентом старше 18 лет по форме 131/у-ДВ согласно приложению 2 к Инструкции о порядке проведения диспансеризации [3]. При этом, данные о пациентах, состоящих на диспансерном учете, отражаются организацией здравоохранения независимо от территории, закрепленной для обслуживания.

Динамика абсолютного числа пациентов, состоящих на диспансерном учете, по всем причинам и в связи с болезнями органов дыхания представлена на рис. 1. Проведенный анализ показал,

что абсолютное число лиц, состоящих на диспансерном учете при болезнях органов дыхания, колебалось в течение 2008–2019 гг. от 171918 (2008) до 196900 (2018) человек, темп прироста за период наблюдения составил 14,5%. Удельный вес случаев, обусловленных болезнями органов дыхания, в структуре причин постановки на диспансерный учет взрослых пациентов (старше 18 лет) составляет 4,0–5,4%.

Динамика показателя численности диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь при болезнях органов дыхания (‰_{0000}) имела определенную тенденцию к росту: интенсивный уровень показателя в 2008 г. – $2223,4\text{‰}_{0000}$; в 2019 г. – $2525,6\text{‰}_{0000}$; темп прироста составил 13,6% (рис. 2).

В возрастной структуре данного явления (нахождение на диспансерном учете, абсолютное число случаев) в течение всего периода наблюдения преобладали лица трудоспособного возраста (52,4–60,3%) (рис. 3).

Для взрослого населения, состоящего на диспансерном учете по поводу болезней органов дыхания, основной вклад (85,0%) в формирование показателя вносили четыре нозологические причины:

астма, астматический статус, J45–J46 (30,5%);
 бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких, J40–J43 (21,7%);



Рис. 1. Динамика численности диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь (2008–2019 гг.; все причины и болезни органов дыхания (БОД), абс. число)



Рис. 2. Динамика показателя численности диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь при болезнях органов дыхания (2008–2019 гг., ‰)

другая хроническая обструктивная легочная болезнь, J44 (18,9%);

пневмония, J12–J18 (13,5%); пневмония в совокупности с последствиями гриппа и ОРВИ верхних дыхательных путей обуславливала 13,9% в структуре диспансерного контингента по причинам.

Оставшиеся 15,0% случаев взятия пациентов взрослого возраста на диспансерный учет при

болезнях органов дыхания в порядке убывания представлены следующими нозологическими формами заболеваний (группами заболеваний): хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс, J35; J36 – 5,5%; хронический ринит, назофарингит, фарингит, синусит, J31; J32 – 3,2%; вазомоторный и аллергический ринит, J30 – 0,8%; бронхоэктатическая болезнь, J47 – 0,3%; другие болезни плевры, J90–J94 –

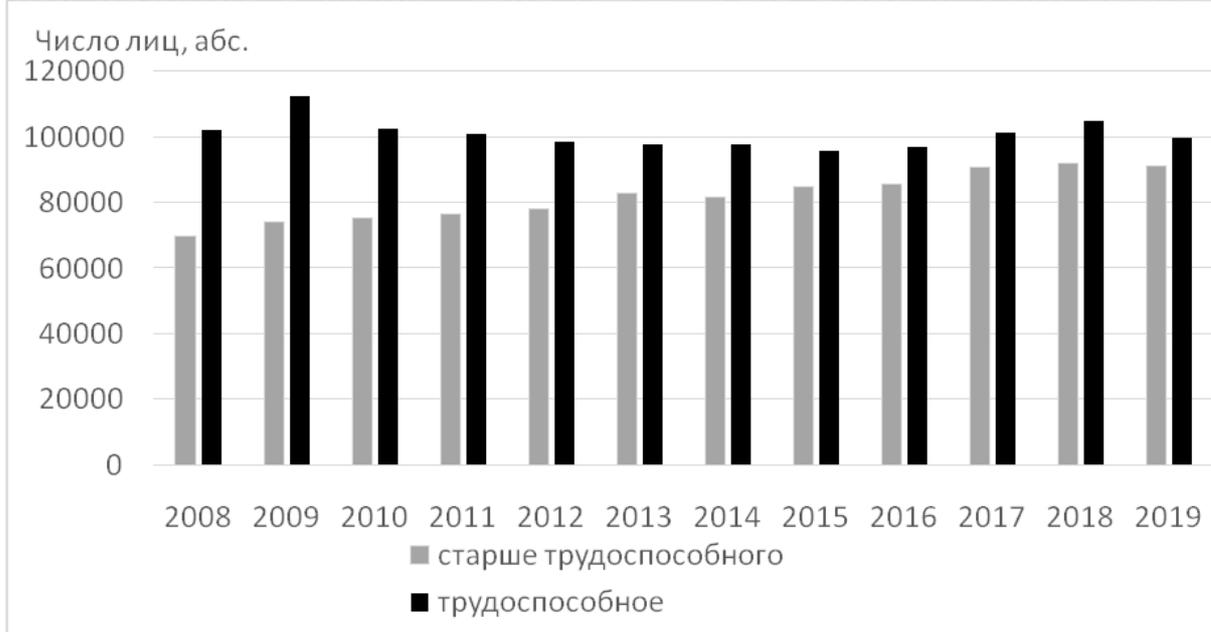


Рис. 3. Динамика числа лиц, состоящих на диспансерном учете при болезнях органов дыхания, в трудоспособном возрасте и в возрасте старше трудоспособного (взрослое население Республики Беларусь, 2008–2019 гг.)

0,09%; интерстициальные легочные болезни, J84 – 0,05%; гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей, J85–J86 – 0,03%. Менее 6,0% приходится на «другие причины», не включенные отдельными нозологическими строками в отчетную форму.

В табл. 2 приведены интенсивные показатели численности контингентов по отдельным причинам (при болезнях органов дыхания) с низкими значениями (131,0⁰/₀₀₀₀ и менее) за годичные периоды начала и окончания наблюдения с оценкой темпа прироста и средние многолетние показатели за весь период наблюдения.

Анализ динамики показателей численности диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь при отдельных болезнях органов дыхания с низкими значениями и незначительным удельным весом в структуре случаев выявил следующее. Интенсивные показатели, исчисленные для диспансерных контингентов вследствие следующих причин, – хронического ринита, назофарингита, фарингита, синусита и хронических

болезней миндалин и аденоидов, перитонзиллярного абсцесса, – характеризовались отсутствием существенной динамики.

Показатели численности диспансерных контингентов при вазомоторном и аллергическом рините; гнойных и некротических состояниях нижних дыхательных путей; при других болезнях плевры имели умеренно выраженную тенденцию к снижению (темп прироста от «минус» 20,0% до «минус» 36,5%).

Рост показателя, отражающий накопление числа лиц, состоящих на диспансерном учете, отмечался для бронхоэктатической болезни и интерстициальных легочных болезней (соответственно в 2,7 и 3,2 раза).

Перечисленные тенденции продемонстрированы на рис. 4 и 5.

Показатели численности диспансерных контингентов при бронхоэктатической болезни и при интерстициальных легочных болезнях демонстрируют рост и описываются сходными по направленности трендами (рис. 6).

Таблица 2

Показатели численности диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь при отдельных болезнях органов дыхания на начальном и на завершающем этапе исследования и средний многолетний показатель численности диспансерных контингентов за период наблюдения (2008–2019 гг.)

Наименование классов и отдельных болезней, шифр по МКБ-10	Показатель численности лиц в возрасте 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете на конец года, ⁰ / ₀₀₀₀ (p±m _p)		Темп прироста, %	Средний многолетний показатель численности лиц в возрасте 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете, за 2008–2019 гг., ⁰ / ₀₀₀₀ (x _{ср} ; ДИ 95% (min÷max))
	2008	2019		
Вазомоторный и аллергический ринит, J30	25,2±0,6	16,0±0,5	-36,5	20,2 (18,5;21,8)
Хронический ринит, назофарингит, фарингит, синусит, J31; J32	77,7±1,0	74,8±1,0	-3,7	76,5 (72,5; 80,6)
Хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс, J35; J36	130,7±1,3	128,3±1,3	-1,8	129,9 (127,7; 132,1)
Бронхоэктатическая болезнь, J47	4,1±0,2	11,2±0,4	+173,2	6,8 (5,2; 8,3)
Интерстициальные легочные болезни, J84	0,8±0,1	2,6±0,2	+225,0	1,3 (0,9; 1,8)
Гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей, J85–J86	0,9±0,1	0,7±0,1	-22,2	0,8 (0,7; 0,9)
Другие болезни плевры, J90–J94	2,0±0,2	1,6±0,1	-20,0	2,2 (2,0; 2,4)
Болезни органов дыхания, J00–J98	2223,4±5,3	2525,6±5,7	+13,6	2380,1 (2306,3;2453,8)

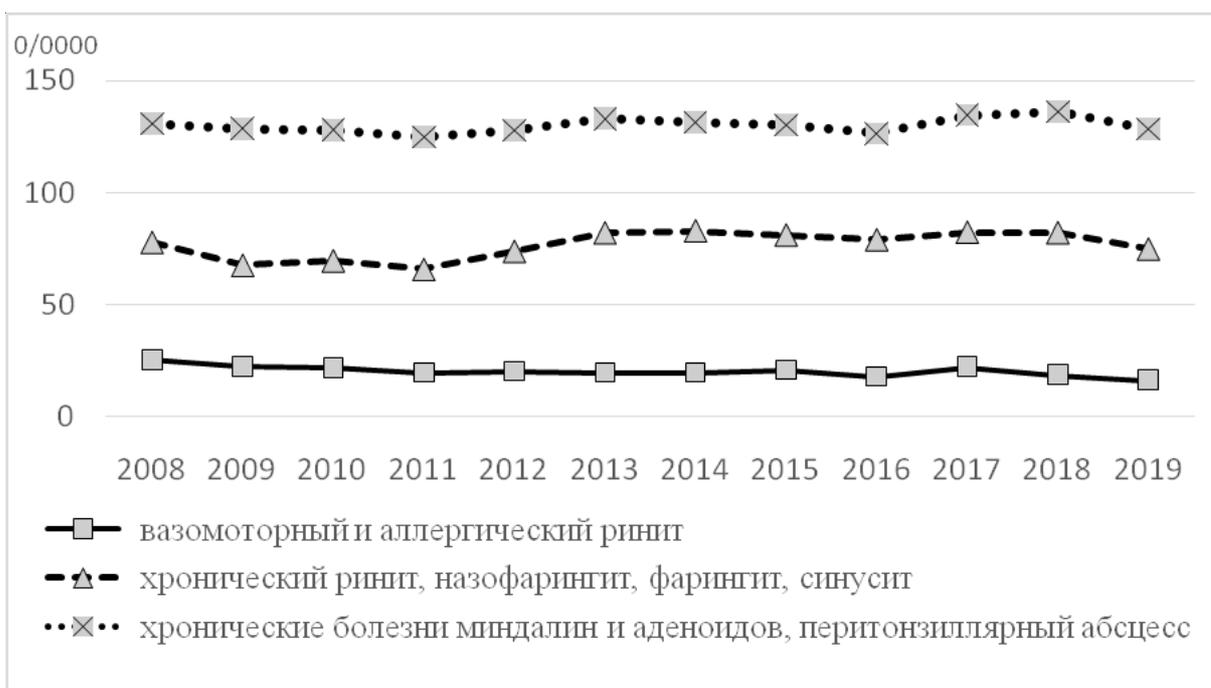


Рис. 4. Динамика показателя численности диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь при ряде болезней органов дыхания: вазомоторный и аллергический ринит, J30; хронический ринит, назофарингит, фарингит, синусит, J31; J32; хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс, J35; J36 (2008–2019 гг., $\%_{10000}$)



Рис. 5. Динамика показателя численности диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь при ряде болезней органов дыхания: бронхоэктатическая болезнь, J47; интерстициальные легочные болезни, J84; гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей, J85–J86, другие болезни плевры, J90–J94 (2008–2019 гг., $\%_{10000}$)

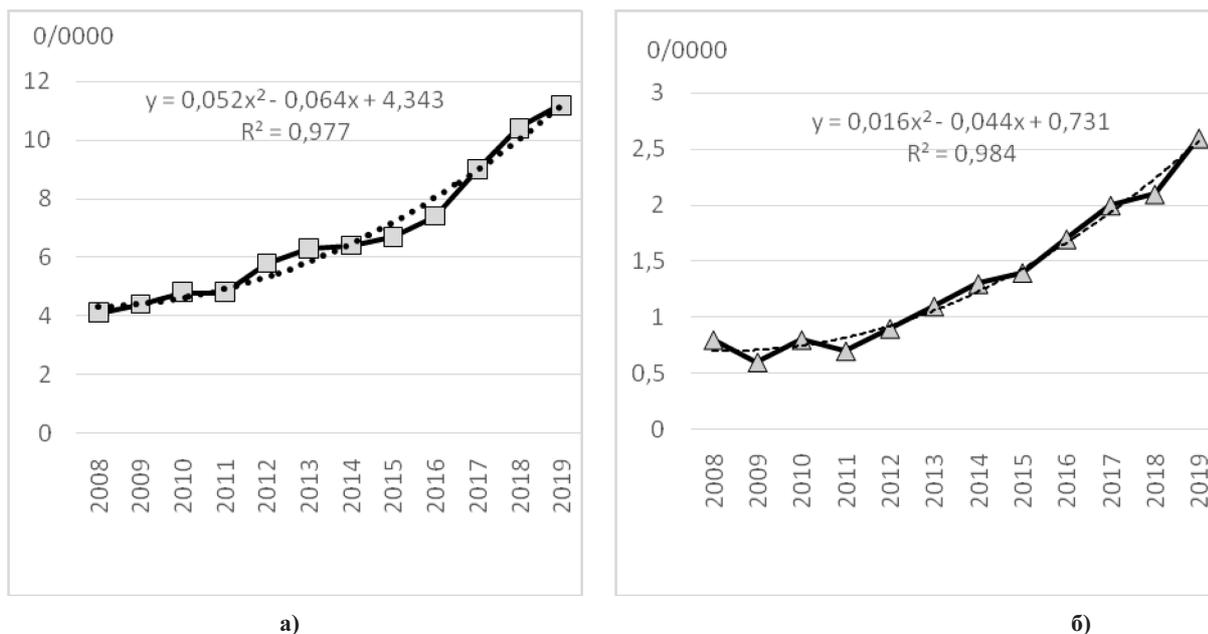


Рис. 6. Динамика показателя численности диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь

при бронхоэктатической болезни (а) и интерстициальных легочных болезнях (б) (2008–2019 гг., ‰_{0000})

Прогноз показателей численности диспансерных контингентов на двухлетнюю перспективу предполагает накопление диспансерного контингента при бронхоэктатической болезни (прогнозируемый уровень – $13,8\text{‰}_{0000}$; темп прироста к уровню 2019 г. – $+22,9\%$; темп прироста к уровню

2008 г. – $+235,7\%$) и интерстициальных легочных болезнях (прогнозируемый уровень – $3,3\text{‰}_{0000}$; темп прироста к уровню 2019 г. – $+30,2\%$; темп прироста к уровню 2008 г. – $+321,4\%$).

В табл. 3 приведены данные об интенсивных показателях численности диспансерных контин-

Таблица 3

Показатели численности диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь при отдельных болезнях органов дыхания на начальном и на завершающем этапе исследования и средний многолетний показатель численности диспансерных контингентов за период наблюдения (2008–2019 гг.)

Наименование классов и отдельных болезней, шифр по МКБ-10	Показатель численности лиц в возрасте 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете на конец года, ‰_{0000} ($p \pm m_p$)		Темп прироста, %	Средний многолетний показатель численности лиц в возрасте 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете, за 2008–2019 гг., ‰_{0000} (x_{cp} ; ДИ 95% (min÷max))
	2008	2019		
ОРИ верхних дыхательных путей, J00-J06, последствия гриппа J10-J11 (кроме J10.1, J10.8, J11.1, J11.8), Пневмония, J12–J18	425,3±2,3	332,2±2,1	-21,9	330,1 (277,0;383,3)
Бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких, J40–J43	549,7±2,7	449,3±2,4	-18,3	515,7 (492,1;539,4)
Другая хроническая обструктивная легочная болезнь, J44	372,6±2,2	475,9±2,5	+27,7	448,8 (426,9;470,7)
Астма, астматический статус, J45–J46	549,1±2,7	896,4±3,4	+63,2	726,0 (650,7;801,3)
Болезни органов дыхания, J00–J98	2223,4±5,3	2525,6±5,7	+13,6	2380,1 (2306,3;2453,8)

гентов взрослого населения при **лидирующих** причинах взятия на диспансерный учет в связи с болезнями органов дыхания. Заслуживает внимания значимый темп прироста показателя при бронхиальной астме (+63,2%), умеренный – при другой хронической обструктивной легочной болезни (+27,7%); отрицательный умеренный темп прироста (-18,3%) – при бронхите хроническом и неуточненном, эмфиземе легких.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) верхних дыхательных путей (J00–J06) и грипп (J10; J11) являлись нечастой причиной взятия на диспансерный учет, и интенсивные показатели численности диспансерных контингентов по данной причине характеризовались достаточно низким уровнем многолетних средних показателей: взрослое население – $9,1\%_{0000}$.

Многолетний средний уровень интенсивного показателя численности диспансерных контингентов при пневмонии, J12–J18, имел значение $321,1\%_{0000}$.

На рис. 7 представлена линейная диаграмма, отражающая изменения в динамике показателя численности совокупного диспансерного контингента при последствиях перенесенных ОРИ верхних дыхательных путей, гриппа и пневмонии (то есть, трех нозологических причин). Многолетнее среднее значение показателя – $330,1\%_{0000}$. Пиковое значение показателя приходится на 2009 г. (эпидемия «свиного» гриппа).

График, иллюстрирующий динамику показателей численности совокупного диспансерного

контингента при последствиях перенесенных ОРИ верхних дыхательных путей, гриппа и пневмонии, имеет параболическую форму и описывается полиномиальным трендом. Прогноз на предстоящий двухлетний период (исходя из фактических данных за анализируемый «доковидный» интервал времени) предполагает для взрослого населения значимый рост показателя с темпом прироста +39,9% (абсолютный прирост в 2021 г. к уровню 2019 г. – 132,7 на 100 тыс. населения). Фактически данный показатель во многом определяется эпидемиологической ситуацией, связанной с выраженностью сезонных подъемов заболеваемости (ОРИ верхних дыхательных путей и грипп), частотой развития тяжелых острых респираторных синдромов [17].

Динамика показателя численности лиц во взрослом возрасте, состоящих на диспансерном учете при бронхите хроническом и неуточненном, эмфиземе легких, J40–J43 представлена на рис. 8. Тенденция к снижению продемонстрирована графически, темп прироста к уровню 2008 г. составил «минус» 18,3%.

Прогноз показателя численности диспансерного контингента при бронхите хроническом и неуточненном, эмфиземе легких на предстоящий двухлетний период предполагает для взрослого населения дальнейшую тенденцию к снижению (темп прироста составит к уровню 2019 г. – «минус» 1,0%, к уровню 2008 г. – «минус» 19,1%). Изменение подходов к верификации данного ди-

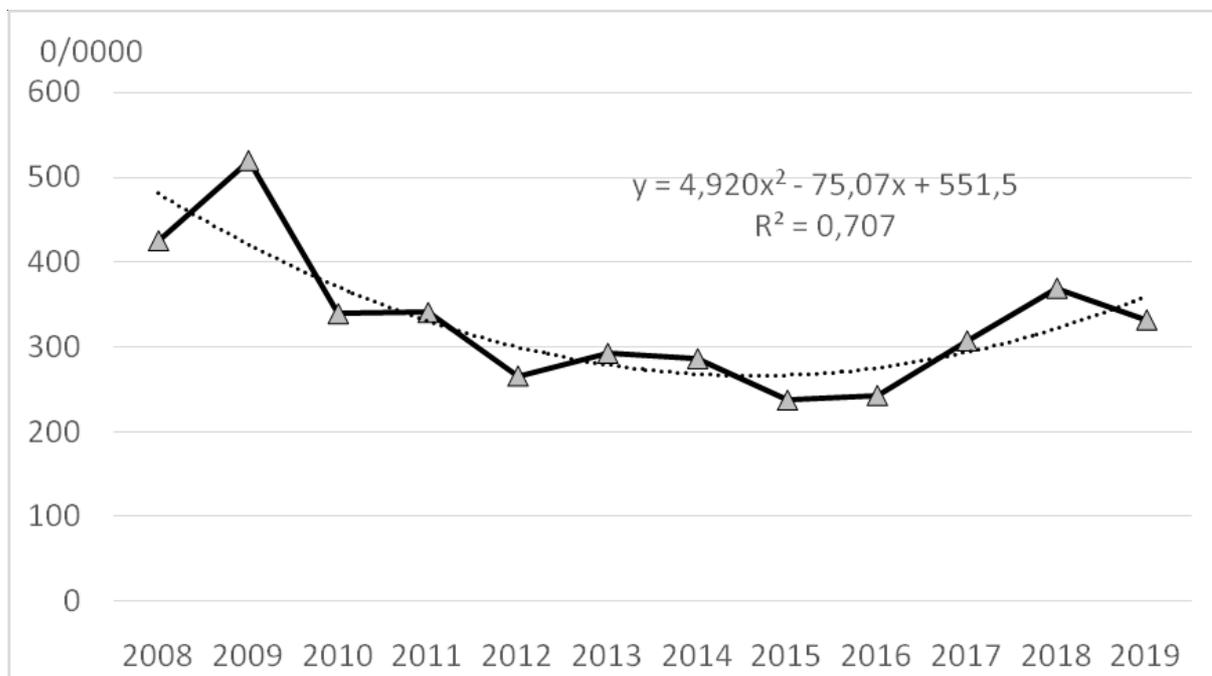


Рис. 7. Динамика показателя численности диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь при последствиях перенесенных ОРИ, гриппа и пневмонии (2008–2019 гг., $\%_{0000}$)

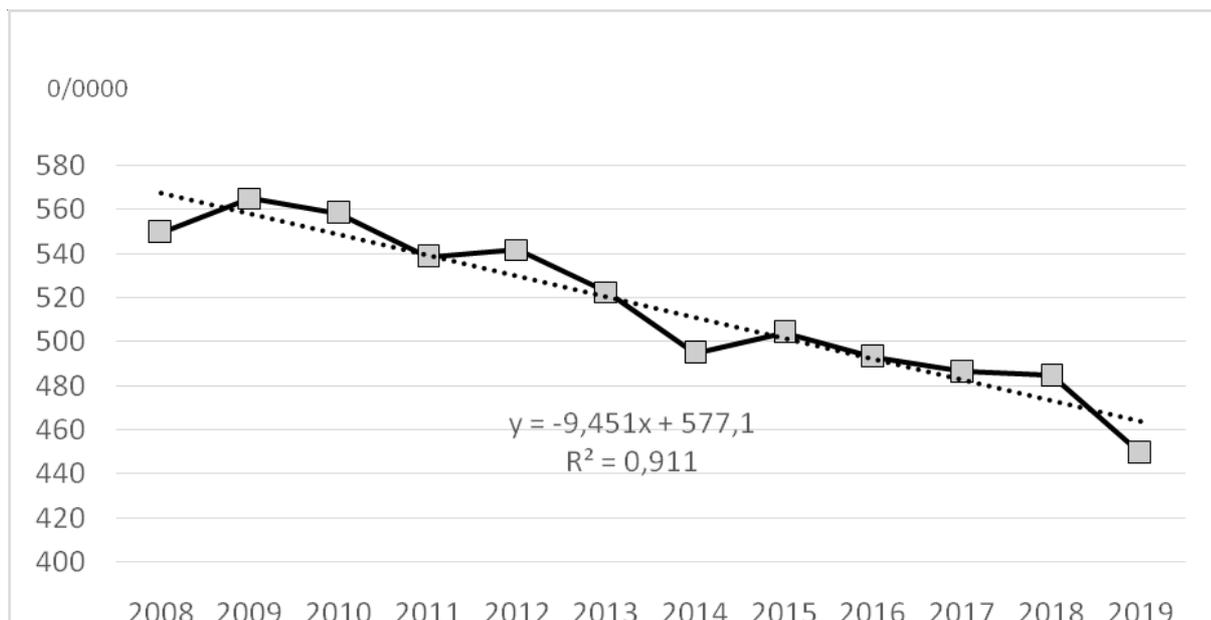


Рис. 8. Динамика показателя численности диспансерных контингетов взрослого населения Республики Беларусь при бронхите хроническом и неуточненном, эмфиземе легких (2008–2019 гг., ‰₀₀₀₀)

агноза (включение в перечень обязательных методов диагностики рентгенографии, спирометрии, бронхоскопии по показаниям) привело к увеличению числа случаев выявления других заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов и легких и к снижению частоты истинных случаев бронхита хронического.

Динамика показателя численности лиц, состоящих на диспансерном учете при другой хронической обструктивной болезни легких, представлена на рис. 9.

Численность контингента взрослых лиц, состоящих на диспансерном учете, по причине другой хронической обструктивной болезни легких имела тенденцию к росту. В 2008–2013 гг. наблюдался постоянный прирост показателя (показатель вырос в 1,25 раза), начиная с 2014 г. отмечается период «плато» с тенденцией к крайне незначительному росту.

Кривая описывается полиномиальным трендом, существенной динамики численности взрослого диспансерного контингента при другой хрониче-

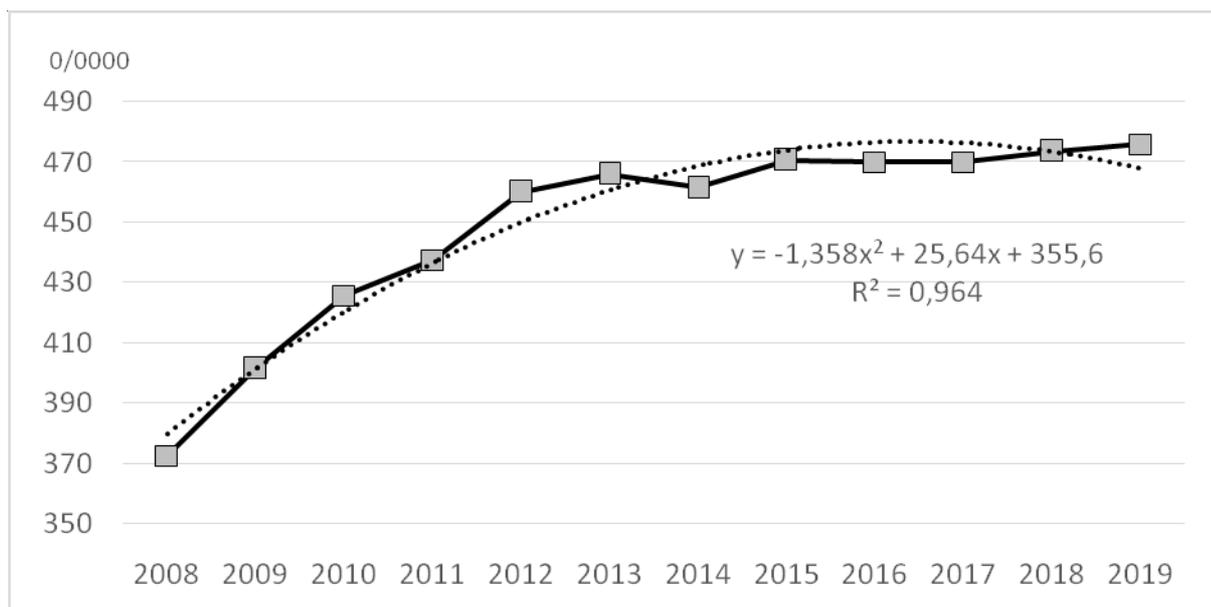


Рис. 9. Динамика показателя численности диспансерных контингетов взрослого населения Республики Беларусь при другой хронической обструктивной болезни легких (2008–2019 гг., ‰₀₀₀₀)

ской обструктивной болезни легких не прогнозируется. Поскольку значение показателя высокое (средний многолетний уровень – 448,8‰), заболевание продолжит оставаться значимой причиной нахождения пациентов взрослого возраста на диспансерном учете.

Показатель численности диспансерного контингента при бронхиальной астме в динамике характеризуется устойчивым ростом. За период наблюдения показатель вырос в 1,6 раза. Динамика интенсивного показателя описывается линейным трендом, и к 2021 г. прогнозируется дальнейший рост численности диспансерного контингента до значения 961,5‰ с темпом прироста +7,3% к уровню 2019 г. и +75,1% к уровню 2008 г. (рис. 10).

Заключение

Показатель численности лиц, состоящих на диспансерном учете при болезнях органов дыхания, к концу изучаемого периода (2019) превысил 2500,0‰, темп прироста к уровню 2008 г. составил +13,6%.

С одной стороны, численность диспансерных контингентов отражает уровень заболеваемости болезнями органов дыхания и нуждаемость пациентов в комплексе медицинских вмешательств на протяжении срока диспансерного наблюдения, что свидетельствует о масштабах и медико-социальной значимости данного явления. С другой стороны, рост численности контингента отражает способность системы здравоохранения к выявлению нуждающихся в динамическом наблюдении паци-

ентов для реализации диспансерных мероприятий, поддержанию и восстановлению их здоровья, профилактике инвалидности и сохранению жизни. Подобный анализ позволяет осуществлять **учет лиц**, взятых под диспансерное наблюдение (а не случаев заболеваний), что существенно конкретизирует объемы медицинской помощи, в которой нуждаются пациенты.

Более 85,0% случаев взятия на диспансерный учет при болезнях органов дыхания обуславливают четыре лидирующие причины: астма, астматический статус (30,5%); бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких (21,7%); другая хроническая обструктивная легочная болезнь (18,9%); пневмония в совокупности с последствиями гриппа и ОРИ верхних дыхательных путей (13,9%). Прогнозируется дальнейший рост показателя численности диспансерного контингента вследствие бронхиальной астмы (с ежегодным темпом прироста около +4,0%); при последствиях перенесенных пневмонии, ОРИ верхних дыхательных путей и гриппа (с ежегодным темпом прироста к уровню 2019 г. 19,9%); сохраняется без тенденции к снижению численность контингента лиц, состоящих на диспансерном учете при другой хронической обструктивной болезни легких. Благодаря улучшению дифференциальной диагностики, уменьшилось число случаев взятия на диспансерный учет при бронхите хроническом, эмфиземе легких, что, в свою очередь, обусловило изменение рейтинговой позиции данной причины

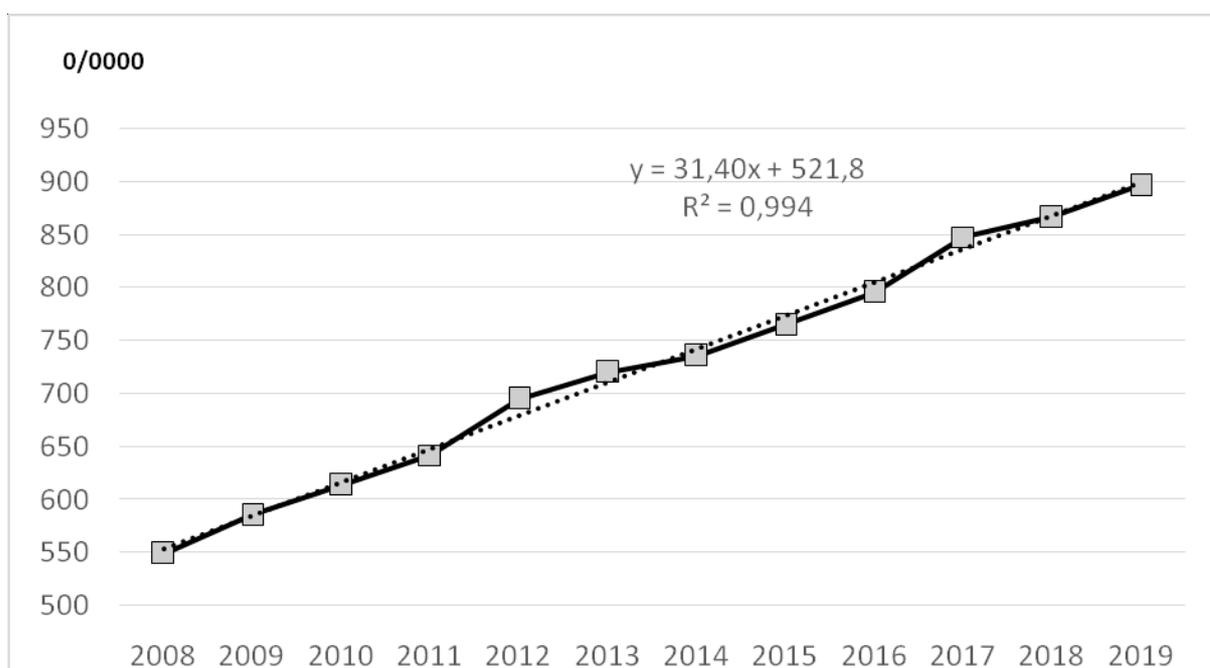


Рис. 10. Динамика показателя численности диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь при астме, астматическом статусе (2008–2019 гг., ‰)

(в 2008 г. – первое место, в 2019 г. – третье место).

При болезнях органов дыхания с низким интенсивным уровнем численности контингентов, состоящих на диспансерном учете (131,0‰₀₀₀₀ и менее), отмечен рост показателя для бронхоэктатической болезни и интерстициальных легочных болезней (соответственно в 2,7 и 3,2 раза).

Такая динамика показателей (сохранение лидирующих позиций в рейтинге причин взятия на диспансерный учет либо стойкая тенденция к росту численности контингентов) позволяет обосновать приоритетные направления профилактической и диспансерной работы в отношении перечисленных болезней органов дыхания. Целевыми группами пациентов с хронической неинфекционной патологией для выявления, применения профилактических стратегий, качественного оказания медицинской помощи при болезнях органов дыхания являются, прежде всего, пациенты с астмой и другой хронической обструктивной болезнью. При этом сохраняют значимость такие болезни органов дыхания преимущественно инфекционной природы, как бронхит хронический и пневмония в совокупности с последствиями ОРИ и гриппа. При сохранении условий, формирующих установленные тенденции роста диспансерных контингентов, сохраняются и социальные риски отрицательных медико-демографических показателей.

Литература

1. Диспансерное наблюдение больных хронически неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. С.А.Бойцова и А.Г.Чучалина. – М., 2014. – 112 с. – Режим доступа: https://gncpm.ru/wp-content/uploads/2019/12/metod_rek_disp_nabl.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.
2. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХП // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
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, 2021.
4. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь до 2030 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.economy.gov.by/uploads/files/NSUR2030/Natsionalnaja-strategija-ustojchivogosotsialno-ekonomicheskogo-razvitija-Respubliki-Belarus-na-period-do-2030-goda.pdf>. – Дата доступа: 11.01.2021.
5. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2008 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2009. – 315 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2009/2008_1.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.
6. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2009 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2010. – 311 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2010/2009_1.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.
7. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2010 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2011. – 305 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2011/2010_1.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.
8. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2011 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2012. – 304 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2012/2011_1.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.
9. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2012 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2013. – 284 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2013/2012_1.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.
10. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2013 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2014. – 280 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2014/2013_1.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.
11. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2014 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2015. – 282 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2015/2014_1.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.
12. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2015 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2016. – 278 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2016/2015_1.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.
13. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2016 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2017. – 277 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2017/2016_1.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.
14. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2017 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2018. – 274 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2018/2017_1.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.
15. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2018 г. – Минск: ГУ РНПЦ МТ, 2019. – 261 с.: табл. – Режим доступа: http://rnpomt.belcmt.by/files/Stat/Healthcare_in_RB_2018.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.
16. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2019 г. – Минск: ГУ РНПЦ МТ, 2020. – 257 с.: табл. – Режим доступа: http://rnpomt.belcmt.by/files/Stat/Healthcare_in_RB_2019.pdf. – Дата доступа: 11.01.2021.

17. Опыт сравнительного анализа заболеваемости пневмониями и острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей после внедрения системы эпидемиологического мониторинга пневмоний [Электронный ресурс] / Н.А.Кравченко [и др.] // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2019. – №18 (1). – С.96–104. – Режим доступа: https://www.epidemvac.ru/jour/article/view/668?locale=ru_RU; <https://doi:10.31631/2073-3046-2019-18-1-96-104>. – Дата доступа: 11.01.2021.

DISPENSARY CONTINGENTS OF ADULT POPULATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS WITH RESPIRATORY SYSTEM DISEASES

¹ T.N.Glinskaya, ² M.V.Schaveleva, ¹ E.I.Davidovskaya, ¹ L.S.Bogush

¹ Republican Scientific and Practical Center of Pulmonology and Tuberculosis, 157, Dolginovsky tract, 220053, Minsk, Republic of Belarus

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

Results of analysis of indicators of dispensary contingents number of adult population of the Republic of Belarus with respiratory diseases for a twelve-year period (2008-2019) are summarized. Rating of reasons for patient dispensary registration for certain respiratory diseases is presented. Analysis of the studied indicators in dynamics with the forecast for near future is made. The study covers the period before the coronavirus pandemic allowing the obtained results use for subsequent comparative analysis.

Keywords: Republic of Belarus; adult population; respiratory diseases; dispensary contingents; causes; dynamics.

Сведения об авторах:

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.

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

Давидовская Елена Игнатьевна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», зав. отделом пульмонологии и хирургических методов лечения болезней органов дыхания; тел.: (+37517) 2898951; e-mail: elena-davidovskaya@yandex.by.

Богущ Людмила Степановна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», отдел пульмонологии и хирургических методов лечения болезней органов дыхания, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37517) 2898951; e-mail: ludabogush@mail.ru.

Поступила 10.03.2021 г.

УДК 614.2:340.13 (476)

ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

И.Н.Кожанова

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

В публикации обсуждаются эволюция и перспективы развития законодательства Республики Беларусь о здравоохранении в отношении экономической оценки медицинских технологий. Обосновывается необходимость работы по созданию национальной системы оценки медицинских технологий, предпосылки для внесения изменений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении».

Ключевые слова: Республика Беларусь; оценка медицинских технологий; правовое регулирование.

Включение системы оценки медицинских технологий (ОМТ), определяемой как оценка доказанной клинической и клинико-экономической (фармакоэкономической) эффективности и безопасности технологий здравоохранения, а также экономических, социальных и этических последствий их применения в национальную систему здравоохранения, является эволюционным шагом, призванным ответить на основные современные вызовы: высокую стоимость медицинских технологий (МТ), избыточность предложения, дефицит бюджетов.

Согласно данным Всемирного банка, ожидается, что к 2022 г. расходы на здравоохранение по миру в целом возрастут на 23% по сравнению с 2017 г.

Определяя МТ преимущественно как лекарственные средства (ЛС) и медицинские изделия (МИ), можно проследить значимость экономического бремени технологий для бюджета страны. Финансирование организаций здравоохранения системы Минздрава Республики Беларусь, а также централизованной закупки ЛС и МИ происходит из разных источников – республиканского и местных бюджетов. Значительность затрат на ЛС и МИ демонстрируют нормативные документы о государственных закупках Министерства здравоохранения Республики Беларусь [1–9]. Так, в 2017–2021 гг. затраты на ЛС, закупаемые за счет средств республиканского бюджета, составляли от 29,6 до 20,2% расходов республиканского бюджета по функциональной классификации расходов бюджета по разделу «Здравоохранение» (табл. 1).

Затраты на МИ, закупаемые за счет средств республиканского бюджета, составили от 10 до

19,4% расходов республиканского бюджета по функциональной классификации расходов бюджета по разделу «Здравоохранение» (табл. 2).

При этом, белорусский фармацевтический рынок является высоко конкурентным как для зарубежных, так и для национальных производителей. По состоянию на 1 января 2019 г., в Республике Беларусь всего зарегистрировано 4266 ЛС от более 700 производителей из 64 стран, в том числе, 1674 ЛС отечественного производства (из них 95 – оригинальных, 1553 – генерических, 23 – инновационных). За последние пять лет на внутренний рынок Республики Беларусь выведено около 700 новых отечественных ЛС. Значительно расширен перечень отечественных противоопухолевых ЛС (один из важных элементов импортозамещения). По состоянию на конец 2019 г., в Беларуси работали 38 фармацевтических компаний. 16 из них имеют 48 сертификатов GMP (единые правила Надлежащей производственной практики) [10].

По информации базы данных MedMarket [11], белорусский рынок ЛС продемонстрировал рост с 984581714 долл. США в 2019 г. до 1027805845 долл. США в 2020 г. В упаковках рост составил с 393560676 штук до 412384747 штук. По данным ООО «Интелликс-М» [12], фармацевтический рынок демонстрирует устойчивый рост с 2016 г. – с 800650000 долл. США до 1027805845 долл. США в 2020 г. Согласно прогнозу Fitch Solutions [13], к 2025 г. следует ожидать рост фармацевтического рынка Республики Беларусь до 1,329 млрд долл. США и достижения общих расходов на систему здравоохранения до 4,343 млрд долл. США. Таким образом, расходы на ЛС могут до-

**Анализ затрат на лекарственные средства,
закупаемые за счет средств республиканского бюджета (2017–2021 гг.)**

Год	Общие затраты согласно номенклатуре и объему лекарственных средств для проведения процедур централизованных государственных закупок лекарственных средств за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения, бел. руб.	Расходы республиканского бюджета по функциональной классификации расходов бюджета по разделам, подразделам и видам расходов «Здравоохранение»	Доля расходов на ЛС по отношению к республиканскому бюджету по разделу «Здравоохранение»	Локальный акт
2021	336561881	1668279692	20,2%	Приказ МЗ РБ от 28.09.2020 №995
2020	342934297	1274109597	26,9%	Приказ МЗ РБ от 03.09.2019 №1045
2019	257365997	1019893543	25,2%	Приказ МЗ РБ от 21.09.2018 №925
2018	264854607	894986604	29,6%	
2017	238688407	878781020	27,2%	

стигнуть 30,6% всех расходов на систему здравоохранения.

С учетом потенциального роста предложений ЛС и МИ для государственного финансирования, связанного как с техническим прогрессом, так и с глобализацией рынка (формирование общего рынка Евразийского экономического союза), формирование национальной системы ОМТ является исключительно актуальным.

Следует отметить, что в последнее десятилетие ОМТ уже была интегрирована в виде отдельных элементов в систему здравоохранения Республики Беларусь [14, 15]. В стране сформированы стандартизованные подходы:

- создана и постоянно актуализируется нормативная база;
- существует система лицензирования и сертификации;
- на основе анализа качества оказания медицинской помощи осуществляются корректирующие воздействия;
- разработаны рекомендации, способствующие повышению качества и эффективности медицинской помощи;
- осуществляется контроль за реализацией управленческих решений.

Оценка и отбор медицинских вмешательств, МИ, ЛС, приоритетов финансирования – это постоянная работа, осуществляемая соответствующими

службами системы здравоохранения. В настоящее время осуществлен ряд мероприятий и на законодательном уровне принят ряд правовых актов, позволяющих формализовать принципы выбора методов лечения, диагностики, профилактики при:

- организации системы централизованных закупок;
- формировании перечня основных лекарственных средств (ПОЛС);
- формировании Республиканского формуляра лекарственных средств (РФЛС);
- разработке клинических протоколов (КП).

Принципы формирования ограничительных списков были подробно изложены в ряде нормативных документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь, а именно: в приказе от 21.08.2009 №810 «Об утверждении Положения о перечне основных лекарственных средств и комиссии Министерства здравоохранения Республики Беларусь по формированию перечня основных лекарственных средств», приказе от 27.12.2012 №1519 «О формировании Республиканского формуляра» (в Положении о Республиканской формулярной комиссии и об эксперте Республиканской формулярной комиссии), а также в приказе от 08.12.2010 №1310 «О работе с лекарственным формуляром». В вышеуказанных документах определено использование результа-

**Анализ затрат на медицинские изделия,
закупаемые за счет средств республиканского бюджета**

Год	Ориентировочная стоимость годовой и (или) общей потребности согласно годовому плану государственных закупок медицинских изделий, в бел. руб.	Расходы республиканского бюджета по функциональной классификации расходов бюджета по разделам, подразделам и видам расходов «Здравоохранение»	Доля расходов на медицинские изделия по отношению к республиканскому бюджету по разделу «Здравоохранение»
2021	324377486	1668279692	19,44%
2020	Информация отсутствует	1274109597	-
2019	101983852	1019893543	10,00%
2018	119700000	894986604	13,37%
2017	114000000	878781020	12,97%

тов клинико-экономического анализа (КЭА) и фармакоэкономического анализа (ФЭА) при формировании ПОЛС, РФЛС и формуляров государственных организаций здравоохранения.

В приложении Г к инструкции по применению «Порядок разработки и внедрения клинических протоколов» (регистрационный №38-0406) среди требований к выбору медицинских услуг и групп лекарственных средств (ЛС) и международных непатентованных наименований (МНН) ЛС было указано обязательное предоставление информации о результатах фармакоэкономических исследований (ФЭИ) и расчетов, которые проводятся в виде пяти основных видов экономической оценки (в скобках даны англоязычные аббревиатуры):

анализ «стоимость болезни» (СОИ);

анализ по критерию «затраты – эффективность» (СЕА);

анализ минимизации затрат (СМА);

анализ «затраты – утилитарность (полезность)» (СУА);

анализ «затраты – прибыль (польза)» (СВА).

Конкретный выбор метода экономической оценки зависел от цели исследования, исследуемой МТ и от конечного клинического результата ее применения. При выборе конкретных ЛС и схем терапии для данного заболевания эксперты должны были ответить, среди прочих, на вопрос о фармакоэкономическом обосновании целесообразности включения ЛС в клинический протокол.

В утвержденном приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.12.2012 №1519 Положении о Республиканском формуляре было указано, что Формуляр – список ЛС с доказанной эффективностью, безопасностью и наиболее экономически выгодных с точки зрения расходования бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение. Положение о Республиканской

формулярной комиссии включало требование использования результатов ФЭА при формировании и пересмотре Формуляра.

В приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.08.2009 №810 «Об утверждении Положения о перечне основных лекарственных средств и комиссии Министерства здравоохранения Республики Беларусь по формированию перечня основных лекарственных средств», в свою очередь, содержались требования использования результатов ФЭИ и расчетов (в соответствии с одним из видов экономической оценки: «стоимость болезни», «минимизации затрат» и «затраты – эффективность») с указанием отчетов о них (с приложением копий материалов и отчетов) при формировании ПОЛС. Для Беларуси необходимость внедрения клинико-экономической экспертизы (КЭЭ), фармакоэкономической экспертизы (ФЭЭ – в случае анализа фармакотерапии) в настоящее время приобретает особую значимость, поскольку ресурсы всегда ограничены, а количество предложений МТ и их стоимость растут в прогрессии. Следует отметить, что пункты об использовании КЭА, имевшиеся в упомянутых нормативно-методических документах, носили, скорее, декларативный характер и включали в себя неполный перечень возможных методов анализа.

В отличие от сведений об эффективности и безопасности ЛС, носящих преимущественно интернациональный характер и оцениваемых на основании общепризнанных международных стандартов (уровни доказательности клинических исследований и принципы клинической эпидемиологии), данные КЭА не могут быть перенесены из страны в страну. Данный вид анализа должен проводиться в Беларуси с учетом национальных особенностей здравоохранения, а его результаты ин-

терпретироваться в соответствии с локальными социальными, этическими, политическими стандартами и экономическими возможностями.

В ходе научных исследований [16] были уточнены применяемые понятия и, на основе проанализированных нормативных правовых актов и методических документов, регулирующих процесс ОМТ в Республике Беларусь, разработаны научно обоснованные предложения по внесению соответствующих изменений в национальное законодательство о здравоохранении.

Так, предлагалось законодательно закрепить понятие государственной клинко-экономической (фармакоэкономической) экспертизы (КЭЭ, ФЭЭ), проводимой в целях принятия решений о включении медицинской технологии/лекарственного средства/медицинского изделия (МТ/ЛС/МИ) в КП, РФЛС, ПОЛС, Республиканский формуляр медицинских изделий (РФМИ) и иные документы, определяющие порядок оказания медицинской помощи, или исключения МТ/ЛС/МИ из указанных документов [17, 18].

Разработчиками законопроекта «Об изменении Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»» предложения были приняты, и в тексте обновленного закона «О здравоохранении», вступающего в силу 23 июля 2021 г., дано определение понятия «медицинская технология» (абзац шестнадцатый части первой статьи 1), а также содержится отдельная статья 37³ «Клинко-экономическая (фармакоэкономическая) экспертиза» в следующей редакции [19]:

«Клинко-экономическая (фармакоэкономическая) экспертиза проводится в целях принятия решения о возможности включения (исключения) медицинской технологии в:

клинические протоколы (в части включения (исключения) медицинских вмешательств);

Республиканский формуляр лекарственных средств, перечень основных лекарственных средств (в части включения (исключения) лекарственных средств);

Республиканский формуляр медицинских изделий (в части включения (исключения) медицинских изделий);

иные документы, определяющие порядок оказания медицинской помощи.

По результатам проведения клинко-экономической (фармакоэкономической) экспертизы выносится экспертное заключение, которое формируется на основании анализа информации о сравнительной доказанной клинко-экономической (фармакоэкономической) эффективности и безопасности медицинской технологии, а

также экономических, социальных и этических последствий ее применения.

Порядок проведения клинко-экономической (фармакоэкономической) экспертизы устанавливается Министерством здравоохранения.»

Соответственно, для реализации пункта закона о порядке проведения клинко-экономической (фармакоэкономической) экспертизы постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 апреля 2021 г. №41 была утверждена Инструкция о порядке проведения клинко-экономической (фармакоэкономической) экспертизы [20]. Предлагается проведение исследований с использованием методологии клинко-экономического анализа методами анализа: минимизации затрат, «затраты-эффективность», «затраты-полезность», «затраты-выгода», «стоимости болезни», «влияния на бюджет». При этом, учитывается классификационная характеристика анализируемой МТ: неоригинальная (применение аналогов финансируется за счет средств бюджета); оригинальная (не имеется аналогов); орфанная (для редких заболеваний); паллиативная (для неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний).

Вышеупомянутый нормативный правовой акт позволяет законодательно разделить КЭЭ и КЭИ – непосредственно исследовательский процесс, то есть, исследование, предполагающее изучение МТ, основанное на анализе информации о ее доказанной клинко-экономической эффективности и безопасности, выполняемое с целью оценки соотношения результатов применения медицинской технологии и связанных с ними затрат, которое проводится группой исследователей – специалистов по ОМТ и профильных специалистов по проблеме исследуемой нозологии. Стартовое определение классификационной характеристики для МТ позволяет исследователям на этапе выполнения анализа правильно выбрать альтернативы для сравнения МТ и сформулировать предложение о приемлемости или неприемлемости применения МТ в условиях национальной системы здравоохранения.

В перспективе, с целью уточнения принципа приемлемости МТ для бюджетного финансирования, возможно выделение категории «имиджевых» МТ для выделения технологий, не подлежащих финансированию на основе общепринятых в экономике критериев, но являющихся социально значимыми для общества, обеспечивающими прогресс в отдельных отраслях медицины и/или повышающими место национальной системы здравоохранения в международных рейтингах. Исходя из того, что в современной литературе имеется

большое количество определений понятия имидж, можно выделить ряд ключевых подходов. Можно рассматривать имидж как целенаправленно сформированный образ, который оказывает эмоционально-психологическое влияние на человека или на группу людей [21]. С другой стороны, если принять, что имидж (от англ. image – «образ», «изображение», «отражение») – совокупность представлений, сложившихся в общественном мнении о том, как должен вести себя человек в соответствии со своим статусом, то имидж системы здравоохранения можно определить как сформировавшийся, действенный, эмоционально окрашенный образ системы, наделенный определенными характеристиками, основанными на реальных или приписываемых перцептивных свойствах, обладающих социальной значимостью. То есть, образ, создаваемый системой, предполагает высокую степень развития и доступности МТ. Соответственно, для того, чтобы ему соответствовать, невзирая на формальную недоступность (согласно базовым пороговым значениям клинико-экономического анализа), МТ может быть включена в бюджетное возмещение на основе специальных отдельно разработанных критериев или на основе принятия решения путем обсуждения (консенсуса или голосования) группой лиц, представляющих заинтересованные стороны. В случае МТ это могут быть представители системы здравоохранения, плательщика (бюджет, страховая организация, благотворительная организация), сообщества пациентов.

Таким образом, анализ нормативно-правовых документов системы здравоохранения Республики Беларусь продемонстрировал, что назрела необходимость в разработке национальных подходов по созданию собственной системы ОМТ, учитывающей определенные особенности Республики Беларусь: государственную систему здравоохранения, централизованный характер управления, финансирования и относительно небольшой бюджет здравоохранения, высокие ожидания населения, традиционно большое внимание, уделяемое отдельным заболеваниям (например, сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям). При организации отечественной системы ОМТ следует, сохраняя уже работающие элементы, использовать опыт стран со схожими организационными особенностями систем здравоохранения. Необходима практика формализованной интерпретации результатов КЭА и обоснование соответствующего (экономического, социального, экологического, политического, морально-этического) бремени при включении/невключении МТ в огра-

ничительные перечни и КП. При наличии собственно экспертных структур (комиссий) с соответствующим штатом необходимы прозрачные критерии оценки клинико-экономических данных и пороговые значения для показателей, которые рассчитываются при проведении КЭА. Все это необходимо для объяснения, насколько именно новая МТ должна быть эффективнее и может быть дороже для того, чтобы затраты на ее внедрение в отечественное здравоохранение были возмещены со стороны бюджета.

Включение КЭА (ФЭА) в перечень государственных экспертиз делает, в том числе, актуальным инициирование разработки и включения образовательного курса ОМТ в программы последипломной подготовки для врачей-клинических фармакологов (фармакоэкономический анализ ЛС) и для врачей других специальностей (клинико-экономический анализ нелекарственных медицинских технологий, медицинских изделий).

Литература

1. Об установлении номенклатуры и объемов лекарственных средств для проведения процедур централизованных государственных закупок лекарственных средств за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь в 2021 г.: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 28 сент. 2020 г., №995.
2. Об утверждении перечня медицинских изделий: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 28 дек. 2020 г., №1393.
3. Об установлении номенклатуры и объемов лекарственных средств для проведения процедур централизованных государственных закупок лекарственных средств за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь в 2020 г.: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 3 сент. 2019 г., №1045.
4. Об утверждении годового плана централизованных государственных закупок лекарственных средств за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь в 2019 г.: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 21 сент. 2018 г., №925.
5. О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 октября 2018 г. №998: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 28 февр. 2019 г., №250 (Об утверждении годового плана государственных закупок медицинских изделий в 2019 году: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 5 окт. 2018 г., №998).
6. Об утверждении годового плана централизованных государственных закупок лекарственных средств

- за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь в 2018 г.: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 7 сент. 2017 г., №1005.
7. Об утверждении годового плана государственных закупок медицинских изделий в 2018 году: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 30 окт. 2017 г., №1242.
 8. Об утверждении годового плана централизованных государственных закупок лекарственных средств за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь в 2017 г.: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 5 окт. 2016 г., №940.
 9. Об утверждении годового плана государственных закупок медицинских изделий в 2017 году: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 16 нояб. 2016 г., №1123.
 10. Фармацевтический рынок Республики Беларусь. Декабрь 2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://bikratings.by/>. – Дата доступа: 21.05.2021.
 11. Мониторинг продаж лекарственных средств и БАД. Программа MedMarket [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://intellix.by/index.php?sec=2>. – Дата доступа: 21.05.2021.
 12. Фармацевтический рынок Республики Беларусь 2020 [Электронный ресурс]. – Минск: ООО «Интелликс-М». – 52 с. – Режим доступа: <http://intellix.by/index.php?sec=2>. – Дата доступа: 21.05.2021.
 13. Belarus Pharmaceuticals & Healthcare Report Includes 10-year forecasts to 2030. – Fitch Solutions Group Ltd, UK. – 62 p.
 14. О республиканском бюджете на 2012 год [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 30 дек. 2011 г., №331-3 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
 15. О внесении дополнения и изменений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 21 окт. 2016 г., №433-3 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
 16. Разработать организационную структуру и нормативно-методическое обеспечение функционирования системы оценки медицинских технологий в Республике Беларусь: отчет о НИР (заключ.) / РНПЦ МТ; рук. М.М.Сачек; исполн.: Н.Е.Хейфец [и др.]. – Минск, 2018. – 84 с. – №ГР 20170080.
 17. Хейфец, Н.Е. Система оценки медицинских технологий: белорусская модель / Н.Е.Хейфец, И.Н.Кожанова, М.М.Сачек // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы VIII международной науч.-практ. конф., Улан-Удэ, 3–5 окт. 2019 г. / отв. ред. Ю.Ю.Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во Восточно-Сибирского гос. ун-та технологий и управления (ВСГУТУ), 2019. – С.263–265.
 18. Институционализация клинично-экономической экспертизы в системе оценки медицинских технологий в Республике Беларусь / Н.Е.Хейфец, И.Н.Кожанова, М.М.Сачек, Н.С.Ивкова, Е.Н.Хейфец, А.А.Шпаковская // 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.242–255.
 19. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХП // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
 20. О порядке проведения клинично-экономической (фармакоэкономической) экспертизы: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 26 апр. 2021 г., №41 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
 21. Овчинникова, А.М. Основы имиджелогии: конспект лекций / А.М.Овчинникова, Н.В.Шульга. – Омск: Омский гос. ун-т путей сообщения, 2019. – 55 с.

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN LEGAL SYSTEM OF HEALTHCARE OF THE REPUBLIC OF BELARUS

I.N.Kozhanova

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

Evolution and prospects for development of legislation of the Republic of Belarus on public health in relation to economic assessment of medical technologies are discussed in this publication. Necessity of work on creation of a national system for assessing medical technologies, prerequisites for the Law of the Republic of Belarus “On Public Health” amending are substantiated.

Keywords: Republic of Belarus; health technology assessment; legal regulation.

Сведения об авторе:

Кожанова Ирина Николаевна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория основ стандартизации и оценки медицинских технологий, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37529) 6870401; e-mail: kozhanovairina@mail.ru.

Поступила 24.05.2021 г.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ АСПЕКТОВ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ВРАЧА-ДИАГНОСТА

А.Н.Чуканов, Д.В.Чердиченко

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

² Министерство здравоохранения Республики Беларусь,
ул. Мясникова, 39, 220048, г. Минск, Республика Беларусь

Улучшение качества работы врачей – актуальная задача, стоящая перед системой здравоохранения любой страны. Кроме традиционных методов совершенствования, перспективными в плане повышения качества представляются методы нивелирования психоэмоционального напряжения, возникающего у врачей и связанного с их профессиональной деятельностью. Для оценки роли эмоционально-психологических факторов и степени их влияния на качество работы по ультразвуковой диагностике врожденных пороков развития (ВПР) у плода с целью разработки наиболее эффективных путей его повышения проведено исследование посредством анкетирования врачей-специалистов и методом экспертного опроса врачей организаций здравоохранения страны. Установлены взаимосвязь между качеством работы врача, диагностирующего ВПР у плода, и его психоэмоциональным состоянием, а также причины высокого уровня психоэмоциональной тревожности у указанных врачей. Показано, что суммарным итогом внедрения в практику работы методики цифрового архивирования изображений структур плода, полученных в ходе ультразвукового исследования, является повышение качества работы по выявлению визуализируемых ВПР у плода.

Ключевые слова: пренатальная ультразвуковая диагностика, врожденные пороки развития, эмоциональное выгорание, анкетирование, экспертный опрос, цифровое архивирование изображений.

Введение. Помимо классического подхода к процессу совершенствования врачебной деятельности, традиционализм которого заключается в разработке новых методик диагностики и лечения путем внедрения в практику новых инструментальных технологических решений, мы, в свое время, решили использовать возможность улучшения качества работы врача посредством воздействия на его эмоциональную сферу, интуитивно предвидя высокую перспективность означенного подхода.

На основании многолетнего практического опыта нами было выдвинуто предположение, что резервом повышения качества работы врачей должно явиться решение проблем, которые до сих пор прицельно не рассматривались в данном аспекте. Это проблемы повышения мотивации, организованности и дисциплинированности врача, снижения у него уровня стрессовой нагрузки, то есть вопросы, лежащие в плоскости совершенствования психологического обеспечения работы врача, а также проблемы правового регулирования его деятельности, в том числе, в контексте совершенствования охранительной функции права.

Значение удовлетворительного социально-психологического климата для успешной работы сегодня является неоспоримым.

Представление о приоритете психологического климата для обеспечения результативности деятельности как отдельного подразделения, так и организации здравоохранения (далее – ОЗ) в целом уже перешло из гипотезы в аксиому администрирования [1]. Люди проводят большую часть своей жизни на работе, при этом, когда сотрудники чувствуют себя более позитивно, они более мотивированы [2].

Актуальность оценки социально-психологического климата в коллективе обусловлена также и тенденцией к усложнению взаимоотношений и росту требований к профессионализму сотрудников.

По определению психологов, эмоциональное выгорание как выработанный личностью механизм психологической защиты от избранных психотравмирующих воздействий, представляющий тип профессионального поведения, являясь стереотипом функциональным, позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы [1, 3, 4].

В то же время, могут возникать его дисфункциональные следствия, когда такое «выгорание» отрицательно скажется на исполнении профессиональных функций и межличностных отношениях врач-пациент и врач-врач [3, 4].

Эмоциональное выгорание – динамический процесс и возникает поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса. Естественно, что своевременное отслеживание этой динамики позволит вовремя предпринять соответствующие меры психологического воздействия с целью предупредить окончательное формирование фаз эмоционального выгорания, перехода реакций с уровня эмоций на уровень психосоматики и воздействия на организм деструктивной силы эмоциональной энергии.

Материалы и методы. Для оценки роли эмоционально-психологических факторов и степени их влияния на качество работы врачей проведено исследование методом анкетирования врачей-организаторов здравоохранения в рамках реализации в 2019–2020 годах проекта Министерства здравоохранения по профилактике психологических рисков у руководителей учреждений здравоохранения Республики Беларусь и их заместителей.

Дополнительным ответвлением данного исследования явилось определение нами влияния эмоционально-психологических факторов на качество ультразвуковой диагностики врожденных пороков развития (ВПР) у плода с целью разработки наиболее эффективных путей его повышения.

В ходе исследования нами была проведена оценка наличия и выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей пренатальной ультразвуковой диагностики специализированных ОЗ нашей страны.

Объектом исследования были врачи, основной профессиональной деятельностью которых является проведение ультразвуковых исследований у плода с целью выявления врожденных аномалий развития (исследуемая группа 1, $n_1=52$). Предметом нашего основного интереса являлась оценка эмоционального выгорания у упомянутых специалистов.

Использовалась методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко, которая, по мнению автора, делает возможным не только характеристику личности, но и определение мер психокоррекции и профилактики для каждого индивидуума [3]. Полученная информация обрабатывалась по стандартным методикам [5]. При этом, в качестве границы статистической значимости результатов использовался уровень значимости, равный 0,05.

Уделив главенствующую роль осмыслению иных, кроме эмоционального выгорания, эмоционально-психологических причин недостаточного с точки зрения перфекционизма качества ультразвуковой диагностики ВПР у плода, нами сделаны предположения, что среди вышеуказанных причин могут быть такие, влияние которых на качество диагностического процесса ранее даже не предполагалось.

С целью уточнения характера влияния психоэмоциональных факторов на качество диагностической работы по выявлению ВПР у плода, а также оценки правильности сделанных нами предположений, проведено исследование в виде экспертного опроса специалистов в сфере пренатальной ультразвуковой диагностики (исследуемая группа 2, $n_2=14$).

Применение методики экспертного опроса было вызвано затруднениями получения достоверной информации другим способом, так как массовый опрос простых врачей-респондентов не представлялся нам эффективным. Выбор методики экспертного опроса обуславливался также тем, что он позволяет прогнозировать развитие явлений [6], а мы одновременно имели целью также определение возможных прогнозируемых изменений качества диагностики после внедрения во врачебную практику предлагаемых новшеств.

Проведение экспертного опроса осуществлялось в соответствии с установленными правилами [7, 8].

Группа экспертов в количестве 14 лиц была сформирована методом «снежного кома» из числа специалистов пренатальной ультразвуковой диагностики, имеющих стаж данной деятельности не менее 10 лет, а также аттестованных в качестве врачей высшей и первой квалификационной категории. Оценка компетентности экспертов проводилась методом коллективной оценки. С целью снижения риска искажения выборки экспертов цепочка кандидатур от одного врача-эксперта ограничивалась нами по численности.

В качестве основного инструментария использовался специально составленный опросный лист для интервьюирования экспертов с преобладанием вопросов открытого типа. Так как нами подразумевалось, что эксперт является лицом осведомленным, вопросы-ловушки в опросный лист не включались. Адекватность составления опросного листа была оценена и подтверждена соответствующими специалистами-социологами.

С целью обеспечения независимости оценок посредством устранения взаимного влияния экспертов друг на друга и уменьшения воздействия

посторонних факторов, а также с целью расширения географических рамок при опросе для учета возможной региональной специфики нами использована заочная форма работы с экспертами.

Результаты

Аспекты синдрома эмоционального выгорания. Результаты анализа полученной в ходе исследования группы 1 информации представлены в таблицах 1 и 2.

Установлено, что у врачей пренатальной ультразвуковой диагностики по мере увеличения стажа работы отмечается устойчивая тенденция к формированию наибольшим образом стадии резистенции и стадии истощения синдрома эмоционального выгорания.

При этом, у половины врачей, отработавших по данной специальности более 10 лет, фаза резистенции уже сформировалась (табл. 2).

Установлено, что некоторые фазы стресса и симптомы формируются или уже сформированы после 10 лет практической деятельности в качестве специалиста пренатальной ультразвуковой диагностики.

Влияние других психологических факторов на качество диагностического процесса. В ре-

зультате систематизации и оценки информации, полученной в процессе проведенного вышеуказанного экспертного опроса, установлено, что на качество работы специалистов, проводящих ультразвуковую диагностику ВПР у плода, негативное влияние оказывает эмоциональное выгорание (отметили 13 из 14 экспертов, или 93%), а причиной высокого уровня психоэмоциональной тревожности у указанных врачей является, в основном, субъективизм оценки состояния визуализированных структур плода (отметили 13 из 14 экспертов, или 93%).

Также на качество работы негативным образом влияет снижение уровня самоорганизации и требовательности к себе у специалистов-диагностов, являющееся причиной врачебных ошибок вследствие неумышленного либо сознательного нарушения протокола исследования или игнорирования отдельных этапов ультразвукового исследования плода (отметили 11 из 14 экспертов, или 79%).

Нивелирование влияния неблагоприятных психологических факторов как потенциал повышения качества диагностики ВПР. Определение в ходе описанного исследования

Таблица 1

Формирование фаз стресса у специалистов исследуемой группы 1 без учета стажа работы

Фаза развития стресса	Фаза не сформировалась, случаев	Фаза в стадии формирования, случаев	Сформировавшаяся фаза, случаев
Напряжение	37 (71,1%)	12 (23,1%)	3 (5,8%)
Резистенция	11 (21,1%)	20 (38,5%)	21 (40,4%)
Истощение	30 (57,7%)	21 (40,4%)	1 (1,9%)

Таблица 2

Формирование фаз развития стресса в зависимости от стажа специализированной профессиональной деятельности

Фаза развития стресса	Фаза не сформировалась, случаев			Фаза в стадии формирования, случаев			Сформировавшаяся фаза, случаев		
	стаж менее 10 лет	стаж от 10 до 15 лет	стаж 15–25 лет	стаж менее 10 лет	стаж от 10 до 15 лет	стаж 15–25 лет	стаж менее 10 лет	стаж от 10 до 15 лет	стаж 15–25 лет
Напряжение	14 (88%)	9 (56%)	10 (62%)	1 (6%)	6 (38%)	5 (31%)	1 (6%)	1 (6%)	1 (6%)
Резистенция	3 (19%)	2 (12%)	4 (25%)	8 (50%)	6 (38%)	5 (31%)	5 (31%)	8 (50%)	7 (44%)
Истощение	10 (62%)	9 (56%)	7 (44%)	6 (38%)	7 (44%)	8 (50%)	0	0	1 (6%)

факторов, оказывающих влияние на качество работы по выявлению ВПР у плода, позволило нам определить и новое перспективное направление, по которому возможно улучшение данного диагностического процесса – повышение качества работы косвенными методами, то есть методами психологического воздействия:

1. Повышение психологической устойчивости и предотвращение развития/прогрессирования синдрома эмоционального выгорания.

2. Создание эффективной системы объективизации оценки полноты и правильности проведенного ультразвукового исследования плода, одновременно стимулирующей врача к выполнению всех требований упомянутого протокола исследования.

3. Повышение мотивации врачей к освоению новых методик и технологий ультразвуковой пренатальной диагностики.

Результатом анализа информации, полученной в ходе проведенного нами экспертного опроса-исследования, явились определение и верификация наиболее действенных путей как снижения стрессовой нагрузки у врачей пренатальной ультразвуковой диагностики, так и исключения предпосылок для возникновения врачебных ошибок вследствие неумышленного либо сознательного нарушения протокола ультразвукового исследования плода.

Один из таких путей – это введение в практику работы врача-пренатального диагноста процесса цифровой архивации (сохранения в электронном виде) ультразвуковых изображений изученных структур плода, полученных в определенных установленных срезах.

Объективизация оценки качества ультразвукового исследования плода. Использование разработанной и предлагаемой нами указанной методики цифровой архивации полученных изображений плода позволит снизить уровень психоэмоциональной тревожности у врачей, связанной с субъективизмом их оценки визуализированных изменений строения структур плода и неуверенностью в тождественной трактовке в последующем этой же картины коллегами-аудиторами, на что указывают более 90% опрошенных экспертов.

Предлагаемая нами цифровая архивация позволит объективизировать контроль качества ультразвуковых исследований плода при одновременном обеспечении возможности осуществления ретроспективной экспертной оценки результатов проведенного ранее ультразвукового исследования анатомии плода. Необходимость такой видеофиксации каждого из этапов исследования плода повысит организованность и ответственность врачей, что исключит предпосылки для совершения врачебных ошибок, связанных с неумышленным или преднамеренным нарушением протокола исследования плода.

Прогнозируемым суммарным итогом внедрения в практику работы предлагаемой методики цифрового архивирования этапов ультразвукового исследования плода явится повышение качества работы по выявлению визуализируемых врожденных аномалий строения плода.

На такие последствия указывают эксперты в ходе проведенного нами экспертного опроса (рис.).

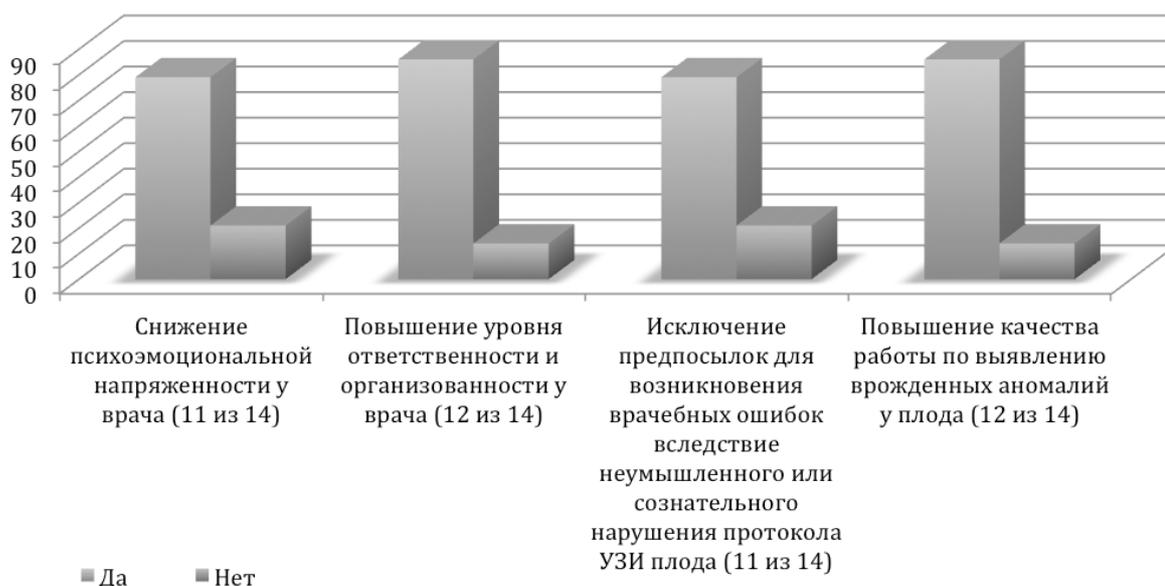


Рис. Доля экспертов, прогнозирующих определенные результаты внедрения в практику работы врача-специалиста методики цифрового архивирования этапов ультразвукового исследования плода

Сонограммы эмбриона/плода в формате TIFF, JPEG или BMP архивируются на жесткий диск ультразвукового сканера или на внешний жесткий диск при первичном ультразвуковом исследовании в каждом из скрининговых сроков:

первая серия сонограмм в сроке 10 недель 6 дней – 13 недель 6 дней,

вторая серия сонограмм в сроке 18–21 неделя,

третья серия сонограмм в сроке 32–35 недель гестации.

С целью обеспечения возможности проведения ретроспективного контроля обеспечивается хранение файлов сонограмм плода в течение двух календарных лет с момента проведения ультразвукового обследования беременной женщины.

Для практического воплощения данной разработки путем создания в ОЗ необходимых условий для реализации цифрового архивирования этапов ультразвукового исследования нами был разработан проект нормативного документа, утвержденный Министерством здравоохранения Республики Беларусь в виде соответствующего приказа от 13.01.2020 №21 «О мерах по совершенствованию контроля качества ультразвуковых исследований у плода».

Принятие этого документа позволило создать в кабинетах ультразвуковой диагностики архив проведенных ультразвуковых исследований плода. Его изучение и оценка в случаях рождения ребенка с не диагностированным в пренатальном периоде ВПР позволяет сравнительно легко по фактам удостовериться в наличии или отсутствии признаков аномалий у плода, зафиксированных в свое время на сонограммах фетального УЗИ.

Таким образом, после разработки и внедрения в практику методики цифрового архивирования изображений плода появилась возможность безошибочно установить причину невыявления у плода врожденной аномалии: либо это поздняя манифестация порока, характеризующаяся отсутствием визуализируемых в ходе исследования ультразвуковых признаков, либо это врачебная ошибка, связанная с неправильной трактовкой визуализированных изменений анатомии плода.

Это упростило контроль качества работы специалиста пренатальной ультразвуковой диагностики и позволило избежать в указанных случаях многодневных сложных разбирательств, причиной которых раньше являлось отсутствие объективной информации.

Повышение мотивации к активному освоению высокоэффективных диагностических методов. Как отмечено выше, недостаточная мо-

тивированность врачей, исследующих анатомию плода, в практическом освоении новых высокоинформативных, но сложновыполнимых ультразвуковых исследований, была определена одной из основных причин невозможности полноценного использования всего арсенала высокоэффективных инструментов, имеющихся в программном обеспечении ультразвукового сканера.

Ранее, при анализе работы врачей ультразвуковой пренатальной диагностики нас заинтересовал факт, касающийся эффективности внедрения в практику новых диагностических технологий.

Удивление вызвало то, что несмотря на огромное количество доступных для ознакомления научных публикаций, множество постоянно проводимых конференций и практических семинаров, раскрывающих невероятную пользу от внедрения трехмерной визуализации и прочих, столь высоко в свое время превознесенных технологий, ожидаемого значительного роста показателя выявляемости врожденных пороков, зависящих от применения указанных технологий, не произошло.

Причиной такого положения нами было обозначено отсутствие у врача мотивации к освоению эффективных, но достаточно сложных новых методов, требующих значительных затрат его времени и сил.

Психологи отмечают, что информационно-психологическое воздействие, осуществляемое на мотивационную сферу индивидуального и группового сознания людей, в состоянии оказать влияние на них для побуждения к определенным действиям [9].

Таким образом, правильное, осмысленное и выверенное воздействие на мотивационную сферу врачей-диагностов будет побуждать их к требуемым действиям.

В результате анализа информации, полученной в ходе неоднократно упоминавшегося нами проведенного экспертного опроса, было установлено, что стимулом к освоению новых диагностических технологий и методов ультразвукового исследования плода является повышение уровня оплаты за их использование в практике. На этом настаивает подавляющее большинство опрошенных экспертов (13 из 14, или 93%).

С целью повышения интереса к овладению такими методами, нами были разработаны и внесены предложения по включению ультразвуковых исследований, базирующихся на новейших технологиях, в перечень высокотехнологичных и сложных манипуляций, оплата за проведение которых осуществляется в повышенном размере по сравнению с ординарными исследованиями. В

частности, в указанный перечень, впоследствии утвержденный Министерством здравоохранения Республики Беларусь, нами была включена эхокардиография плода, необходимым условием проведения которой является овладение и использование всего арсенала технических новинок.

Как показал последующий опыт, нормативное закрепление стимулирующих выплат позволило заинтересовать и, соответственно, привлечь врачей к освоению новых технических горизонтов и создать необходимые условия для повышения качества их работы.

По результатам анализа отчетов о деятельности отделений ультразвуковой диагностики, использование в работе по выявлению ВПР новых технологий ультразвуковой диагностики после внедрения указанных новшеств возросло по ОЗ страны в среднем на 5–7 процентов (2014–2018 гг.). При этом, одновременное с этим уменьшение количества не диагностированных у плода ВПР, например, в случае с внедрением эластографии для выявления расщелин губы и нёба у плода (РГН), позволяет подтвердить корреляцию между более массовым использованием новейших ультразвуковых диагностических технологий и качеством работы по дородовому выявлению ВПР (табл. 3).

Заключение. Установлены взаимосвязь между качеством работы врача, диагностирующего ВПР у плода, и его психоэмоциональным состоянием.

Причина высокого уровня психоэмоциональной тревожности у врачей, проводящих ультразвуковое исследование плода, – имеющийся субъективизм в оценке визуализируемых особенностей анатомии плода.

Эмоциональное выгорание оказывает негативное влияние на качество работы врача, осуществ-

ляющего ультразвуковые исследования плода с целью диагностирования ВПР (табл. 3).

У данных врачей, по мере увеличения стажа их работы, отмечается устойчивая тенденция к формированию наибольшим образом стадии резистенции и стадии истощения синдрома эмоционального выгорания.

У 50% врачей, отработавших по данной специальности более 10 лет, фаза резистенции сформировалась.

С целью профилактики развития синдрома эмоционального выгорания у этой группы врачей-специалистов необходимо проведение профилактических мероприятий при непосредственном участии медицинского психолога, начиная с первых лет профессиональной деятельности.

Внедрение в практику работы методики цифрового архивирования изображений структур плода, полученных в ходе ультразвукового исследования, можно рассматривать как средство снижения психоэмоциональной напряженности у врачей, проводящих ультразвуковое исследование плода, одновременно с этим повышающее их ответственность и организованность.

Суммарным итогом внедрения в практику работы методики цифрового архивирования изображений структур плода, полученных в ходе ультразвукового исследования, является повышение качества работы по выявлению визуализируемых ВПР у плода.

Позволим себе предположить, что описанные выше методы повышения качества работы врача могут быть одинаково эффективно использованы и применительно ко всем иным врачам, а не только специалистам пренатальной ультразвуковой диагностики.

Таблица 3

Динамика изменения количества случаев расщелин губы и нёба, не выявленных при ультразвуковом обследовании плода, зафиксированных в регистре ВПР Республики Беларусь

Год наблюдения	Количество случаев РГН, не диагностированных у плода (выявленных только в постнатальном периоде (0–27 суток)) (а)	Количество случаев зарегистрированных РГН (б)	Соотношение а/б
2015	18	49	0,367
2016	11	40	0,275
2017	10	43	0,233
2018	10	46	0,217

Литература

1. Базарова, Г.С. Создание благоприятного психологического климата в коллективе / Г.С.Базарова // Справочник по управлению персоналом. – 2013. – №6.
2. Логинова, А.В. Значение и способы создания благоприятного психологического климата в коллективе / А.В.Логинова, Н.А.Отбанов // Молодой ученый. – 2015. – №11. – С.1748–1750.
3. Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В.Бойко. – М.: Филинь, 1996. – 472 с.
4. Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учеб. пособие / Д.Я.Райгородский. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998. – 672 с.
5. Воловская, Н.М. Методология и методика социологического исследования: учеб. пособие / Н.М.Воловская. – Новосибирск: Изд-во НГУЭУ, 2011. – 192 с.
6. Кучко, Е.Е. Использование метода экспертных оценок для социологического прогнозирования / Е.Е.Кучко // Вестник БГУ. Сер.3. – 1993. – №1.
7. Основы прикладной социологии. Учебник для вузов. Коллективная монография / под ред. Ф.Э.Шереги, М.К.Горшкова. – М.: Интерпракс, 1996. – 179 с.
8. Практикум по социологии. – М.: Изд-во МГУ, 1992. – С.136–137.
9. Баришполец, В.А. Информационно-психологическая безопасность: основные положения / В.А.Баришполец // Информационные технологии. – 2003. – Т.3, №2. – С.69–104.

IMPROVEMENT OF ORGANIZATIONAL ASPECTS AS AN INSTRUMENT FOR QUALITY IMPROVING OF DIAGNOSTICIAN'S ACTIVITY

A.N.Chukanov, D.V.Cherednichenko

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

² Ministry of Health of the Republic of Belarus, 39, Myasnikova Str., 220048, Minsk, Republic of Belarus

Improving the quality of physicians' activity is an urgent task facing healthcare system of any country. Besides traditional methods of improvement, the methods of psycho-emotional tension leveling, arising among physicians in connection with their professional activity, hold promise regarding quality improvement. The study has been conducted in a form of ordinary physicians' questionnaire and by method of expert interviewing among the physicians of healthcare institutions of the country in order to estimate the role of emotional and psychological factors and the degree of their influence on quality of work in ultrasound diagnostics of fetal congenital malformations with a view of developing the most effective ways of improving it. It has been established that the cumulative result of implementing the technique of digital archiving of images of fetal structures obtained during an ultrasound examination will be an improvement in the quality of work to reveal fetal malformations that can be visualized.

Keywords: prenatal ultrasonography; congenital malformations; emotional burnout; questionnaire; expert interviewing; digital image archiving.

Сведения об авторах:

Чуканов Алексей Николаевич, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», ректор, кафедра ультразвуковой диагностики, доцент; тел.: (+37529) 6787835; e-mail: a.chukanov@tut.by.

Чередниченко Дмитрий Владимирович; Министерство здравоохранения Республики Беларусь, заместитель Министра.

Поступила 14.05.2021 г.

УДК 614.2:[616.98:578.834.1

АНАЛИЗ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

¹ И.Н.Мороз, ² В.Ч.Можейко, ¹ В.В.Кончак, ¹ А.И.Высварко

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

² Островецкая центральная районная больница,
пр. Энергетиков, 1, 231202, г. Островец, Гродненская область, Республика Беларусь

Статья посвящена изучению мнения медицинских работников о работе в организациях здравоохранения в период пандемии COVID-19. Установлено, что большинство респондентов отмечают увеличение объема работы независимо от условий оказания медицинской помощи в период пандемии COVID-19. Около 78% респондентов принимали участие в оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19, в том числе, 60% из них работали в «красной зоне» организаций здравоохранения.

Ключевые слова: организация здравоохранения; объем работы; COVID-19.

Введение. Пандемия коронавируса (COVID-19) создала беспрецедентную ситуацию во всем мире, которую Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила как чрезвычайную для общественного здравоохранения международного значения [1, 2–6, 9, 14]. Сложившаяся ситуация потребовала объединения усилий международных организаций, правительств и органов здравоохранения стран мира по принятию мер, направленных на замедление темпов распространения COVID-19 и снижение заболеваемости [1, 2–6, 9, 14]. По данным Ежедневного эпидемиологического бюллетеня ВОЗ, в июле 2021 г. общее количество зарегистрированных случаев заболевания COVID-19 во всем мире достигло более 190 миллионов, а число смертей превысило 4 миллиона [28].

Быстрое распространение COVID-19 и большое количество заболевших обусловили значительную нагрузку на системы здравоохранения всех государств мира, потребовали реорганизации инфраструктуры организаций здравоохранения, основанной на адаптации получаемых знаний о болезни, и привели к масштабным изменениям в привычном порядке жизни и всех сфер деятельности каждого человека [1, 3, 9, 14].

Коронавирусная инфекция (COVID-19) создала чрезвычайную ситуацию, в условиях которой медицинские работники должны оказывать медицинскую помощь, подвергая себя повышенному риску заражения, испытывая повышенную физическую и эмоциональную нагрузку и ответствен-

ность за жизнь пациентов и родственников [2, 3, 10, 11, 14]. В мае 2021 г., выступая на открытии ежегодной ассамблеи ВОЗ, глава организации Тедрос Адханом Гебрейесус (Tedros Adhanom Ghebreyesus) отметил, что «более 115000 медицинских работников в мире погибли из-за COVID-19, заплатив высшую цену, служа другим» [1, 3, 9, 14].

По мнению экспертов, одна из наиболее уязвимых и активно вовлекаемых в эпидемический процесс категорий населения – медицинские работники, о чем свидетельствуют опубликованные ВОЗ обобщенные сведения о масштабах инфицирования медицинских работников вирусом SARS-CoV-2, полученные в рамках проводимого ВОЗ глобального эпиднадзора за COVID-19 в странах Америки и Европейского региона. Согласно данным, в этих странах около 14% случаев COVID-19 приходится на работников здравоохранения. Однако, значения доли инфицированных медицинских работников в странах, предоставляющих информацию о распространении данного заболевания, варьируют в широких пределах – от 2 до 35% [3, 12–17, 20, 21, 23–25, 27, 28].

Большинство исследователей также отмечают, что заболеваемость работников здравоохранения COVID-19 на всех этапах распространения инфекции была существенно выше по сравнению с другими категориями граждан и профессиональными группами. Исследования, проведенные в мае – июне 2020 г., показали, что частота инфицирования медицинских работников достигала 14%,

при этом, у 7,1% сотрудников имело место выделение возбудителя при отсутствии клинических проявлений заболевания, что выше, чем при популяционных исследованиях [3, 12, 14–17, 20, 21, 24, 25, 27, 28]. По другим данным, на долю работников организаций здравоохранения приходилось до 20% всех диагностированных случаев коронавирусной инфекции, а риски инфицирования медицинского персонала превышали общепопуляционные в 11,6 раз [23]. Доля медицинских работников с подтвержденным диагнозом COVID-19 в таких странах, как Италия и Китай, достигала почти 20% [13].

По данным других исследований, частота случаев инфицирования SARS-CoV-2 (ПЦР-положительных случаев) медицинских работников колебалась от 0,4 до 49,6%, а частота серопозитивных случаев SARS-CoV-2 варьировала от 1,6 до 31,6%. Более высокий риск инфицирования вирусами SARS-CoV-1, MERS CoV и SARS-CoV-2 медицинских работников был, в частности, связан с такими факторами, как различия в условиях, типах и длительности контакта, повышенная интенсивность передачи инфекции среди населения в районах расположения организаций здравоохранения, наличие и тяжесть клинических проявлений, а также неправильное применение и дефицит средств индивидуальной защиты (СИЗ) [10, 14].

В исследовании, проведенном в Великобритании, при оценке заболеваемости профессиональных групп риска установлено, что наиболее высокая распространенность COVID-19 имела место среди работников клининговых служб больниц, персонала отделений неотложной помощи и терапевтических отделений, а самая низкая – среди работников, работающих в отделениях интенсивной терапии [16].

В докладе Международного совета медицинских сестер, под эгидой которого был проведен опрос в 50 странах, в основном, Европы и Америки, отмечено, что инфицирование медицинских работников колеблется от 1 до 32% среди всех подтвержденных случаев COVID-19 [19].

Исследователи большинства стран мира обеспокоены тем, что медицинские работники в районах, затронутых COVID-19, испытывают высокий уровень депрессии, тревоги, утомляемости и психологического дистресса, основной причиной которых является их профессиональная работа, особенно в кризисных ситуациях. Многочасовой напряженный рабочий день, нехватка персонала, большое число обязанностей, отсутствие четкого рабочего задания, недостаточно хорошая организация, а также необходимость работать в зонах

опасности – все это факторы рабочего стресса, которому могут быть подвержены медицинские работники при оказании медицинской помощи пациентам [10, 18, 22, 26].

Важность данной проблемы также подчеркнута в опубликованных руководствах ВОЗ, в которых в качестве основных компонентов эффективных программ профилактики инфекции и инфекционного контроля (ПИИК), связанных с оказанием медицинской помощи пациентам с COVID-19, настоятельно рекомендуется решение вопросов кадровой обеспеченности, организации обучения по вопросам ПИИК, обеспечения социальных мер защиты здоровья работников, включающих мониторинг состояния их здоровья, предоставление оплачиваемого отпуска в связи с карантином и др. [10, 18, 22, 26].

Таким образом, большинство экспертов считают, что высокий профессиональный риск инфицирования COVID-19 работников организаций здравоохранения требует проведения коррекционных мероприятий, обеспечивающих эпидемиологическую безопасность их деятельности, включая не только обеспеченность СИЗ надлежащего качества, изменения системы обучения персонала, но и целый ряд организационных мероприятий, касающихся вопросов контроля и надзора за состоянием их здоровья, психологической поддержки.

Материалы и методы исследования. Проведено пилотное исследование, целью которого было изучение мнения медицинских работников об условиях работы в организациях здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19. Дизайн исследования: выборочное, одномоментное, поперечное.

При проведении исследования использовались социологический (анкетирование) и статистические методы. В исследование был включен 161 человек, преобладали женщины, удельный вес которых достигал 88,2%. Возрастная структура опрошенных была следующей: до 30 лет – 52 (32,3%) респондента; от 30 до 39 лет – 36 (22,4%) респондентов; от 40 до 49 лет – 25 (15,5%) респондентов; 50 и более лет – 48 (29,8%) респондентов.

Более половины (63,4%) респондентов имели квалификационную категорию, в том числе, почти 66% женщин и 47,4% мужчин. Однако, статистически значимых различий наличия квалификационной категории у респондентов в зависимости от пола не установлено (Chi-square test: $\chi^2=2,37$, $p=0,12$). Удельный вес респондентов со стажем работы до 5 лет в организациях здравооо-

ранения составил 26,7%, от 5 до 15 лет – 23,0%; от 15 до 25 лет – 11,2%, более 25 лет – 39,1% респондентов.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием параметрических и непараметрических методов исследования, в том числе методов описательной статистики, оценки достоверности (критерий Стьюдента; Chi-square test, χ^2 , p). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10».

Результаты исследования. Почти половина респондентов (47,8%) отметили, что организации здравоохранения или их структурные подразделения, в которых они работают, были перепрофилированы в период пандемии COVID-19. Около 78% респондентов принимали участие в оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19, в том числе, 60% из них работали в «красной зоне» организаций здравоохранения.

Результаты исследования показали, что почти 68% респондентов отмечают увеличение объема работы, каждый третий опрошенный (30,4%) считает, что изменений в объеме работы не произошло, и 2 респондента (1,3%) отметили уменьшение объема работы во время пандемии COVID-19 (табл. 1). Большинство мужчин (68,4%) и женщин (68,3%) указали на увеличение объема работы в период пандемии COVID-19. Удельный вес респондентов, указывающих на увеличение объема работы, зависел от наличия квалификационной категории (Chi-square test: $\chi^2=14,0$, p=0,03): среди респондентов без квалификационной категории он составил 81,4%, с высшей категорией – 45%.

Около половины респондентов (49,7%) оказывали медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, 47,2% – в стационарных условиях, 3,1% – вне организации здравоохранения. Увеличение объема работы наблюдалось как в амбулаторно-поликлинических, так и в боль-

ничных организациях. Значительная часть респондентов, независимо от условий оказания медицинской помощи, отметили увеличение объема работы (Chi-square test: $\chi^2=4,85$, p=0,303). Почти 65% респондентов, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, 70% респондентов амбулаторно-поликлинических организаций, 100% респондентов, работающих вне организаций здравоохранения (станции скорой медицинской помощи) считают, что пандемия COVID-19 повлияла на увеличение объема работы.

Установлено, что в условиях пандемии отметили увеличение объема работы 78,4% респондентов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с COVID-19, и 33,3% респондентов, не оказывающих медицинскую помощь данной категории пациентов (Chi-square test: $\chi^2=28,8$, p=0,0001). По мнению респондентов, увеличение объема работы было обусловлено не только возрастающим потоком пациентов, но и кадровым дефицитом, связанным с болезнью или карантином самих медицинских работников организаций здравоохранения, что сопровождалось формированием среди них повышенной усталости и стресса. Среди опрошенных около 20% переболели COVID-19.

Как известно, увеличение объема работы, изменения в производственных процессах и организации труда влекут за собой развитие стресса у медицинских работников, на который в чрезвычайной ситуации люди реагируют по-разному. Психологические признаки стресса могут включать растущее беспокойство, плохое настроение, низкую мотивацию, депрессивные мысли, что, в свою очередь, влияет не только на личную жизнь человека, но и на качество оказания медицинской помощи в условиях распространения COVID-19. Результаты исследования продемонстрировали статистически значимое увеличение удельного веса респондентов, у которых в период пандемии возникли ощущения беспокойства, тревоги (27,3%); нервозности (31,3%); грусти, депрессии (17,2%);

Таблица 1

Оценка объема работы при оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19

Объем работы	Оказание медицинской помощи пациентам с COVID-19: (n=161)				Всего		Статистическая значимость различий (Chi-square test: χ^2 , p)
	Да		Нет		Абс.	В процентах	
	Абс.	В процентах	Абс.	В процентах			
Не изменился	25	20,0	24	66,7	49	30,4	$\chi^2=28,8$, p=0,0001
Увеличился	98	78,4	12	33,3	110	68,3	
Уменьшился	2	1,6	-	0,0	2	1,3	
Итого	125	100,0	36	100,0	161	100,0	

сопротивления и нежелания идти на работу (23,2%); пассивности (9,4%); раздражительности (23,5%) (табл. 2). У каждого пятого респондента психологические признаки стресса были связаны с организационными трудностями при выполнении функциональных обязанностей (21,1%), необходимостью быстро осваивать непривычную работу и работать в «красной зоне» (20,7%), этико-деонтологическими и психологическими проблемами, обусловленными тем, что им приходилось быть свидетелями тяжелого течения болезни, смерти, выслушивать рассказы о боли и страданиях других людей, чувствовать себя ответственным за безопасность людей и заботу о них.

Оказывая медицинскую помощь в таких непростых условиях, медицинские работники испытывают потребность в безопасности и поддержке. Риск передачи вируса SARS-CoV-2 от инфицированных медицинских работников другим людям способствует появлению страха не столько за собственное здоровье, сколько, в значительной степени, за здоровье близких людей. Установлено, что страх инфицирования отмечался у 15,7% респондентов; страх заразить близких у 48,0% респондентов. Кроме того, большинство респондентов были обеспокоены возможностью обеспечения средствами индивидуальной защиты; социаль-

ной поддержки; противоречием между установленным порядком соблюдения мер предосторожности и стремлением оказать помощь или поддержку другим (например, при соблюдении мер предосторожности во время похорон, самоизоляции и социального дистанцирования); невозможностью продолжать здоровый образ жизни, включая выполнение физических упражнений, соблюдение режима питания и отдыха.

Деятельность учреждения здравоохранения в условиях эпидемии требует особой организации, которая предполагает изменения в структуре учреждения, в режиме его работы, увеличивает профессиональную и психологическую нагрузку. Эти факторы могут влиять на уровень стресса у всех участников процесса и в дальнейшем приводить к эмоциональному выгоранию коллектива. Следует отметить, что статистически значимых различий удельного веса респондентов, имеющих психологические признаки стресса, связанные с трудностями общения в коллективе, с коллегами, с родственниками, до и в период пандемии не установлено (табл. 2). До пандемии удельный вес респондентов, имеющих трудности общения в коллективе, с коллегами, с родственниками был незначителен и соответственно составил: 2,6, 2,0, 1,3%. В период пандемии удельный вес респон-

Таблица 2

Характеристика ощущений, возникающих у респондентов до и во время пандемии COVID-19

Критерии оценки	Удельный вес респондентов (в процентах)		Статистическая значимость различий (Chi-square test: χ^2 p)
	До пандемии	Во время пандемии	
1. Беспокойство, тревога	7,3	27,3	$\chi^2=94,7$, p=0,0001
2. Нервозность	7,9	31,3	$\chi^2=143,2$, p=0,0001
3. Грусть, депрессия	5,3	17,2	$\chi^2=213,8$, p=0,0001
4. Сопротивление, нежелание идти на работу	11,3	23,2	$\chi^2=200,8$, p=0,0001
5. Пассивность	4,7	9,4	$\chi^2=156,8$, p=0,0001
6. Одиночество/чувство изоляции	2,0	6,0	$\chi^2=4,8$, p=0,028
7. Страх инфицирования	5,3	15,7	$\chi^2=86,8$, p=0,0001
8. Страх заразить близких	17,1	48,0	$\chi^2=105,7$, p=0,0001
9. Злость, раздражительность	8,7	23,5	$\chi^2=11,9$, p=0,005
10. Скука, апатия	4,0	9,9	$\chi^2=4,15$, p=0,041
11. Организационные трудности	8,5	21,1	$\chi^2=8,8$, p=0,0029
12. Необходимость быстро осваивать непривычную работу	8,6	20,7	$\chi^2=8,7$, p=0,0031
13. Трудность в общении с коллективом	2,6	4,6	$\chi^2=0,87$, p=0,35
14. Трудность в общении с родственниками	2,0	5,3	$\chi^2=2,36$, p=0,12
15. Трудность в общении с коллегами	1,3	1,4	$\chi^2=3,07$, p=0,079

дентов, имеющих трудности общения в коллективе, с коллегами, с родственниками незначительно увеличился и достигал 4,6, 5,3, 1,4% соответственно.

Несмотря на сложности и отсутствие опыта при оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19, в организациях здравоохранения были предприняты меры, направленные на снижение риска инфицирования медицинских работников, которые были связаны не только с проведением противоэпидемических мероприятий, обеспечением их средствами индивидуальной защиты, но и организацией обучения.

Большинство респондентов отметили, как были важны информационная поддержка и обучение по вопросам диагностики, лечения, реабилитации пациентов с COVID-19, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, которые были организованы как на рабочем месте, так и с использованием современных образовательных технологий с привлечением ведущих специалистов нашей страны и зарубежья. Значительная часть респондентов удовлетворена уровнем организации информационной поддержки (77%) и обучения (68,3%). Почти половина респондентов высоко оценили организацию информационной поддержки (52,8%) и обучения (45,3%) по вопросам COVID-19 в своих организациях, независимо от условий предоставления медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи пациентам с COVID-19 потребовало освоения значительного объема новой информации, так считают большинство опрошенных (81,5%). Вместе с тем, 18,5% респондентов отметили недостаток имеющихся у них знаний по оказанию медицинской помощи пациентам с COVID-19, что требует продолжения работы по информационной поддержке и обучению медицинских работников организаций здравоохранения.

Значительная часть респондентов считает, что противостоять распространению COVID-19, обеспечивать охрану здоровья работников и непрерывное оказание медицинской помощи как во время эпидемии, так и после ее завершения невозможно без мощной системы здравоохранения. Большинство респондентов уверены в том, что сложившаяся ситуация продемонстрировала организационные и ресурсные возможности системы здравоохранения, высокий уровень профессионализма, самоотверженность и самоотдачу медицинских работников при оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19.

Заключение. Пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19), вызванная новым возбу-

дителем – вирусом SARS-CoV-2, явилась беспрецедентным вызовом мировому сообществу, подвергла серьезному испытанию системы здравоохранения, продемонстрировала сильные и слабые стороны в организации медицинской помощи населению, определила приоритетные направления проведения коррекционных мероприятий, обеспечивающих эпидемиологическую безопасность не только граждан, но и наиболее уязвимых категорий, в том числе, медицинских работников. Анализ деятельности медицинских работников в период пандемии COVID-19 показал, что они в значительной степени нуждаются в материальной, социальной и психологической поддержке, обеспечивающей снижение негативного влияния различных факторов не только на выполнение профессиональных обязанностей, но и на состояние их физического и психического здоровья.

Литература

1. Восприятие угрозы личной безопасности в условиях пандемии COVID-19 медицинскими сотрудниками США и России [Электронный ресурс] / К.Н.Царанов [и др.] // Вестн. Моск. гос. обл. ун-та. – 2020. – №2. – Режим доступа: www.evestnik-mgou.ru. – Дата доступа: 02.08.2021.
2. Диваков, Д.С. Анализ процесса изменения общественного мнения о роли медицинских работников в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) / Д.С.Диваков, А.С.Лукошкова, К.К.Цыбульский // Современ. науч. исслед. и инновации. – 2020. – №8. – С.12–14.
3. Заболеваемость COVID-19 медицинских работников. Вопросы биобезопасности и факторы профессионального риска / Т.А.Платонова [и др.] // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2021. – Т.20, №2. – С.4–11 [<https://doi.org/10.31631/2073-3046-2021-20-2-4-11>].
4. Методические рекомендации по профилактике коронавирусной инфекции (COVID-19) [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/novoe-na-sayte/metodicheskie-rekomendatsii-po-profilaktike-covid-19/>. – Дата доступа: 02.08.2021.
5. О принципах работы перинатального стационара в условиях пандемии коронавируса / Д.К. ди Ренцо [и др.] // Вестн. РАМН. – 2020. – Т.75, №1. – С.83–92.
6. Организация системы непрерывного медицинского образования работников службы скорой медицинской помощи с использованием электронных образовательных технологий. Роль проекта в период пандемии COVID-19 / Н.Ф.Плавунов [и др.] // Скорая мед. помощь. – 2020. – Т.21, №3. – С.4–10.
7. Оценка потенциальных факторов риска распространения коронавирусной инфекции 2019 г. (COVID-19) среди работников здравоохранения: протокол исследования методом «случай-контроль» [Электронный ресурс] / Всемирная орга-

- низация здравоохранения. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332187/WHO-2019-nCoVHCW_RF_CaseControlProtocol-2020.1-rus.pdf. – Дата доступа: 02.08.2021.
8. Оценка рисков контакта с вирусом COVID-19 для медицинских работников и ведение контактировавших: врем. рекомендации, 19 марта 2020 г. [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332576>. – Дата доступа: 02.08.2021.
 9. Пандемия COVID-19. Меры борьбы с ее распространением в Российской Федерации / Н.И.Брико [и др.] // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2020. – Т.19, №2. – С. 4–12 [doi:10.31631/2073-3046-2020-19-2-4-12].
 10. Профилактика, выявление и ведение случаев инфекции среди медицинских работников в контексте COVID-19: врем. рекомендации, 30 окт. 2020 г. [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336265/WHO-2019-nCoV-HW_infection-2020.1-rus.pdf. – Дата доступа: 02.08.2021.
 11. COVID-19: этиология, клиника, лечение / М.Ю.Щелканов [и др.] // Инфекция и иммунитет. – 2020. – Т.10, №3. – С.421–445.
 12. Burden, risk assessment, surveillance and management of SARS-CoV-2 infection in health workers: a scoping review/ F.Calo [et al.] // Infect. Dis. of Poverty. – 2020. – Vol.9, No.1. – P.139.
 13. Clinical characteristics of 80 hospitalized frontline medical workers infected with COVID-19 in Wuhan, China / X.Wang [et al.] // J. of Hosp. Infect. – 2020. – Vol.105, No.3. – P.399–403.
 14. Coronavirus disease (COVID-19) Global epidemiological situation [Electronic resource] / World Health Organisation. – Mode of access: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20201012-weekly-epi-update-9.pdf>. – Date of access: 02.08.2021.
 15. COVID-19 – Associated Hospitalizations Among Health Care Personnel – COVID-NET, 13 States, March 1 – May 31, 2020 / A.K.Kambhampati [et al.] // MMWR. Morb. and Mortal. Wkly Rep. – 2020. – Vol.69, No.43. – P.1576–1583 [doi:10.15585/mmwr.mm6943e3].
 16. COVID-19: PCR screening of asymptomatic health-care workers at London hospital / T.A.Treibel [et al.] // Lancet. – 2020. – Vol.395, No.10237. – P.1608–1610.
 17. Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers: A Living Rapid Review / R.Chou [et al.] // Ann. of Intern. Med. – 2020. – Vol.173, No.2. – P.120–136 [doi:10.7326/M20-1632].
 18. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level [Electronic resource] / World Health Organisation. – Mode of access: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730>. – Date of access: 02.08.2021.
 19. International Council of Nurses. Protecting nurses from COVID-19 a top priority: A survey of ICN's national nursing associations [Electronic resource] / The International council of nurses. – Mode of access: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-09/Analysis_COVID-19_survey_feedback_14.09.2020.pdf. – Date of access: 02.08.2021.
 20. First experience of COVID-19 screening of health-care workers in England / E.Hunter [et al.] // Lancet. – 2020. – Vol.395, Issue 10234. – P.e77–e78.
 21. Kursumovich, E. Deaths in healthcare works due to COVID-19: the need for robust data and analysis / E.Kursumovich, S.Lennane, T.Cook // Anaesthesia. – 2020. – Vol.75, No.8. – P.989–992.
 22. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review / S.Stuijtzand [et al.] // BMC Public Health. – 2020. – Vol.20, No.1. – P.1230 [doi:10.1186/s12889-020-09322-z].
 23. Risk of COVID-19 among frontline healthcare workers and the general community: a prospective cohort study / L.H.Nguyen [et al.] // Lancet Public Health. – 2020. – Vol.5, No.9. – P.475–483.
 24. SARS-CoV-2 seroprevalence and asymptomatic viral carriage in healthcare workers: a cross-sectional study / A.Shields [et al.] // Thorax. – 2020. – Vol.75, No.12. – P.1089–1094.
 25. Seroprevalence of SARS-CoV-2 (COVID-19) among healthcare workers in Saudi Arabia: comparing case and control hospitals / H.A.Alserehi [et al.] // Diagn. Microbiol. and Infect. Dis. – 2020. – Vol.99, November 3. – Article 115273.
 26. Shaukat, N. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review / N.Shaukat, D.M.Ali, J.Razzak // Int. J. Emerg. Med. – 2020. – Vol.13, No.1. – P.40 [doi: 10.1186/s12245-020-00299-5].
 27. Update: Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 – United States, February 12 – July 16, 2020 / M.M.Hughes [et al.] // MMWR. Morb. and Mortal. Wkly Rep. – 2020. – Vol.69, No.38. – P.1364–1368.
 28. Weekly Epidemiological and Operational updates on COVID-19 July 2021: Global overview Edition 49, 2021 [Electronic resource]. – 21 p. / World Health Organisation. – Mode of access: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. – Date of access: 02.08.2021.

ANALYSIS OF WORK OF MEDICAL STAFF OF HEALTHCARE INSTITUTIONS DURING COVID-19 PANDEMIC

¹ I.N.Moroz, ² V.Ch.Mozheiko, ¹ U.V.Kanchak, ¹ A.I.Vyskvarka

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

² Ostrovets Central Regional Clinical Hospital, 1, Energetikov Ave., 231202, Ostrovets, Grodno Region, Republic of Belarus

The article is devoted to study of medical staff opinion on work in healthcare institutions during the COVID-19 pandemic. It was found that the majority of respondents note an increase in scope of work, regardless of conditions for medical care provision. About 78% of respondents took part in medical care providing to patients with COVID-19, 60% of respondents worked in the “red zone” of healthcare institutions.

Keywords: healthcare institutions; scope of work; COVID-19.

Сведения об авторах:

Мороз Ирина Николаевна, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный

медицинский университет», первый проректор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37517) 2771253; e-mail: primprorektor@bsmu.by.

Можейко Владимир Чеславович, канд. мед. наук; УЗ «Островецкая центральная районная клиническая больница», главный врач; тел.: (+3751591) 28808; e-mail: 1971mv@mail.ru.

Кончак Владислав Вячеславович; УО «Белорусский государственный медицинский университет», студент 5 курса лечебного факультета; e-mail: vladislav.tiomnyj@gmail.com.

Выскварко Арсений Игоревич; УО «Белорусский государственный медицинский университет», студент 6 курса лечебного факультета.

Поступила 04.08.2021 г.

КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КАК МЕТОД ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ

¹ А.А.Линкевич, ¹ О.А. Румянцева, ¹ В.В.Сущевич,
² Т.И.Терехович, ³ Т.В.Калинина

¹ Минская областная клиническая больница,
агророгодок Лесной 1, 223041, Минский район, Минская область, Республика Беларусь

² Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

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

В статье рассматриваются вопросы управления качеством медицинской помощи в рамках оценки критериев результативности. Цель исследования – обобщение материала по организационно-методическому обеспечению качества медицинской помощи в стационаре. Подробно описана система управления качеством, базирующаяся на ISO серии 9001, направленная, в том числе, на удовлетворение потребностей пациента. Рассмотрены ряд критериев результативности и их использование в стационаре для комплексной оценки деятельности, обеспечения непрерывного совершенствования и улучшения качества оказываемой медицинской помощи.

Ключевые слова: качество медицинской помощи; управление качеством медицинской помощи; эффективность использования ресурсов здравоохранения.

Сегодня государственная статистика и статистика ведомств формируются в условиях значительных социально-экономических перемен, административных реформ и с учетом сложившейся эпидемиологической обстановки, что определяет первостепенность задачи поиска и реализации новых подходов к формированию системы информационно-статистического обеспечения. Современные требования к статистическим исследованиям обусловлены качественными и количественными изменениями единиц статистического наблюдения. Новые требования, предъявляемые к статистической информации, поставили задачи по повышению качества и расширению информационного ресурса при формировании баз данных. С учетом сложившейся ситуации и веяний времени, на первый план выдвигаются характеристики эффективного использования ресурсов, включая человеческий потенциал, что требует новых подходов и трансформации показателей мониторинга эффективности медицинской помощи. Решение проблем эффективного использования ресурсов здравоохранения – одна из главных задач медицинского менеджмента [1].

Актуальным остается поиск оптимальной и информативной методики анализа деятельности организаций здравоохранения, в особенности работы стационара как наиболее ресурсоемкого и дорогостоящего сектора в системе практического здравоохранения. Такой анализ должен носить многофакторный характер и не ограничиваться только оценкой традиционных показателей использования коечного фонда и кадровой структуры [2].

Современные тенденции развития здравоохранения выдвигают на первое место комплексный анализ показателей, характеризующих качество, эффективность, экономику деятельности стационара.

В определении оценки качества медицинской помощи (КМП) и его уровня мы видим приоритет ресурсов и современных научных технологий – их практического применения в конкретной организации здравоохранения (ОЗ) с учетом ее кадрового обеспечения и материально-технической базы [3]. Это расширяет видение качества медицинской помощи, основывается на международной практике, законодательстве Республики Беларусь и утвержденных документах системы стан-

дартизации медицинских технологий – клинических протоколах [1, 4–12].

Качество медицинской помощи является приоритетом мониторинга Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [13]. В европейской программе «Здоровье-2020» указывается, что все государства должны иметь соответствующие структуры и механизмы для непрерывного обеспечения качества медицинской помощи и совершенствования использования современных технологий в здравоохранении. Сегодня разговор о качестве медицинской помощи – это не просто дань моде, это веление времени. Без высокого качества невозможно оказать эффективную помощь пациенту на должном уровне и в соответствии со стандартами.

В последние годы в мировой практике все большее значение приобретает идеология Total Quality Management (TQM) – всеобщего управления качеством [4–6]. В рамках идеологии TQM под качеством медицинских услуг и товаров медицинского назначения (лекарственных средств, медицинских изделий и др.) понимают не столько достижение или превышение уровня каких-либо их частных или общих характеристик, сколько соответствие этих услуг и товаров нуждам и ожиданиям потребителей.

В основе системы всеобщего управления качеством в здравоохранении лежат следующие принципы [5–8]:

нужды пациентов формируют систему здравоохранения и ее работу;

обеспечение качества является приоритетной целью деятельности системы здравоохранения;

высокое качество медицинской помощи является следствием качественных систем организации помощи, технологических процессов и ресурсов;

достижение высокого качества невозможно без принципиального изменения системы организации и руководства в здравоохранении.

Качество медицинской помощи, при этом, рассматривается с позиций:

заданного качества материально-технической базы ОЗ и медицинского персонала;

наличия медицинских технологий, эффективность которых доказана;

наличия утвержденных технологий выполнения медицинских услуг;

наличия оптимизированных организационных технологий;

наличия показателей оценки здоровья пациента и их оценки в процессе лечения;

анализа соответствия полученных клинических результатов произведенным затратам.

Система менеджмента качества подразумевает наличие систематически планируемых и осуществляемых действий, направленных на наибольшее воспроизведение потребительских свойств при выполнении каждого элемента работ или услуг. Эта система циклична, в начале каждого цикла проводится оценка возможностей удовлетворения ожиданий потребителя, разрабатываются технологии, выполняются работы и осуществляется оценка эффективности. На основе оценки результатов вновь планируются изменения в ресурсах и в технологиях.

В рамках системы менеджмента качества появляются: учет мнения потребителя, выявление отклонений от стандарта, анализ причин этих отклонений, поощрение отличившихся в лучшую сторону (создание положительной мотивации взамен отрицательной, использующейся в системе контроля качества, где выявление отклонений от заданных параметров качества наказывается административно или экономически). Важнейшим элементом системы непрерывного повышения (обеспечения) качества является повсеместное, на каждом рабочем месте, проведение мероприятий с целью повышения эффективности и результативности деятельности.

Таким образом, в соответствии с эволюцией самого понятия качества, модели управления качеством прошли стадии от контроля качества через обеспечение качества до непрерывного повышения качества и менеджмента качества.

Обеспечение качества продукции всегда считалось одной из задач управления, однако, за годы существования управления как науки произошли существенные изменения в толковании понятия «качество» и взглядах на принципы его достижения. Если в начале качество определялось как соответствие определенному стандарту (техническим требованиям) без учета мнения потребителя, то в современном представлении под качеством продукции (услуги) понимают ее соответствие не только стандарту и явным (субъективным) ожиданиям потребителя, но и его скрытым (объективным) потребностям.

С учетом специфики здравоохранения существуют три модели управления качеством:

профессиональная модель, где критерием качества является индивидуальный профессиональный уровень, оценка результатов проводится самими лечащими врачами, но, при этом, экономическая составляющая не учитывается;

бюрократическая модель (используется в настоящее время во многих организациях здравоохранения) – основана на стандартизации объемов

работы и результатов медицинской помощи, управлением качеством медицинской помощи занимаются администрация и руководители лечебно-диагностических подразделений (анализ и оценка результатов медицинской помощи, измерение отклонений в процессе оказания медицинской помощи, их оптимизация и корректировка). При такой модели не формируется интерес к размерам затрат за оказанную медицинскую помощь, выпадает важнейшая характеристика качества – доступность;

модель W.E.Deming, позволяющая решить проблемы, существующие при реализации обеих указанных выше моделей, и основанная на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса (индустриальная модель).

Взяв за основу модель W.E.Deming, можно коренным образом изменить существующую систему обеспечения КМП, что позволит управлять достижением результатов, не завышая стоимость медицинской помощи, повышать степень удовлетворенности медперсонала своей работой и пациентов полученной медицинской помощью.

Применение идеологии всеобщего (тотально-го) управления качеством в здравоохранении должно обязательно сопровождаться соблюдением следующих принципов:

направленность всей управленческой деятельности в здравоохранении на качество медицинских услуг и товаров медицинского назначения;

участие персонала всех подразделений ОЗ на всех уровнях их организационных структур в управлении качеством медицинской помощи населению;

нацеленность на долговременный успех, понимание его обусловленности признанием потребителями высокого качества результатов деятельности как самих ОЗ, так и их отдельных работников;

создание системы материального и морально-го стимулирования членов трудовых коллективов ОЗ, заинтересованности их в обеспечении высокого качества выпускаемой ими продукции.

В научной литературе существуют и иные мнения по поводу управления качеством медицинской помощи. В частности, О.Л.Нестеров подчеркивает, что управление качеством медицинской помощи – совокупность мер организационного, экономического, правового, научного и медицинского характера, направленных на обеспечение правильного выполнения медицинских

технологий, снижение риска ухудшения состояния пациентов и неблагоприятного социального прогноза вследствие медицинской помощи, оптимизацию расходования ресурсов медицинских учреждений [9].

По мнению белорусских ученых, систему управлением качеством можно рассматривать как деятельность, направленную на создание условий оказания медицинской помощи населению, позволяющую выполнять заявленные государством гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения в полученной медицинской помощи. «Итоговое качество» создается при использовании качественных процессов, материалов и инструментов. Для достижения наилучших результатов необходимо управление процессами оказания медицинской помощи, а не только проверка индивидуального выполнения и контроль, но и, в первую очередь, выявление отклонений и анализ их причин [10, с.9].

По мнению О.В.Медведевой с соавт. [11], в современных условиях система управления качеством медицинской помощи представляет собой совокупность управленческих структур и алгоритмов действий, направленных на обеспечение пациентов качественной медицинской помощью. Эта система основывается на следующих принципах:

использование достижений доказательной медицины;

проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов);

единство подходов в проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи;

использование административных, экономических и правовых методов для управления качеством медицинской помощи;

анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня качества медицинской помощи;

проведение социологического мониторинга качества медицинской помощи.

При этом, управление качеством медицинской помощи состоит из четырех основных видов деятельности [11]:

1. Дизайн качества. Дизайн качества – это деятельность по разработке системы обеспечения населения качественной медицинской помощью. Дизайн качества включает: определение целевой группы потребителей медицинских услуг; изучение запросов потребителей; определение результата, отвечающего запросам потребителей; разра-

ботку механизма, необходимого для достижения ожидаемого результата.

2. Обеспечение качества. Обеспечение качества – это виды деятельности, планируемые и реализуемые в рамках системы управления качеством. Для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимы: разработка соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи; приведение в соответствие с нормативно-правовой базой существующей структуры и ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных); создание соответствующих технологических стандартов и стандартов на результаты, эффективный контроль выполнения медицинских технологий и др.

3. Контроль качества. Контроль качества – это система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи. Контроль (определение уровня) качества медицинской помощи строится на сопоставлении достигнутых результатов с существующими стандартами (протоколами) ведения больных. Одним из механизмов контроля качества медицинской помощи, определения соответствия ее принятым стандартам служит экспертиза.

4. Непрерывное повышение качества. В целях непрерывного повышения качества руководители органов и учреждений здравоохранения должны постоянно разрабатывать и проводить комплекс мероприятий, направленных на повышение эффективности и результативности своей деятельности, совершенствование показателей работы организаций здравоохранения в целом, отдельных подразделений и сотрудников. При этом, в процессе повышения качества медицинской помощи четко просматриваются две взаимосвязанные и взаимообуславливающие составляющие:

постоянное повышение самого уровня стандартов (протоколов) ведения больных;

непрерывный процесс достижения этих стандартов.

В то же время, система контроля качества медицинской помощи состоит из трех элементов [11]:

участники контроля;

средства контроля;

механизмы контроля.

Следуя современным тенденциям и нормативным документам, отделение медицинской статистики УЗ «Минская областная клиническая больница» (УЗ МОКБ) перешло на новое программ-

ное обеспечение медицинской деятельности АИС «Медик». АИС «Медик» обладает принципиально новыми возможностями и требованиями к персоналу по компьютерной грамотности и знаниям медико-статистического анализа, что является базой для разработки и перехода УЗ МОКБ на новую ступень (третий уровень) «Модели конечных результатов деятельности» (далее – МКР) – «индустриальную МКР» по предлагаемой в научной литературе классификации МКР [5–8], основополагающий принцип которой – всеобщее (тотальное) управление качеством. Следует отметить, что действующая в стране в настоящее время модель конечных результатов по структуре и мониторингу показателей деятельности относится к «административной модели управления качеством» (второй уровень), а первым уровнем является «профессиональная МКР».

На протяжении последних десятилетий Международная организация по стандартизации (ISO) выпустила несколько стандартов по обеспечению качества: ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003. В настоящее время введен в действие стандарт ISO 9001:2015 «Требования к системам менеджмента качества», являющийся третьей редакцией приведенных выше стандартов и заменяющий собой все ранее созданные стандарты в этой области. Имеется более развернутый стандарт ISO 9004:2015 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности», в котором содержатся рекомендации тем организациям, которые стремятся выйти за пределы базовых общих требований ISO 9001:2015.

Основными принципами менеджмента качества, согласно ISO 9001:2015 и ISO 9004:2015, являются [14]:

ориентация на потребителя – потребности пациента определяют вектор развития системы менеджмента качества; работу организации должны формировать потребности потребителей;

лидерство руководства – никакая система менеджмента качества не способна реализовать свой потенциал без активного участия и управления со стороны высшего руководства организацией, что накладывает на него особую ответственность;

вовлечение работников – участие всех работающих в процессе руководства и обеспечения качества: квалификация и компетентность персонала является важнейшим элементом управления качеством, необходима командная работа как средство формирования и достижения единых целей;

процессный подход – все достигаемые результаты появляются в процессе, движущей силой которого, с точки зрения менеджмента качества,

являются потребности и ожидания пациента. Любая работа представляет собой процесс, то есть систему действий, преобразующих ресурсы на входе процесса в определенный результат на выходе; любой продукт, услуга является результатом процесса или последовательности взаимосвязанных процессов, которые могут быть идентифицированы и поддаются планированию, управлению и совершенствованию;

системный подход – желаемые результаты достигаются с помощью оптимального использования ресурсов, что возможно лишь в условиях системы, состоящей из взаимосвязанных организационно-технических и технологических компонентов: отдельные мероприятия по улучшению качества не способны существенно влиять на результат;

постоянное улучшение – менеджмент качества подразумевает постоянную оценку качества, планирование и воздействие на все элементы процесса достижения результата;

принятие решений, основанное на фактах, – стремление к научному обоснованию решений и рекомендаций по созданию продукции, основанному на сборе и анализе объективных данных (в здравоохранении последних десятилетий получило название «медицины, основанной на доказательствах»);

взаимовыгодные отношения с поставщиками – рациональное использование имеющихся ресурсов.

В стандартах ISO 9001:2015 главное внимание уделено переходу с качества продукции (услуг) на качество труда, основные средства предприятия, технологии и принципы управления. Стандарт устанавливает требования к системе менеджмента качества в тех случаях, когда организация:

а) нуждается в демонстрации своей способности всегда поставлять продукцию, отвечающую требованиям потребителей и соответствующим обязательным требованиям;

б) ставит своей целью повышение удовлетворенности потребителей посредством эффективного применения системы менеджмента качества, включая процессы постоянного ее улучшения и обеспечения соответствия требованиям потребителей и соответствующим обязательным требованиям.

Один из путей улучшения качества – внедрение международного стандарта ISO 9001:2015 в виде государственного стандарта Республики Беларусь СТБ ISO 9001:2015 в медицинскую практику [14]. Во всех странах мира

аккредитации систем качества ОЗ уделяется особое внимание, что принципиально влияет, в том числе, и на внебюджетную деятельность, так как иностранные страховые компании при заключении договоров по оплате медицинских услуг часто требуют сертификаты аккредитации (сертификации) различного уровня. Данное направление не имело до сих пор широкого распространения у нас в стране, однако, именно международная аккредитация позволяет достичь успеха в плане экспорта медицинских услуг, что повышает финансовую устойчивость ОЗ [15].

Сегодня самым объективным и престижным методом оценки качества и организации медицинского обслуживания на международном уровне, в том числе, и в сфере медицинского туризма, считается аккредитация JCI (Joint Commission International). Система оценивания JCI включает 197 основных стандартов, 368 общих стандартов и 1032 дополнительных показателя. Именно наличие международных сертификатов придает уверенность на рынке медицинского туризма.

Ступенями приближения к международным стандартам управления качеством и безопасностью медицинской деятельности явились вступление в силу обновленного Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» [16] и, одновременно с этим, подзаконных актов – постановления Совета Министров Республики Беларусь от 13.05.2021 №269 «О медицинской аккредитации государственных организаций здравоохранения» [17], постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.05.2021 №55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи» [18] (далее – постановление 55) и постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.05.2021 №57 «Об установлении критериев медицинской аккредитации» [19].

В соответствии с постановлением 55 [18], оценка качества медицинской помощи и медицинских экспертиз (далее – оценка качества) осуществляется:

в соответствии с планами проведения оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз (далее – планы) в случаях отрицательной динамики показателей статистических данных, отражающих здоровье населения;

по решению Министерства здравоохранения, главных управлений по здравоохранению областных исполнительных комитетов, Комитета по здравоохранению Минского городского исполнитель-

ного комитета (далее – главные управления по здравоохранению, Комитет по здравоохранению) в случаях получения информации о нарушениях и (или) недостатках в оказании медицинской помощи и ее организации, проведении медицинских экспертиз и (или) снижении их качества.

Планы составляются на ближайшее полугодие и утверждаются:

Министерством здравоохранения для осуществления оценки качества в организациях здравоохранения, подчиненных (входящих в систему) Министерству здравоохранения;

главными управлениями по здравоохранению, Комитетом по здравоохранению для осуществления оценки качества в организациях здравоохранения, подчиненных (входящих в систему) главным управлениями по здравоохранению, Комитету по здравоохранению;

руководителями организаций здравоохранения.

Министерство здравоохранения и главные управления по здравоохранению, Комитет по здравоохранению для проведения оценки качества привлекают специалистов организаций здравоохранения.

Оценка качества проводится отделами оценки качества медицинской помощи медико-реабилитационных экспертных комиссий (МРЭК) согласно планам, утвержденным главными управлениями по здравоохранению, Комитетом по здравоохранению.

Оценку качества в организациях здравоохранения проводят:

врачебно-консультационные комиссии (ВКК);

заместители руководителей организаций здравоохранения;

руководители структурных подразделений организаций здравоохранения.

Оценка качества ВКК проводится согласно планам, утвержденным руководителями организаций здравоохранения.

Данный подход позволяет выявить аспекты, требующие доработки, риски, негативно влияющие на принятие управленческих решений и качество медицинской помощи.

К основным критериям качества медицинской помощи относят следующие ее характеристики [20]:

1. *Доступность медицинской помощи* – это реальная возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания. Несмотря на за-

крепленное в конституциях многих стран право на доступную и качественную медицинскую помощь, механизмы реализации этого права в разных государствах различаются, что, во многом, зависит от типа действующей системы здравоохранения. В большинстве стран основными механизмами, обеспечивающими доступность и надлежащее качество медицинской помощи, являются нормативно-правовая база отрасли, регламентирующая оказание, управление и контроль медицинской помощи, и система экспертиз.

2. *Адекватность медицинской помощи* – показатель соответствия технологии медицинского обслуживания потребностям и ожиданиям населения в рамках приемлемого для пациента качества жизни.

3. *Преимственность и непрерывность медицинской помощи* – это координация деятельности в процессе оказания пациенту медицинской помощи различными специалистами и учреждениями здравоохранения. Преимственность в значительной степени обеспечивается стандартными требованиями к медицинской документации, техническому оснащению, процессу и персоналу, что гарантирует последовательность процесса лечения и его результата.

4. *Эффективность медицинской помощи* – соответствие объема фактически оказанной медицинской помощи оптимальному для конкретных условий результату. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не максимальную медицинскую помощь, то есть, соответствовать стандартам качества и нормам этики. По определению ВОЗ, *оптимальная медицинская помощь* – это соответствие стандартам медицинских мероприятий, которые являются безопасными и приемлемыми в смысле затраченных средств, принятых в данной системе здравоохранения. Оптимальная медицинская помощь имеет широкую вариабельность в разных государствах и зависит от системы здравоохранения и объема финансирования.

5. *Ориентированность на пациента* означает, в том числе, участие пациента в принятии решений при оказании медицинской помощи и удовлетворенность ее результатами. Этот критерий отражает право пациента не только на качественную медицинскую помощь, но и на внимательное отношение медперсонала, в рамках медицинской этики, и включает необходимость информированного согласия на медицинское вмешательство и соблюдения прав пациента.

6. *Безопасность процесса лечения* – критерий гарантии безопасности для жизни и здоровья пациента и отсутствия вредных воздействий на больного и врача. Обеспечение безопасности пациентов является серьезной проблемой для здравоохранения. В последние годы значительно возросло осознание значимости безопасности лечебного процесса. В 2002 г. государства-члены ВОЗ приняли резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения по безопасности пациентов (лечебного процесса).

Согласно многочисленным публикациям, здоровью каждого десятого пациента в развитых странах причиняется вред в процессе лечения. Это обусловлено целым рядом ошибок медицинского персонала и побочных эффектов лекарств.

Безопасность и эффективность лечения конкретного пациента в значительной мере зависят от полноты информации, которой располагает лечащий врач. Поэтому безопасность процесса лечения, как и другие критерии, зависит от стандартизации процесса лечения, подготовки врача и его профессиональной эрудиции. Например, в США в программу обучения врачей и медицинских сестер включены тренинги по предотвращению медицинских ошибок, ориентации на оказание качественной медицинской помощи, а также тестирование специалистов на уровень их профессионализма.

По данным зарубежных исследователей, частота ошибок при оказании медицинской помощи в США достигает 5,0%, Дании – 9,0%, Великобритании – 11,0%, Австралии – до 16,0%. К наиболее существенным причинам дефектов работы относят недостаточную квалификацию медицинских работников – 24,7%, неполноценное обследование пациентов – 14,7%, невнимательное отношение к больному – 14,1%, недостатки в организации лечебного процесса – 13,8%, недооценку тяжести состояния больного – 2,6%. Доля лекарственных осложнений вследствие медицинских ошибок составляет 27,4%. В 4,2% случаев медицинские ошибки привели к смерти больного. Максимальное число ошибок (73,6%) было допущено врачами при назначении комбинированной терапии [21]. В 20,0% случаев пациенты получали одновременно 12 лекарственных препаратов, в 40,9% – по 8. В странах-членах Евросоюза и в США законодательно закреплена необходимость сообщения о медицинских ошибках в органы фармаконадзора. FDA ежегодно получает свыше 9000 сообщений о медицинских ошибках. В России, по мнению экспертов, каждый третий первичный диагноз устанавливается неверно.

7. *Отсутствие (минимизация) и предотвращение повторения врачебных ошибок*, затрудняющих выздоровление или увеличивающих риск прогрессирования хронической патологии, а также повышающих риск возникновения нового заболевания. Эта составляющая качества медицинской помощи напрямую зависит от уровня профессиональной подготовки врача, использования современных диагностических и высокотехнологических лечебных технологий, а также установления критериев квалификации на конкретном рабочем месте в форме инструкций, аккредитаций. Немаловажным является рассмотрение врачебных ошибок на заседаниях медицинских советов учреждения здравоохранения и лечебно-контрольных советах с целью недопущения их повторения.

8. *Своевременность медицинской помощи*: оказание медицинской помощи по медицинским показаниям, быстро и с минимальной очередностью. Она конкретизирует и дополняет критерий доступности и в значительной степени обеспечивается высокоэффективными диагностическими процедурами, профессионализмом врачей, стандартизацией процесса оказания помощи и автоматизацией заполнения медицинской документации.

9. *Научно-технический уровень* – важнейший компонент качества медицинской помощи, обусловленный высокотехнологичными лечебно-диагностическими методами лечения, эрудицией врача в области медицинских знаний и технологий, следованием руководителем современной теории управления персоналом и социальному менеджменту.

10. *Стандартизация отрасли*. Анализ зарубежного опыта и принципы доказательной медицины свидетельствуют об эффективности использования медицинских стандартов в сфере медицинских услуг как нормативного обеспечения гарантий качества и основного ресурсосберегающего инструмента, а также защиты прав пациента.

11. *Экспертиза и контроль качества медицинской помощи* являются обязательным условием и основным механизмом обеспечения качества медицинской помощи. Экспертиза направлена на выявление врачебной ошибки и дефектов оказания медицинской помощи и имеет своей целью исключение или минимизацию дефектов врачебной деятельности.

Управление качеством – это не просто оценка конечного результата, а создание специального технологического процесса, обеспечивающего

соблюдение определенных требований и норм. Отклонение от технологических условий является дефектом оказания медицинской помощи и зависит не только от медицинского персонала, но и от сформировавшихся принципов организации системы здравоохранения.

Система показателей разрабатывается в каждой организации и отражает ее специфику и приоритеты. Особое место занимает оценка ресурсного обеспечения, поэтому важным моментом в сфере улучшения качества и минимизации затрат является оценка так называемой *функции потерь* – затраты и потери, возникающие в результате любого отклонения от планового показателя качества. Принципы доказательной медицины выражают коэффициент потерь как квадратичную зависимость отклонения полученных значений качества от необходимых показателей. Например, потери по времени обслуживания пациента в 2 раза приводят к 4-кратному росту затрат на медицинскую помощь за счет возможных осложнений или последующих проблем в технологии медицинской помощи [20].

Принято считать, что повышение качества медицинской помощи неизбежно требует дополнительных затрат времени, усилий и ресурсов. Однако, привлечение дополнительных ресурсов вовсе не гарантирует повышение качества медицинской помощи. В то же время, внедрение стандартов медицинской помощи может привести к «выравниванию» качества и минимизации расходов. Повышение качества медицинской помощи (на первом этапе – правильная диагностика) способствует росту эффективности, сокращению сроков

лечения, снижению частоты повторных госпитализаций и осложнений, что существенно уменьшает расходы на здравоохранение [8].

С развитием доказательной медицины становится очевидным, что многие клинические и организационные аспекты оказания медицинской помощи требуют пересмотра законодательных и регулирующих механизмов, в том числе, в нашей стране. В первую очередь, многоуровневая система управления, оценки и мониторинга качества и экспертизы медицинской помощи должна согласовываться с системой мониторинга ресурсов, затрачиваемых на ее оказание.

Групповые характеристики критериев медицинской помощи в стационаре, характеризующих качество, эффективность деятельности, экономическую деятельность (эффективность), приведены в таблице.

Экспертная оценка качества медицинской помощи должна дополняться изучением (анонимное анкетирование) мнения пациентов по данному вопросу. Качество медицинской помощи с позиций пациентов определяется двумя главными параметрами: качеством лечения и качеством обслуживания.

Таким образом, суть концепции управления качеством медицинской помощи заключается в принятии управленческих решений на основе анализа целевых показателей – критериев результативности, которые имеют многоступенчатую структуру и выражаются в количественных показателях, характеризующих потребности пациентов и эффективность деятельности стационара.

Таблица

Групповая характеристика критериев медицинской помощи в стационаре (по отделениям)

№	Групповая характеристика критериев медицинской помощи в стационаре	Критерии (показатели)*
1.	Критерии, характеризующие качество:	уровень качества медицинской помощи; послеоперационная летальность; больничная летальность; объем выполненных лабораторных анализов; дефекты в заполнении медицинских документов (включая электронные формы), дефекты санэпидрежима
2.	Критерии, характеризующие эффективность:	степень использования коечного фонда, хирургическая активность; средняя длительность лечения пациента; внедрение современных медицинских технологий, формирование имиджа клиники (публикации в научных изданиях)
3.	Критерии, характеризующие экономическую деятельность (эффективность) стационара:	оборот койки; выполнение плана занятости койки; длительность предоперационного периода при плановых операциях; объем платных услуг; объем экспорта услуг

* Ряд критериев имеют двойственное назначение. Отнесение критерия в ту или иную группу определялось основным его предназначением.

Литература

1. Качество медицинской помощи: дефиниции, международный опыт, национальные особенности [Электронный ресурс] // *Здравоохранение*. – 2020. – №5. – Режим доступа: <http://www.zdrav.by/kruglyj-stol/kachestvo-medicinskoj-pomoshhi-definiczii-mezhdunarodnyj-opyt-nacjonalnye-osobennosti/>. – Дата доступа: 22.02.2021.
2. Семёнов, А.В. Оценка эффективности использования коечного фонда больничных организаций / А.В.Семёнов // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. – 2020. – №4. – С.84–94.
3. На равных условиях: как развивается медицинская помощь в сельской местности? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://1prof.by/news/v-strane/na-ravnyh-usloviyah-kak-razvivaetsya-me>. – Дата доступа: 05.04.2021.
4. Шиленко, Ю.В. Стратегия обеспечения качества медицинской помощи населению / Ю.В.Шиленко, А.С.Акопян, Р.С.Бочкаев // *Проблемы управления здравоохранением*. – 2002. – №1. – С.54–59.
5. Вялков, А.И. Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи / А.И.Вялков // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2001. – №2. – С.3–10.
6. Стандартизация медицинских технологий – ключевое звено в системе управления качеством медицинской помощи / Н.Е.Хейфец, Т.Н.Москвичева, И.В.Малахова, Т.И.Кот, С.Н.Николаева, С.А.Ванагель // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. – 2012. – Приложение (Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения» (к 20-летию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012 г.). – С.85–88.
7. Ярославский, К.В. Модель конечных результатов как метод комплексной оценки повышения качества медицинской помощи в родовспоможении / К.В.Ярославский, В.О.Атласов, В.М.Болотских // *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2016. – Том LXXV, №6. – С.109–115.
8. Качество медицинской помощи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medstatistic.ru/presents/kachestvo.pdf>. – Дата доступа: 05.04.2021.
9. Нестеров, О.Л. Уровни контроля качества медицинской помощи [Электронный ресурс] / О.Л.Нестеров // *Управление здравоохранением*. – Режим доступа: http://xn—7sbahcmgafaski8a2afbqaike4dxd.xn—p1ai/publ/kachestvo_medicinskoj_pomoshhi/urovni_kontrolja_kachestva_medicinskoj_pomoshhi/20-1-0-397. – Дата доступа: 11.02.2021.
10. Глушанко, В.С. Система контроля качества медицинской помощи в организациях здравоохранения [Электронный ресурс] / В.С.Глушанко, А.П.Тимофеева, Д.В.Мороз // *Электронный архив библиотеки Витебского государственного медицинского университета*. – 2006. – Режим доступа: https://elib.vsmu.by/bitstream/123/4232/1/Glushankovs_Sistema%20kontrolia%20kachestva%20meditsinskoj%20pomoshchi%20v%20organizatsiiakh%20zdravookhraneniia_2006.pdf. – Дата доступа: 11.02.2021.
11. Медведева, О.В. Управление качеством медицинской помощи. Учебно-методическое пособие для ординаторов / О.В.Медведева, Г.Б.Артемьева, Н.А.Афонина. – Рязань: Рязанск. госуд. мед. ун-т им И.П.Павлова, 2015. – 103 с.
12. Оценка и контроль качества медицинской помощи: основные направления деятельности организаций здравоохранения Республики Беларусь / Н.Е.Хейфец, И.В.Малахова, Е.Н.Хейфец, М.М.Солтан, А.В.Маймур // *Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной науч.-практ. конф.: в 2 ч. / под редакцией з.д.н. РФ, д.м.н., проф. В.С.Лучкевича*. – Ч.2. – СПб., 2021. – С.317–330.
13. Руководство по национальной политике и стратегии в области качества. Практический подход к разработке политики и стратегии в целях повышения качества медицинской помощи [Электронный ресурс] // *Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)*. – 2018. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278964/9789244565568-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. – Дата доступа: 11.02.2021.
14. Государственный стандарт Республики Беларусь СТБ ISO 9001:2015 «Система менеджмента качества. Требования» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293729/4293729771.pdf>. – Дата доступа: 11.02.2021.
15. Организационно-правовое обеспечение создания и функционирования системы медицинской аккредитации в Республике Беларусь / Н.Е.Хейфец, Д.Ю.Рузанов, Е.Н.Хейфец, М.М.Солтан, А.В.Маймур // *Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной науч.-практ. конф.: в 2 ч. / под редакцией з.д.н. РФ, д.м.н., проф. В.С.Лучкевича*. – Ч.2. – СПб., 2021. – С.330–342.
16. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-XII // *Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь*. – Минск, 2021.
17. О медицинской аккредитации государственных организаций здравоохранения [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 13 мая 2021 г., №269 // *ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь*. – Минск, 2021.
18. Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 21 мая 2021 г., №55 // *ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр право-*

- вой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
19. Об установлении критериев медицинской аккредитации [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 25 мая 2021 г., №57 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
20. *Шарабчиев, Ю.Т.* Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Ю.Т.Шарабчиев, Т.В.Дудина // Медицинские новости. – 2009. – №12. – С.6–12.
21. Медицинские ошибки при применении лекарственных препаратов в практическом здравоохранении / А.В.Кузьмина [и др.] // Практическая пульмонология. – 2016. – №3. – С.76–83.

PERFORMANCE CRITERIA AS A METHOD OF ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL ASSURANCE OF MEDICAL CARE QUALITY MANAGEMENT IN HOSPITAL

¹ **A.A.Linkevich**, ¹ **O.A.Rumyantseva**,
¹ **V.V.Sushchevich**, ² **T.I.Tserakhovich**
³ **T.V.Kalinina**

¹ Minsk Regional Clinical Hospital, 223041, Lesnoy agrotown 1, Minsk District, Minsk Region, Republic of Belarus

² 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

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

The article deals with medical care quality management within the framework of performance criteria assessment. The study objective is the synthesis of submissions on organizational and methodological assurance of medical care quality in

hospital. A quality management system aimed at addressing the patients' needs and based on ISO 9001 series' requirements is described in detail. A number of performance criteria and their use in hospital for comprehensive assessment of activities, ensuring continuous development and improvement of medical care quality are considered.

Keywords: medical care quality; medical care quality management; healthcare resources use effectiveness.

Сведения об авторах:

Линкевич Александр Александрович; УЗ «Минская областная клиническая больница», главный врач; тел.: (+37544) 7088773; e-mail: omo@minsk-okb.by.

Румянцова Оксана Анатольевна; УЗ «Минская областная клиническая больница», зам. главного врача по организационно-методической работе; тел. (+37529) 6852418; e-mail: oksana_gomel19@yahoo.com.

Сущевич Виктор Викторович, канд. мед. наук, доцент; УЗ «Минская областная клиническая больница», врач-статистик (заведующий) отделением медицинской статистики; тел.: (+37529) 6852418; e-mail: victor-vvs@mail.ru.

Терехович Татьяна Ивановна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией организационных технологий первичной медицинской помощи, тел.: (+37517) 2923191; e-mail: tt_gem@mail.ru.

Калинина Татьяна Владленовна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», проректор по учебной работе; тел.: (+37517) 2921556; e-mail: obr@belmapo.by.

Поступила 27.07.2021 г.

Юбилеи

ВАСИЛИЙ СЕМЁНОВИЧ ГЛУШАНКО (к 75-летию со дня рождения)



11 июля 2021 года исполнилось 75 лет заведующему кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и ПК УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», доктору медицинских наук, профессору Глушанко Василию Семёновичу.

Василий Семёнович Глушанко родился в 1946 г. в г.п.Лоев Гомельской области. В 1965 г. поступил в Витебский государственный медицинский институт, который окончил в 1971 г. Трудовой путь начал практикующим врачом. В 1971–1975 гг. – клинический ординатор кафедры психиатрии, заведующий отделением Витебской областной клинической психоневрологической больницы.

В 1974 г. В.С.Глушанко защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Анализ вызванной биоэлектрической активности головного мозга» (г. Львов). В 1992 г. успешно защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук

«Теоретические, социально-гигиенические и организационные аспекты проблемы пограничных нервно-психических расстройств» по специальности «Социальная гигиена и организация здравоохранения» в ЦОЛИУВ (г. Москва). В 1993 г. В.С. Глушанко было присвоено ученое звание профессора и выдан первый в системе белорусского здравоохранения аттестат профессора.

С 1975 г. Василий Семёнович Глушанко работает в ВГМИ: 1975–1997 гг. – старший научный сотрудник, руководитель ОНМИ, ассистент, старший преподаватель, доцент кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения, заведующий подготовительным отделением, заместитель декана лечебно-профилактического факультета, руководитель подготовительного отделения; 1999–2006 гг. – декан факультета повышения квалификации и переподготовки кадров (ФПК и ПК). С 1990 г. и по настоящее время – заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и ПК.

На протяжении всей своей профессиональной деятельности доктор медицинских наук, профессор В.С.Глушанко активно занимался научными исследованиями, посвященными изучению состояния здоровья населения, проблемам организации и экономики здравоохранения, оценочных механизмов качества жизни, медицинского обслуживания населения и ресурсосберегающих технологий, медицинской демографии, истории медицины и фармации, инновационным направлениям и технологиям подготовки медицинских кадров.

Доктор медицинских наук, профессор Глушанко В.С. – соавтор первой «Национальной программы демографической безопасности на 2007–2010 гг.», утвержденной Указом Президента Республики Беларусь, цель которой – решение задач сохранения и укрепления здоровья, повышение социально-трудового потенциала и продолжительности жизни населения.

Профессор В.С.Глушанко являлся председателем экспертной комиссии Министерства здра-

вохранения Республики Беларусь по проблемам организации здравоохранения, научным исследованиям и разработкам, направленным на обеспечение деятельности Министерства здравоохранения. Он член двух Советов по защите диссертаций по общественному здоровью и здравоохранению и фармации.

Доктор медицинских наук, профессор Глушанко В.С. – автор многочисленных научных и учебно-методических трудов, монографий, курсов лекций, учебников и учебных пособий на русском и английском языках; соавтор первого национального учебника по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение». Им опубликовано более 800 работ, в том числе, монографий, руководств, учебных пособий, сделаны более 300 докладов на международных, республиканских и региональных конференциях.

Профессор В.С.Глушанко является основателем и руководителем научно-педагогической школы «Организация, управление и экономика здравоохранения», которая обеспечивает интеграцию образования, науки и практики на основе результативной реализации фундаментальных и прикладных научных исследований. На сегодняшний день под научным руководством В.С.Глушанко защищено 13 диссертаций.

Василий Семёнович Глушанко входит в состав редакционных советов ведущих рецензируемых журналов Республики Беларусь и Российской Федерации («Вопросы организации и информатизации здравоохранения», «Вестник ВГМУ» «Вестник фармации» – Республика Беларусь; «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики», «Экономика здравоохранения и ОМС» – Россия).

Профессор В.С.Глушанко участвовал в Международной учебной программе повышенного типа в Стокгольме (Швеция) «Развитие систем здравоохранения – практический подход» (International Training Programme on Health System Development a Practical Approach in Sweden, 2005). Принимал активное участие в создании проекта, посвященного 10-летию сотрудничества Белорусского Об-

щества Красного Креста и Швейцарского Красного Креста по «Укреплению Службы сестер милосердия БОКК и развитию интегрированной медико-социальной помощи на дому» (2014 г.); в работе первого координационного Совета по здравоохранению на Евразийском пространстве (г. Москва, октябрь 2015 г.), ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (г. Москва, ноябрь 2019 г.) и др.

Есть возраст по паспорту, а есть – биологический, который часто еще называют «возрастом развития». Высокая социальная активность, большая жизнеспособность, трудолюбие, неумная энергия и позитивное мировосприятие являются отличительными характеристиками Василия Семёновича. Он на собственном примере реализует все те установки, которые прописывал, будучи соавтором, в первой программе демографической безопасности: здоровый образ жизни, профилактика, баланс физических и духовных сил.

За многочисленные заслуги, успехи в научной и педагогической деятельности В. С. Глушанко отмечен знаками «Отличник здравоохранения СССР» (1982); «Отличник здравоохранения Республики Беларусь» (2000); «Отличник образования Республики Беларусь» (2004); «Человек Года - 2004» (ВГМУ, 2005); медалью «За заслуги в развитии ВГМУ» (2006); медалью имени профессора Витольда Чодеко – польского основателя товарищества медицины и общественного здоровья в связи со 100-летием его основания (2012); имеет множество благодарностей, дипломов и почетных грамот.

Коллектив кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и ПК, администрация УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», редакция журнала «Вопросы организации и информатизации здравоохранения» сердечно поздравляют Василия Семёновича Глушанко с юбилеем и желают ему крепкого здоровья, активного долголетия и дальнейшей плодотворной деятельности!

Мониторинг национальной правовой базы по здравоохранению

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ (июнь 2021 г. – август 2021 г.)*

1. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 мая 2021 г. №49** «Об утверждении клинического протокола» (дата официального опубликования – 2 июля 2021 г.):

утвержден прилагаемый клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с инородными телами пищеварительного тракта при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях».

2. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 мая 2021 г. №50** «Об утверждении клинических протоколов» (дата официального опубликования – 16 июля 2021 г.):

утверждены прилагаемые клинические протоколы диагностики и лечения пациентов (детское население) с острыми хирургическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в стационарных условиях:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым аппендицитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым аппендицитом и генерализованным (распространенным) перитонитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым аппендицитом и отграниченным перитонитом (аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с ущемленными грыжами при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с инвагинацией при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острой кишечной непроходимостью при оказании медицинской помощи в стационарных условиях».

3. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2021 г. №635** «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 марта 2021 г. №270»:

изложен в новой редакции перечень лабораторий, осуществляющих проведение исследований на инфекцию COVID-19 с передачей результатов систему «Путешествую без COVID-19».

4. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2021 г. №643** «О создании рабочей группы»:

утвержден прилагаемый состав рабочей группы по разработке проекта нормативного правового акта, устанавливающего порядок создания и функционирования единой базы данных граждан, признанных недееспособными, а также лиц, совершивших общественно опасные деяния и преступления, в отношении которых прекращено применение принудительных мер безопасности и лечения и (или) которые находятся под амбулаторным наблюдением и на лечении у врача-специалиста в области оказания психиатрической помощи.

5. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 июня 2021 г. №645** «О порядке планирования расходов бюджета, основанного на использовании нормативов расходов на одного пациента в стационарных условиях применительно к клиничко-затратным группам»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке планирования расходов бюджета, основанного на использовании нормативов расходов на одного пациента в стационарных условиях применительно к клиничко-затратным группам;

установлен прилагаемый перечень отдельных организаций здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта по апробации порядка планирования расходов бюджета, основанного на использовании нормативов расходов на одного пациента в стационарных условиях применительно к клиничко-затратным группам, расположенных в Гродненской области и г. Минске.

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

6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 июня 2021 г. №646 «О порядке направления пациентов в государственное учреждение «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям»»:

утверждено прилагаемое Положение о порядке направления пациентов в государственное учреждение «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям»;

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения от 28 октября 2016 г. №1052 «Об утверждении перечня показаний и порядка направления детей в государственное учреждение «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям»»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 февраля 2017 г. №175 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 октября 2016 г. №1052».

7. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 июня 2021 г. №660 «О создании рабочей группы»:

утвержден состав рабочей группы по разработке клинического протокола по диагностике и лечению атипичных пневмоний у детей согласно приложению.

8. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 июня 2021 г. №672 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 декабря 2014 г. №1315»:

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 декабря 2014 г. №1315 «О некоторых вопросах выписывания лекарственных средств, реализуемых из аптек по рецептам врачей».

9. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 июня 2021 г. №74 «О формах и порядке дачи и отзыва согласия на внесение и обработку персональных данных пациента»:

утверждена прилагаемая Инструкция о формах и порядке дачи и отзыва согласия на внесение и обработку персональных данных, информации, составляющей врачебную тайну, отказа от их внесения и обработки и порядке информирования о праве на отказ от внесения информации, составляющей врачебную тайну, в централизованную информационную систему здравоохранения.

10. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 июня 2021 г. №75 «Об утверждении Инструкции о структуре и порядке формирования электронной медицинской карты пациента, личного электронного кабинета пациента»:

утверждена прилагаемая Инструкция о структуре и порядке формирования электронной медицинской карты пациента, личного электронного кабинета пациента.

11. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2021 г. №77 «О вопросах проведения медико-социальной экспертизы»:

установлены:

перечень анатомических дефектов, при наличии которых устанавливается инвалидность, согласно приложению 1;

критерии установления инвалидности у лиц старше восемнадцати лет согласно приложению 2;

критерии установления категории «ребенок-инвалид» и степени утраты здоровья у лиц в возрасте до восемнадцати лет согласно приложению 3;

критерии установления причины инвалидности согласно приложению 4;

сроки установления инвалидности у лиц в возрасте до восемнадцати лет согласно приложению 5;

случаи установления дополнений к экспертному решению согласно приложению 6.

признаны утратившими силу следующие постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь согласно приложению 7:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. №97 «Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 ноября 2008 г. №186 «О внесении изменения и дополнения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. №97»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июля 2009 г. №87 «О внесении дополнений и изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. №97»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 ноября 2010 г. №142 «О внесении дополнений и изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. №97»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2011 г. №48 «О внесении изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. №97»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 ноября 2011 г. №116 «О внесении дополнений и изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. №97»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 июня 2012 г. №83 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. №97»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 октября 2012 г. №162 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. №97»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 марта 2014 г. №13 «О внесении изменения и дополнения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. №97»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2016 г. №106 «О внесении изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. №97»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 февраля 2017 г. №19 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. №97»;

установлены формы следующих медицинских документов:

индивидуальная программа медицинской реабилитации, абилитации пациента согласно приложению 8;

программа дополнительного обследования пациента медико-реабилитационной экспертной комиссии согласно приложению 9;

направление на медико-социальную экспертизу согласно приложению 10;

заключение медико-реабилитационной экспертной комиссии согласно приложению 11;

медицинская карта пациента медико-реабилитационной экспертной комиссии согласно приложению 12;

протокол заседания медико-реабилитационной экспертной комиссии согласно приложению 13;

утверждены прилагаемые:

Инструкция о порядке направления пациентов на медико-социальную экспертизу;

Инструкция о порядке освидетельствования (переосвидетельствования) пациентов (инвалидов) при проведении медико-социальной экспертизы.

12. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2021 г. №78 «О порядке взаимодействия организатора и заказчиков при осуществлении государственных закупок»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке взаимодействия организатора и заказчиков при осуществлении государственных закупок медицинских изделий, запасных частей к ним;

признано утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 апреля 2013 г. №31 «О некоторых вопросах государственных закупок медицинской техники, изделий медицинского назначения, лекарственных средств и лечебного питания».

13. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2021 г. №79 «О реализации постановления Совета Министров Республики Беларусь от 3 июня 2021 г. №304»:

установлены прилагаемые:

критерии оценки профессиональной трудоспособности согласно приложению 1;

форма сведений о характере и условиях труда согласно приложению 2;

форма программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания согласно приложению 3;

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке заполнения программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания;

определено, что критерии оценки профессиональной трудоспособности, установленные абзацем вторым пункта 1 данного постановления, включают:

способность потерпевшего выполнять профессиональную деятельность в обычных условиях, на специализированном рабочем месте;

изменение квалификации, достигнутой в освоенной профессии рабочего (разряде), должности служащего;

изменение объема (норм выработки) выполняемой работы;

изменение режима рабочего времени;

изменение условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды и трудового процесса.

14. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2021 г. №80 «О межведомственной научно-экспертной комиссии»:

установлены:

форма протокола заседания межведомственной научно-экспертной комиссии согласно приложению 1;

форма журнала регистрации решений межведомственной научно-экспертной комиссии согласно приложению 2;

форма заключения независимой медицинской экспертизы согласно приложению 3;

утверждено прилагаемое Положение о межведомственной научно-экспертной комиссии;

признаны утратившими силу:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 марта 2009 г. №32 «Об утверждении Положения о межведомственной научно-экспертной комиссии»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 октября 2012 г. №156 «О внесении изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 марта 2009 г. №32»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 марта 2014 г. №16 «О внесении изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 марта 2009 г. №32».

15. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 9 июня 2021 г. №81/44 «О признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 9 января 2004 г. №1/1»:

признано утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 9 января 2004 г. №1/1 «Об утверждении Инструкции по определению критериев степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и Инструкции по заполнению программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания».

16. Постановление Министерства антимонопольного регулирования и торговли Республики Беларусь, Министерства сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь, Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Государственного комитета по стандартизации Республики Беларусь от 10 июня 2021 г. №44/38/82/67 «Об изменении постановления Министерства антимонопольного регулирования и торговли Республики Беларусь, Министерства сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь, Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Государственного комитета по стандартизации Республики Беларусь от 5 августа 2019 г. №64/30/81/47»:

внесены изменения в постановление Министерства антимонопольного регулирования и торговли Республики Беларусь, Министерства сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь, Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Государственного комитета по стандартизации Республики Беларусь от 5 августа 2019 г. №64/30/81/47 «О порядке подтверждения наличия документов о качестве и безопасности товаров при их продаже».

17. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 июня 2021 г. №692** «Об утверждении программы по раннему выявлению злокачественных новообразований головы и шеи в рамках проведения мероприятий пилотного проекта»:

утверждена прилагаемая программа по раннему выявлению злокачественных новообразований головы и шеи в рамках проведения мероприятий пилотного проекта на базе учреждения здравоохранения «2-я центральная районная поликлиника Фрунзенского района г. Минска».

18. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 июня 2021 г. №699** «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 декабря 2020 г. №1409»:

изложено в новой редакции Приложение к порядку уничтожения наркотических средств и психотропных веществ, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 декабря 2020 г. №1409.

19. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 июня 2021 г. №700** «Об утверждении перечня лабораторий»:

утвержден прилагаемый перечень организаций, выполняющих исследования методом полимеразной цепной реакции на наличие SARS-COV-2;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 декабря 2020 г. №1289 «Об утверждении перечня лабораторий».

20. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 июня 2021 г. №701** «О создании рабочей группы»:

утвержден прилагаемый состав рабочей группы по разработке клинического протокола по лечению детей с пре- и перинатальным поражением центральной нервной системы, родившихся с экстремально низкой и очень низкой массой тела.

21. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 июня 2021 г. №704** «О возобновлении проведения медицинской реабилитации»:

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранению, с учетом эпидемиологической ситуации по заболеваемости инфекцией COVID-19 на конкретной административной территории при проведении медицинской реабилитации *приказано обеспечить*:

безопасность пациентов, доступность и качество оказания медицинской реабилитации;

логистику (разделение) потоков пациентов с инфекционной патологией (подозрением на нее) и пациентов, направленных на медицинскую реабилитацию, начиная с приемных отделений, для организации оказания таким пациентам медицинской помощи, включая медицинскую реабилитацию;

ежедневный контроль (опрос) состояния здоровья, термометрию сотрудников и пациентов медицинскими работниками;

соблюдение мер социального дистанцирования в организациях здравоохранения;

правильное использование работниками организаций здравоохранения средств индивидуальной защиты при оказании медицинской помощи пациентам;

ограничение проведения групповых занятий;

минимизацию необязательных контактов между работниками организации здравоохранения и пациентами, а также между работниками и т.д.

22. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июня 2021 г. №708** «О проведении медицинской реабилитации пациентам с пневмонией, ассоциированной с инфекцией COVID-19»:

утвержден прилагаемый временный порядок проведения медицинской реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с инфекцией COVID-19;

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 апреля 2020 г. №462 «Об организации проведения медицинской реабилитации пациентам с пневмонией, ассоциированной с инфекцией COVID-19»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 мая 2020 г. №517 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 апреля 2020 г. №462»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 июня 2020 г. №593 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 апреля 2020 г. №462»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 октября 2020 г. №1097 «О мерах по организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 и принятию дополнительных противоэпидемических мер в организациях здравоохранения»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 ноября 2020 г. №1168 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 апреля 2020 г. №462»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 ноября 2020 г. №1169 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения от 16 октября 2020 г. №1097»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 ноября 2020 г. №1203 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 апреля 2020 г. №462»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 января 2021 г. №4 «Об организации проведения медицинской реабилитации»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 января 2021 г. №44 «Об изменении приказов Министерства здравоохранения от 5 января 2021 г. №4 и от 16 октября 2020 г. №1097»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 апреля 2021 г. №365 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 апреля 2020 г. №462».

23. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 июня 2021 г. №715** «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 декабря 2020 г. №1350»

внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 декабря 2020 г. №1350 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2020 г. №1019», *изложены в новой*

прилагаемой редакции Рекомендации (временные) об особенностях оказания медицинской помощи пациентам в возрасте до 18 лет с инфекцией COVID-19.

24. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 июня 2021 г. №733** «Об изменении приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

внесены изменения в:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 апреля 2020 г. №379 «О дополнительных мерах по обеспечению бесперебойной работы субъектов службы крови»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 апреля 2018 г. №325 «Об утверждении Перечня требований по безопасности и качеству крови, ее компонентов, заготавливаемых от доноров или производимых различными методами из крови доноров и предназначенных для оказания медицинской помощи и иных целей».

25. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 июня 2021 г. №735** «Об утверждении Инструкции»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке прогнозирования состояния здоровья населения, проживающего на административно-территориальных единицах, с учетом интегрального социально-гигиенического индекса.

26. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июня 2021 г. №749** «Об установлении сметного количества коек государственных организаций здравоохранения, финансируемых за счет средств республиканского бюджета»:

установлено сметное количество коек государственных организаций здравоохранения, финансируемых за счет средств республиканского бюджета, на 2022 год.

27. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июня 2021 г. №755** «О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2022 год»:

определены среднереспубликанские нормативы объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2022 год, согласно приложениям 1, 2 и 3.

28. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июня 2021 г. №760** «О создании рабочей группы»:

утвержден прилагаемый состав рабочей группы по разработке клинического протокола «Диагностика наследственных тромбофилий и медицинская профилактика венозных тромбоэмболических осложнений у женщин во время беременности, родов, в послеродовом периоде и их новорожденных детей».

29. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 июня 2021 г. №86** «Об утверждении Инструкции о порядке расчета планового фонда оплаты труда работников бюджетных организаций»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке расчета планового фонда оплаты труда работников бюджетных организаций.

30. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 июня 2021 г. №781** «Об обеспечении оказания медицинской помощи обучающимся»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке обеспечения оказания медицинской помощи обучающимся.

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 мая 2012 г. №669 «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи детям в учреждениях образования»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 ноября 2015 г. №1141 «О совершенствовании медицинского контроля за состоянием здоровья детей».

31. **Указ Президента Республики Беларусь от 1 июля 2021 г. №251** «О безвизовом въезде и выезде иностранных граждан»:

в целях организации проведения в Республике Беларусь вакцинации против инфекции COVID-19 (далее – вакцинация) иностранных граждан:

установлен с 15 июля 2021 г. по 31 декабря 2022 г. безвизовый порядок въезда в Республику Беларусь, выезда из Республики Беларусь для граждан государств, указанных в приложении (далее – иностранцы), и временного пребывания на территории Республики Беларусь в целях вакцинации на срок не более пяти суток со дня въезда;

определено, что:

основаниями для безвизового въезда в Республику Беларусь и временного пребывания на территории Республики Беларусь иностранцев являются: действительные документы для выезда за границу; оригинал либо копия медицинского документа на бумажном носителе или в электронном виде, подтверждающего отрицательный результат лабораторного исследования на COVID-19, выполненного методом полимеразной цепной реакции не позднее трех суток до даты пересечения Государственной границы Республики Беларусь; включение сведений о них в информационную систему для сбора, обработки и учета заявок на вакцинацию от иностранцев, прибывающих в Республику Беларусь в целях вакцинации;

в целях подтверждения права иностранцев на безвизовый въезд в Республику Беларусь, выезд из Республики Беларусь и временное пребывание на территории Республики Беларусь сбор и иная обработка их персональных данных Министерством здравоохранения, в том числе предоставление указанных данных в Государственный пограничный комитет и органы внутренних дел, осуществляются без письменного согласия иностранцев;

Совету Министров Республики Беларусь *поручено* до 15 июля 2021 г.: определить порядок функционирования информационной системы для сбора, обработки и учета заявок на вакцинацию от иностранцев, прибывающих в Республику Беларусь в целях вакцинации; установить порядок посещения иностранцами Республики Беларусь в целях вакцинации; принять иные меры по реализации данного Указа.

32. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июля 2021 г. №814** «Об утверждении плана мероприятий по реализации подпрограммы «Доступная среда жизнедеятельности инвалидов и физически ослабленных лиц» государственной программы «Социальная защита» на 2021–2025 годы»:

утвержден прилагаемый план мероприятий по реализации подпрограммы «Доступная среда жизнедеятельности инвалидов и физически ослабленных лиц» государственной программы «Социальная защита» на 2021–2025 годы.

33. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2021 г. №834** «О возмездной вакцинации против COVID-19»:

определен Перечень организаций здравоохранения, осуществляющих возмездную вакцинацию против COVID-19 иностранных граждан согласно приложению 1.

34. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 июля 2021 г. №845** «Об утверждении Положения о главном внештатном специалисте Министерства здравоохранения Республики Беларусь и о составе главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

утверждены прилагаемые:

Положение о главном внештатном специалисте Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

состав главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Беларусь и их резерва;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения 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».

35. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 июля 2021 г. №849** «О признании приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь утратившими силу»:

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 января 2019 г. №45 «Об утверждении отраслевой научно-технической программы»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 января 2019 г. №49 «Об утверждении отраслевой научно-технической программы»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 января 2019 г. №50 «Об утверждении отраслевой научно-технической программы».

36. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июля 2021 г. №857** «О внедрении клиничко-затратных групп в республике»:

приказано создать в Министерстве здравоохранения рабочую группу по внедрению клиничко-затратных групп в организациях здравоохранения в прилагаемом составе.

37. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 июля 2021 г. №90** «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 сентября 2012 г. №137»:

изложен в новой редакции подпункт 5.1.1 пункта 5 приложения 8 к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 сентября 2012 г. №137 «Об установлении предельных максимальных отпускных цен на лекарственные средства, производимые организациями Республики Беларусь».

38. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 июля 2021 г. №886** «Об утверждении плана реализации мероприятий в 2021 году Государственной программы по преодолению последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС на 2021–2025 годы»:

утвержден план реализации мероприятий в 2021 году Государственной программы по преодолению последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС на 2021–2025 годы, заказчиком которых является Минздрав.

39. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 июля 2021 г. №890** «О лечебно-контрольном совете»:

утверждено прилагаемое Положение о лечебно-контрольном совете;

определен прилагаемый состав лечебно-контрольного совета Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома *приказано*:

определить составы лечебно-контрольных советов;

исключить применение неустановленных нормативными актами форм проведения оценки качества медицинской помощи, медицинских экспертиз;

обеспечить контроль за точным единообразным применением подчиненными организациями здравоохранения требований законодательства, регламентирующих порядок оценки качества медицинской помощи, медицинских экспертиз.

признаны утратившими силу:

Положение о системе управления качеством медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь, утвержденное 26 декабря 2001 г. Министром здравоохранения Республики Беларусь В.А.Остапенко;

Инструкция по применению «Методика оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях», утвержденная 29 мая 2002 г. №37-0102 и.о. Министра здравоохранения Республики Беларусь Л.А.Постоялко;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 марта 2003 г. №47 «Об утверждении Положения о системе оценки и контроля качества стоматологической помощи в организациях здравоохранения Республики Беларусь»;

Инструкцию по применению «Оценка качества оказания скорой медицинской помощи», утвержденную 9 января 2008 г. №138-1207 первым заместителем Министра здравоохранения Республики Беларусь Р.А.Часнойть;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2011 г. №597 «О проведении анализа причин первичного выхода на инвалидность и тяжести первичной инвалидности»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 июля 2014 г. №732 «Об утверждении индикаторов качества оказания медицинской помощи населению в амбулаторных условиях»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 марта 2016 г. №233 «Об утверждении порядка оформления справки по результатам проведения мониторинга (проверки) качества оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 января 2020 г. №35 «О критериях оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2020 г. №1010 «Об утверждении Положения о лечебно-контрольной комиссии»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 декабря 2020 г. №1374 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 января 2020 г. №35»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 апреля 2021 г. №381 «О лечебно-контрольном совете Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 июля 2021 г. №853 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 апреля 2021 г. №381».

40. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 июля 2021 г. №889 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2020 г. №1009»:

внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2020 г. №1009 «О совершенствовании деятельности патологоанатомической службы Республики Беларусь»;

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 сентября 2007 г. №789 «Об утверждении форм первичной медицинской документации по патологоанатомической службе»;

Положение о клинико-патологоанатомической конференции, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2020 г. №1009.

41. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июля 2021 г. №91 «О порядке разработки, формирования, ведения, эксплуатации информационных систем в здравоохранении»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке разработки, формирования, ведения, эксплуатации информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных и (или) реестров (регистров) в здравоохранении, входящих в состав централизованной информационной системы здравоохранения, требованиях к ним, порядке их взаимодействия с централизованной информационной системой здравоохранения.

42. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июля 2021 г. №900 «Об утверждении Рекомендаций (временных) об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 и признании утратившими силу отдельных приказов Министерства здравоохранения или их структурных элементов»:

утверждены прилагаемые:

рекомендации (временные) об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19;

инструкция о порядке организации эпидемиологического расследования случаев инфекции COVID-19, медицинского наблюдения и оказания медицинской помощи контактам I и II уровней по инфекции COVID-19;

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июня 2020 г. №615 «Об оказании медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 ноября 2020 г. №1195 «Об изменении приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июня 2020 г. №615 и от 15 апреля 2020 г. №433».

43. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 июля 2021 г. №901 «О порядке назначения биотехнологических лекарственных препаратов пациентам (взрослое население) с ревматическими заболеваниями»:

утверждены:

порядок назначения биотехнологических лекарственных препаратов (БТЛП) за счет средств местных бюджетов пациентам (взрослое население) с ревматическими заболеваниями согласно приложению 1;

перечень показаний к назначению БТЛП пациентам (взрослое население) с ревматическими заболеваниями согласно приложению 2;

форма журнала учета назначений БТЛП пациентам (взрослое население) с ревматическими заболеваниями согласно приложению 3;

форма направления пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями на Республиканский врачебный консилиум согласно приложению 4;

форма сводной годовой информации о пациентах (взрослое население) с ревматическими заболеваниями, получивших БТЛП, в соответствии с приложением 5;

форма информированного согласия пациента на применение БТЛП в соответствии с приложением 6.

44. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 июля 2021 г. №904 «Об организации работы по медицинской аккредитации»:

утвержден прилагаемый график обращения государственных организаций здравоохранения за получением свидетельства о медицинской аккредитации.

45. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 июля 2021 г. №92 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 октября 2006 г. №78»:

изложен в новой редакции пункт 3 Инструкции о порядке организации технического обслуживания и ремонта медицинской техники, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 октября 2006 г. №78.

46. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 августа 2021 г. №93 «Об утверждении клинических протоколов»:

утверждены прилагаемые:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым почечным повреждением»;

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хронической болезнью почек 5 стадии методом программного гемодиализа»;

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хронической болезнью почек 5 стадии методом перитонеального диализа»;

клинический протокол «Лечение осложнений, связанных с хронической болезнью почек 5 стадии у пациентов (взрослое население), находящихся на различных видах хронического диализа»;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 июля 2013 г. №806 «Об утверждении некоторых клинических протоколов и признании утратившими силу отдельных структурных элементов приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 сентября 2005 г. №549».

47. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 августа 2021 г. №939 «О вопросах организационного и методического руководства деятельностью испытательных лабораторий»:

приказано создать на базе управления организации контроля качества государственного учреждения «Государственный фармацевтический надзор в сфере обращения лекарственных средств «Госфармнадзор»» координирующий центр по организационному и методическому руководству деятельностью испытательных лабораторий, аккредитованных в Национальной системе аккредитации Республики Беларусь для испытаний лекарственных средств, указанных в приложении к данному приказу;

утверждено прилагаемое Положение о координирующем центре по организационному и методическому руководству деятельностью испытательных лабораторий.

48. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 августа 2021 г. №94 «Об утверждении клинических протоколов»:

утверждены прилагаемые:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с огнестрельными ранениями груди»;

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с огнестрельными ранениями живота».

49. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 августа 2021 г. №961 «О показателях Целей устойчивого развития»:

утверждены прилагаемые:

перечень показателей Целей устойчивого развития и организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, комитету по здравоохранению Мингорисполкома, ответственных за формирование данных и их реализацию;

перечень показателей ЦУР и организаций здравоохранения, ответственных за их реализацию;

перечень показателей ЦУР и организаций здравоохранения, ответственных за сбор, накопление и представление по ним сведений, запрашиваемых ВОЗ;

положение о банке данных Минздрава по показателям ЦУР.

50. Постановление Министерства внутренних дел Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 августа 2021 г. №233/95 «Об изменении постановления Министерства внутренних дел Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 февраля 2011 г. №54/15»:

внесены изменения в постановление Министерства внутренних дел Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 февраля 2011 г. №54/15 «Об утверждении Инструкции о порядке медицинского освидетельствования осужденных и установлении перечня заболеваний, препятствующих дальнейшему отбыванию наказания».

51. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 августа 2021 г. №966 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 июля 2010 г. №751»:

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 июля 2010 г. №751 «Об утверждении перечня должностных лиц, уполномоченных осуществлять государственный надзор за условиями промышленного производства, аптечного изготовления, реализации, хранения, транспортировки и медицинского применения лекарственных средств в организациях здравоохранения».

52. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 августа 2021 г. №995 «О совершенствовании молекулярно-генетического мониторинга штаммов возбудителя новой коронавирусной инфекции»:

в целях совершенствования молекулярно-генетического слежения за распространением штаммов возбудителя новой коронавирусной инфекции COVID-19 *утверждены:*

форма направления на исследование биологического материала на инфекцию COVID-19 согласно приложению 1;

перечень учреждений здравоохранения и центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (центров гигиены и эпидемиологии), лаборатории которых участвуют в мониторинге штаммов возбудителя новой коронавирусной инфекции согласно приложению 2;

критерии отбора образцов биологического материала для определения генетических вариантов вируса SARS-CoV-2 согласно приложению 3;

требования к отбору, хранению и транспортировке образцов биологического материала согласно приложению 4.

53. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 августа 2021 г. №97 «Об установлении Республиканского формуляра лекарственных средств на 2022 год»:

установлен Республиканский формуляр лекарственных средств на 2022 год согласно приложению.

54. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 августа 2021 г. №1000 «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи детям»:

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям организаций здравоохранения, подчиненных Минздраву, *приказано:*

продолжить проведение информационной кампании в средствах массовой информации по вопросам профилактики, особенностях течения и лечения инфекции COVID-19 у детей;

обеспечить проведение семинаров с медицинскими работниками подведомственных учреждений по вопросам оказания медицинской помощи детям с инфекцией COVID-19;

обеспечить своевременное принятие мер по госпитализации всех детей с диагнозом «пневмония»;

организовать качественный сбор анамнестических данных врачами-педиатрами (врачами общей практики) по ранее

установленным контактам ребенка с лицами, имеющими инфекцию COVID-19, для определения возможно перенесенной ребенком инфекции COVID-19 с латентным течением;

продолжить проведение диспансеризации детского населения с обязательным проведением диспансерных осмотров детей перенесших инфекцию COVID-19, в первую очередь из групп риска по развитию осложнений (иммунодефицитные состояния, онкологические и онкогематологические заболевания, болезни с нарушениями системы свертывания крови, врожденные и приобретенные пороки сердца, болезни эндокринной системы и т.д.) с выполнением ЭКГ, ДП-ЭХО-КС и общего анализа крови детям через 1 месяц после перенесенной инфекции;

утвержден алгоритм действий медицинских работников при выявлении признаков мультисистемного воспалительного синдрома (MIS-C) у детей с инфекцией COVID-19 согласно приложению.

55. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 августа 2021 г. №1009 «О порядке расчета расходов, связанных с проведением профилактических мероприятий по предупреждению распространению туберкулеза»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке расчета расходов, связанных с проведением профилактических мероприятий по предупреждению распространению туберкулеза.

56. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 августа 2021 г. №1012 «О создании Республиканского центра коморбидной патологии»:

утверждено прилагаемое Положение о Республиканском центре коморбидной (сочетанной) патологии для пациентов с туберкулезом.

57. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 августа 2021 г. №1025 «Об утверждении Инструкции о порядке направления в служебные командировки в пределах Республики Беларусь руководителей государственных организаций»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке направления в служебные командировки в пределах Республики Беларусь руководителей государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения, и руководителей областных медико-реабилитационных экспертных комиссий;

признан утратившим силу 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».

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: Рузанов Дмитрий Юрьевич.

Ответственный секретарь: Н.Е. Хейфец.

Редактор: Н.В. Новаш.

Компьютерная верстка: Н.Ф. Гелжец.

Подписано в печать 30.06.2021 г. Формат бумаги 60x84 1/8.

Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Уч.-изд. л. 14,7. Тираж 400 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.