



ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH
ORGANIZATION AND
INFORMATIZATION

ISSN 2219-6587

Рецензируемый аналитико-информационный бюллетень

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

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

Главный редактор

М.М. САЧЕК

Редакционная коллегия:

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

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), 2017

Проблемные статьи и обзоры *Problem Articles and Reviews*

<i>Сачек М.М., Филонюк В.А., Малахова И.В., Дудина Т.В., Ёлкина А.И., Василевская М.Г.</i> Исследовательская активность и результативность ученых-медиков Беларуси за период 2010–2016 гг. <i>Sachek M.M., Filonyuk V.A., Malakhova I.V., Dudina T.V., Yolkina A.I., Vasilevskaya M.G.</i> Exploratory Activity and Resulting Quality of Belarusian Medical Researchers for the Period 2010–2016	4
<i>Науменко А.Н., Скалецкий Ю.Н., Кралько А.А., Рыган М.М.</i> Зарубежный опыт подготовки специалистов по вопросам безопасности пациентов и возможности его использования в Украине и Беларуси. <i>Naumenko A.N., Skaletsky Yu.N., Kralko A.A., Rygan M.M.</i> Foreign Experience in Specialists Training Concerning Patients Safety Issues and Opportunity of Experience Application in Ukraine and Belarus	16
<i>Разводовский Ю.Е.</i> Алкоголь и гендерный парадокс уровня общей смертности <i>Razvodovsky Yu.E.</i> Alcohol and Gender Paradox in All-cause Mortality	24
<i>Яркович А.М.</i> Особенности профессионального пенсионного страхования медицинских работников <i>Jarkovich A.M.</i> Special Aspects of Professional Pension Insurance for Health Care Workers	29
<i>Каршакевич Е.А., Здор Г.Н.</i> Политика информационной безопасности в организациях здравоохранения <i>Karshakevich Ya.A., Zdor G.N.</i> Information Security Policy in Healthcare Organizations	37

Научные исследования *Scientific Research*

<i>Сурмач М.Ю., Зеньков О.Л.</i> Информатизация здравоохранения Гродненской области: проблемы и перспективы <i>Surmach M.Yu., Ziankov A.L.</i> Informatization of Healthcare Services of Grodno Region: Problems and Prospects	41
<i>Щавелева М.В., Глинская Т.Н., Вальчук Э.А.</i> Опыт использования SWOT-анализа в подготовке управленческих кадров для здравоохранения <i>Schaveleva M.V., Glinskaya T.N., Valchuk E.A.</i> SWOT-Analysis Use Experience in Managerial Trainings for Healthcare	51
<i>Семёнов А.В., Граньков В.И., Сачек М.М., Акулов В.В.</i> Определение потребности во фтизиатрических койках на примере Могилёвской области <i>Semenov A.V., Granikov V.I., Sachek M.M., Akulov V.V.</i> Determination of TB Beds Need in the Context of Mogilev Region	59
<i>Козлов И.Д., Гракович А.А., Щербина О.Ф., Апанасевич В.В.</i> Оценка вклада алкоголизации населения, отраженной в показателях медицинской статистики, в уровень показателей смертности <i>Kozlov I.D., Grakovich A.A., Shcharbina O.F., Apanasevitch V.V.</i> Evaluation of the Alcoholization Contribution of the Population, reflected in the Indicators of Medical Statistics, to the Level of Indicators of Mortality	70
<i>Саксонов С.Г., Грузева Т.С.</i> Обоснование социал-гигиенического инструментария для изучения подготовки, условий труда и объемов деятельности специалистов офтальмологического профиля <i>Saksonov S.G., Gruzieva T.S.</i> Substantiation of Social-hygienic Tooling for Study Trainings, Working Conditions and Activity Scope of Ophthalmological Profile Specialists	76

Юбилеи
Jubilees

Елена Георгиевна Эльяшевич (к 80-летию со дня рождения)
Elena Georgievna Elyashevich (to the 80th birthday anniversary) 82

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 – октябрь 2017 г.)
Normative-Legal Regulation on Rendering Medical Care and Ensuring Sanitary-Epidemiologic Well-being of the Population (June 2017 – October 2017) 84

Проблемные статьи и обзоры

УДК 61:[001.32+001.894](476)

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ АКТИВНОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ УЧЕНЫХ-МЕДИКОВ БЕЛАРУСИ ЗА ПЕРИОД 2010–2016 гг.

¹М.М.Сачек, ²В.А.Филонюк, ¹И.В.Малахова, ¹Т.В.Дудина,
¹А.И.Ёлкина, ¹М.Г.Василевская

¹Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

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

Дана характеристика результативности научных организаций системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за период с 2010 по 2016 г. Изучен уровень научно-исследовательской активности и международного сотрудничества ученых республики. Представлены важнейшие достижения ученых-медиков последних лет. Анализ актуализированных баз данных собственной генерации «Оценка результативности медицинской науки за 2016 г.» и «Основные важнейшие результаты научно-исследовательских организаций Министерства здравоохранения Республики Беларусь за 2011–2016 гг.» позволил охарактеризовать основные проблемы отраслевой медицинской науки на современном этапе и определить первоочередные задачи.

Ключевые слова: Республика Беларусь; Министерство здравоохранения; научно-исследовательские организации (НИО); НИО системы Минздрава; результативность НИО системы Минздрава; ученые-медики; исследовательская активность; публикационная активность; изобретательская активность; международное сотрудничество; надлежащая научная практика; международные стандарты.

Роль медицинской науки в формировании эффективной системы охраны и улучшения здоровья населения не вызывает сомнений, поскольку именно научные исследования в области здравоохранения выступают в роли системообразующего фактора, оказывающего влияние на различные аспекты жизни общества [1, 2]. Кроме того, улучшение качества оказания медицинской помощи в Республике Беларусь на современном этапе во многом осуществляется за счет высокотехнологичных медицинских услуг путем разработки и трансферта новых медицинских технологий и своевременного принятия управленческих решений, обеспечивающих поддержку и развитие отраслевой науки.

Указом Президента Республики Беларусь от 22 апреля 2015 г. №166 медицина, фармацевтика, ме-

дицинская техника утверждены как приоритетные направления научно-технической деятельности в Республике Беларусь на 2016–2020 годы. Соответственно, постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 25 февраля 2016 г. №153 утверждены перечни государственных и региональных научно-технических программ на 2016–2020 годы в области медицины и фармации, определены объемы государственного финансирования научных исследований в рамках государственных и отраслевых научно-технических программ.

Ориентированность реформ, проводимых сегодня в национальной медицинской науке и направленных на повышение качества и результативности научных исследований, диктует необходимость внедрения эффективного менеджмента на уровне конкретных научных проектов, что обеспечивает

не только постоянный контроль ситуации, но и своевременное реагирование на возникающие изменения при выполнении научных проектов. Такой подход, осуществляемый с целью стимулирования и повышения конкурентоспособности научных исследований, является основой надлежащей практики управления научными проектами в области здравоохранения, успешно используемой во многих странах (Финляндия, США, Южная Корея и др.). Имеется в виду модель управления научно-исследовательскими и опытно-конструкторскими (технологическими) разработками (НИОК(Т)Р), заключающаяся в переходе от финансирования научных организаций к научно-исследовательским проектам [2, 3]. Все это требует постоянной аналитической оценки соизмерения результатов и объемов затраченных финансовых, материальных, кадровых и иных ресурсов, определения научной и научно-практической значимости (лечебной, экономической, социальной) результатов научных исследований.

С этой целью и в соответствии с инструкцией «Об оценке результатов научной деятельности государственных медицинских (фармацевтических) научных организаций», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.12.2014 г. №1263 нами проведены оценка и анализ результативности всех научных организаций системы Минздрава за последние 5 лет. Информация, полученная из отчетных материалов научных организаций, позволяет выделить основные организационные проблемы и определить на-

правления по улучшению состояния и результативности медицинской науки республики.

Уровень исследовательской активности научных организаций системы Минздрава Беларуси за период 2010–2016 гг. Основной формой научной активности организаций науки выступают научные проекты, выполняемые в рамках государственных научно-технических программ (ГНТП) при бюджетном (программно-целевом и грантовом) финансировании, научные проекты, выполняемые за счет внебюджетного финансирования (средства отечественных и зарубежных фондов-грантодателей), а также инициативные исследования, проводимые за счет собственных средств организаций. На рис. 1 представлена принятая в научном мире классификация научных проектов по видам и структуре НИОК(Т)Р.

Согласно информации Государственного комитета по науке и технологиям, в Республике Беларусь в 2011–2015 гг. выполнялись 24 ГНТП, 18 ОНТП, 6 РНТП, а также разделы научного обеспечения 22 ГП. При этом основная доля средств, затрачиваемых на научные исследования, уходила на экспериментальные разработки (55,1% всех затрат). На прикладные научные исследования затрачивалось 29,6%, а на фундаментальную науку – всего 15,3% общего финансирования [4].

По данным на январь 2017 г., в системе здравоохранения республики реализацией научных проектов (суммарно 644 темы НИОК(Т)Р, из них в рамках ГНТП выполнялись 186 тем НИОК(Т)Р, ОНТП– 76) занимались 23 организации, из кото-

Научные проекты	→	По цели: Фундаментальные научные исследования, прикладные научные исследования, научно-исследовательские опытно-конструкторские разработки, трансляционные исследования
	→	По уровню вовлечения биологических объектов исследования: медико-биологические эксперименты, доклинические исследования, клинические исследования (с участием добровольцев или пациентов)
	→	По источнику финансирования: бюджетные, внебюджетные, самофинансирующиеся (инициативные), софинансирующиеся
	→	По срокам исполнения: краткосрочные, среднесрочные, долгосрочные
	→	По уровню решаемых задач: стратегические исследования, открытые исследования
	→	По характеру целевой задачи: инновационные, маркетинговые, аналитические образовательные и др.
	→	По уровню организации: международные, государственные, отраслевые, региональные, на уровне организации
	→	По количеству участников: коллективные, индивидуальные
	→	По форме организации: научно-техническая программа, диссертационная работа, дипломная работа, курсовая работа
	→	По эффекту от внедрения результатов: теоретические, практические, образовательные

Рис. 1. Классификация научных проектов

рых 5 – учреждения образования, 17 – медицинские научно-практические центры.

Уровень проектной и научно-исследовательской активности оценивался по количеству и структуре научных проектов, реализуемых в рамках программно-целевого, грантового, внебюджетного финансирования или осуществляемых в инициативном порядке. Также оценивалось число научных работников всех организаций медицинской науки, вовлеченных в реализацию научных проектов за период с 2011 по 2016 год.

В целом, результаты изучения деятельности организаций медицинской науки за последние годы указывают на достаточно высокий уровень научно-проектной активности ученых, работающих в системе отечественного здравоохранения, и неуклонный рост числа специалистов различных специальностей, вовлекаемых в реализацию научных проектов.

На рис. 2 и 3 представлены динамика количества НИОК(Т)Р, выполняемых в научных организациях системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь (НИО МЗ РБ) в 2010–2016 гг., и их структура.

В последние годы в республике отмечается процесс оптимизации количества и структуры выполняемых научных исследований. В частности, с 2011 г. имеет место уменьшение общего числа тем НИОК(Т)Р, преимущественно, за счет их укрупнения (рис. 2). К примеру, число НИОК(Т)Р в исследуемый период заметно менялось,

но к 2016 г. практически достигло уровня 2010 г. При этом большинство научных исследований выполнялись в рамках государственных и отраслевых научно-технических программ.

Важно отметить, что, несмотря на снижение количества финансируемых государством тем НИОК(Т)Р и научно-технических программ, все научные организации республики имеют шансы участвовать в научных исследованиях, подключаясь в качестве соисполнителя к головным организациям. Данная практика в республике активно внедряется: все вновь финансируемые проекты получают возможность привлечения головной организацией в качестве соисполнителей других организаций медицинской науки. Так, количество организаций системы Минздрава, участвующих в научных программах в качестве соисполнителей в 2015 г. составляло 29, а в 2016 г. – 31.

С внедрением бюджетного грантового финансирования отмечено снижение количества реализуемых внебюджетных научных программ (например, с 194 в 2015 до 98 в 2016 г.) (рис.3). Повидимому, получив от государства возможность участия в конкурсах на грантовое финансирование за счет бюджетных средств, исследовательские коллективы начинают максимально использовать именно этот источник финансирования. При этом возрастает количество реализуемых инициативных проектов, особенно на кафедрах медицинских университетов и БелМАПО. Здесь важно отметить рост количества научно-технических

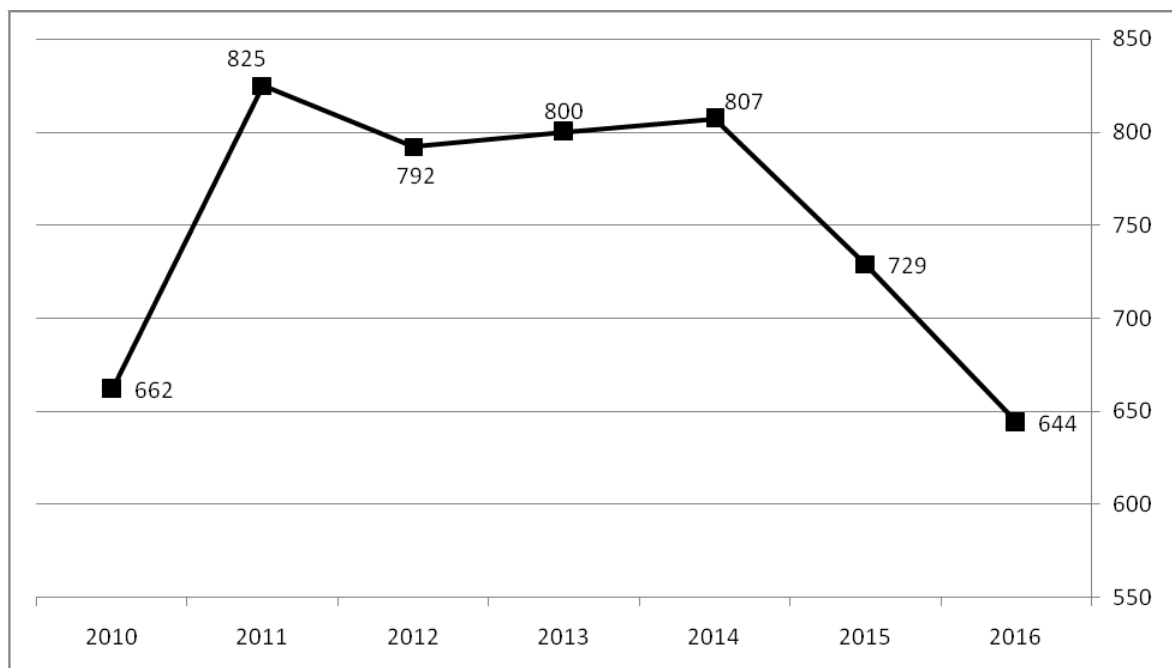


Рис. 2. Динамика количества НИОК(Т)Р, выполняемых в НИО Минздрава Республики Беларусь в 2010–2016 гг.

работ, выполняемых в рамках договоров с внебюджетным финансированием (например, в 2010 г. – 117 тем НИОК(Т)Р, а в 2016 г. – уже 195).

Соответственно, с ростом удельного веса инициативных и грантовых исследований в структуре научных исследований, выполняемых в организациях медицинской науки республики за последние годы, по некоторым организациям отмечается рост количества научных работников, привлекаемых к реализации отдельных проектов, в том числе и международного уровня.

Представление результатов научных исследований за рубежом и международное сотрудничество. Международное научное, научно-техническое и научно-образовательное сотрудничество в сфере здравоохранения осуществляется в самых разнообразных формах. Несомненно, что представление результатов НИОКР(Т)Р на международной арене, как и представительство белорусских ученых-медиков в реализации международных научных проектов, растет и постепенно расширяется по всем направлениям.

В отчетных материалах практически всех научных и научно-практических организаций системы Минздрава имеются следующие позиции:

установление и развитие эффективных партнерских связей с ведущими медицинскими и научными заведениями мира;

подготовка совместных программ сотрудничества в области науки и практического здравоохранения;

участие в международных программах и проектах, научных конференциях, семинарах в области медицины и здравоохранения;

проведение на базе собственных организаций научно-практических конференций, семинаров с международным участием;

направление за рубеж сотрудников организаций для прохождения обучения, стажировки, обмена опытом;

приглашение зарубежных специалистов для чтения лекций, проведения консультаций, осуществления совместных научных исследований и др.

С реализацией этих мероприятий постепенно растет и представительство результатов исследований на международном уровне (научные публикации, доклады на международных форумах, изобретательская деятельность, экспонирование результатов на международных выставках и др.). Для наглядности эта информация представлена на рис. 4–8.

В частности, на рис. 4 продемонстрирована динамика роста количества научных публикаций белорусских ученых-медиков в зарубежных журналах в исследуемый период, на рис. 7 – аналогичные тенденции в отношении докладов на международных конференциях, на рис. 8 – касательно экспонирования результатов научных исследований, выполняемых в научно-исследовательских организациях Минздрава, на международных выставках.

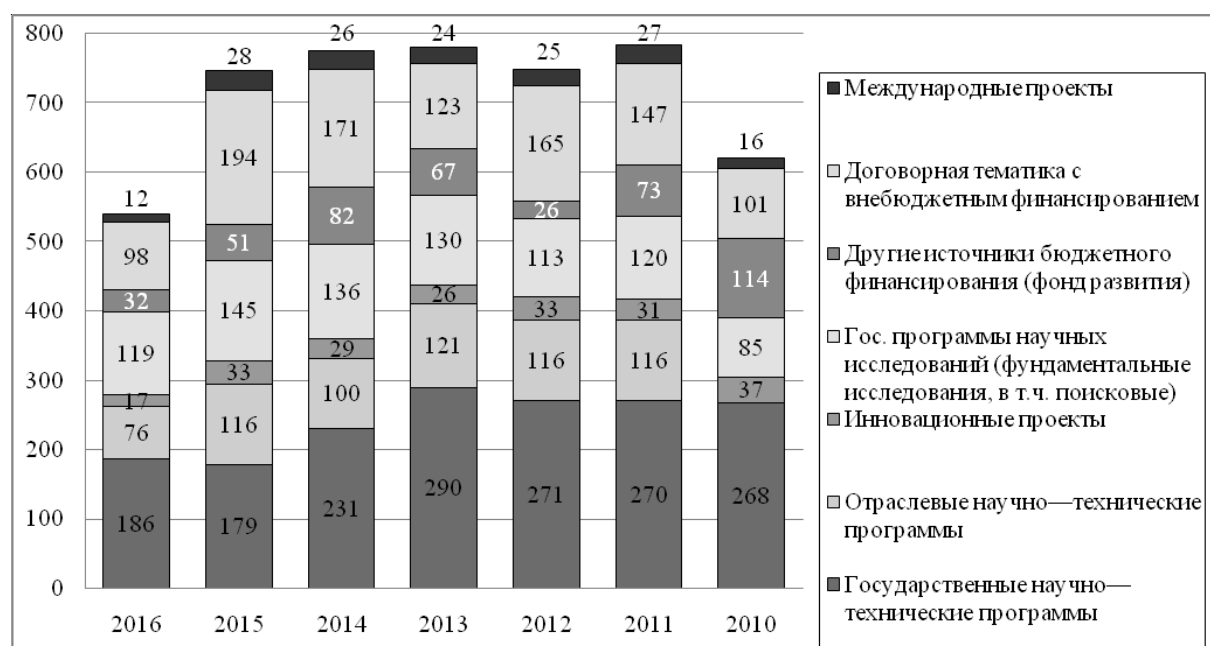


Рис. 3. Структура НИОК(Т)Р, выполняемых в НИО Минздрава Республики Беларусь в 2010–2016 гг.

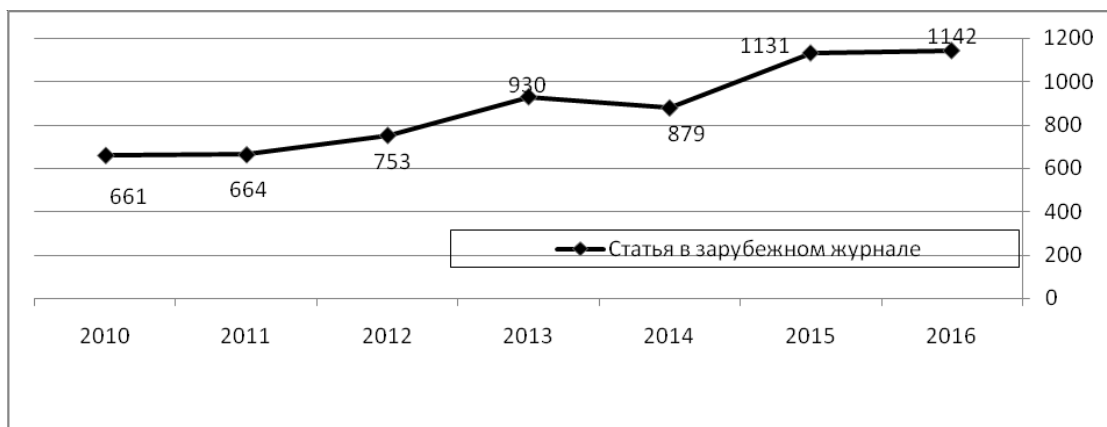


Рис. 4 . Количество научных публикаций белорусских ученых-медиков в зарубежных журналах (2010–2016 гг.)

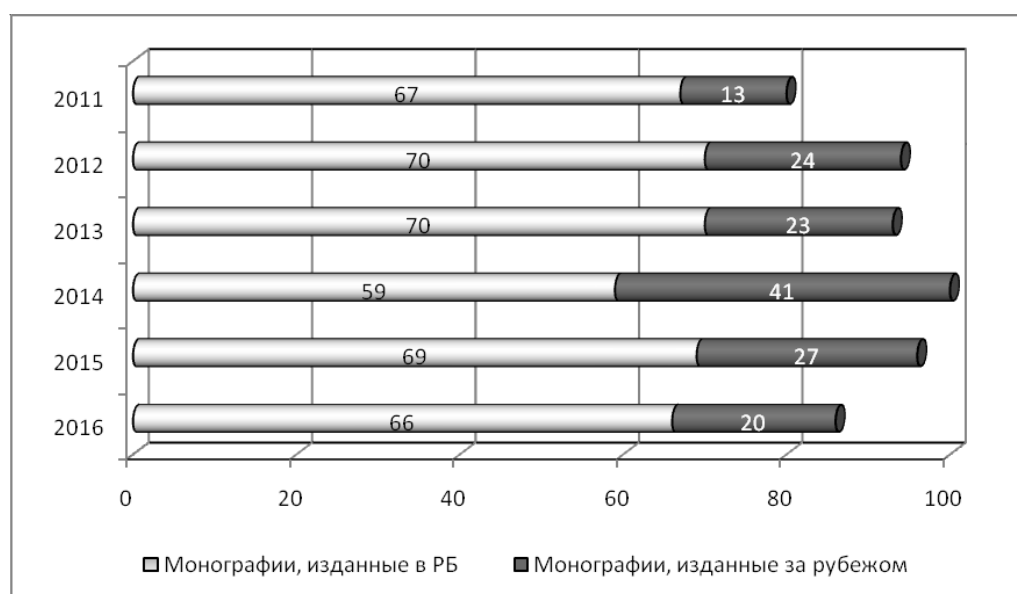


Рис. 5. Количество монографий, изданных белорусскими учеными-медиками в 2011–2016 гг. в республике и за рубежом

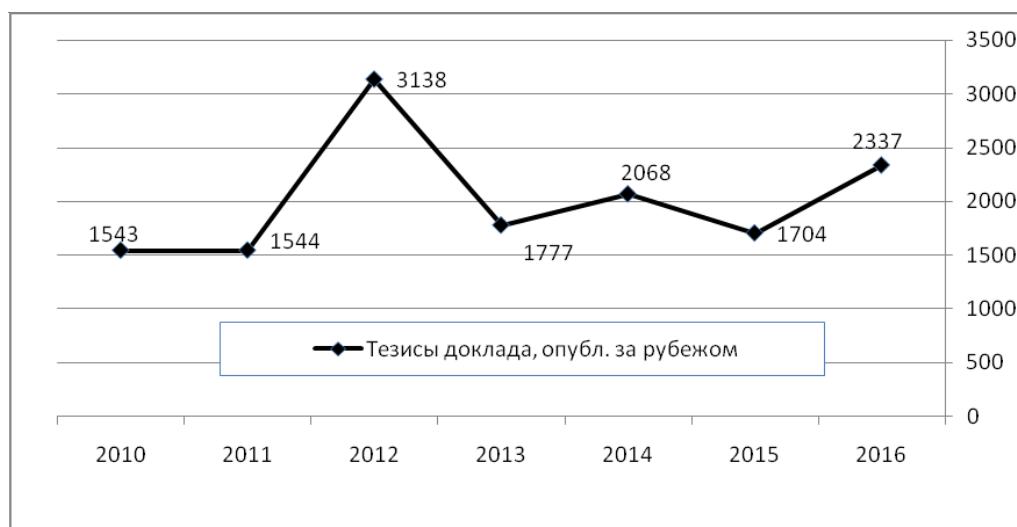


Рис. 6. Публикация тезисов докладов белорусских ученых-медиков за рубежом (2010–2016 гг.)

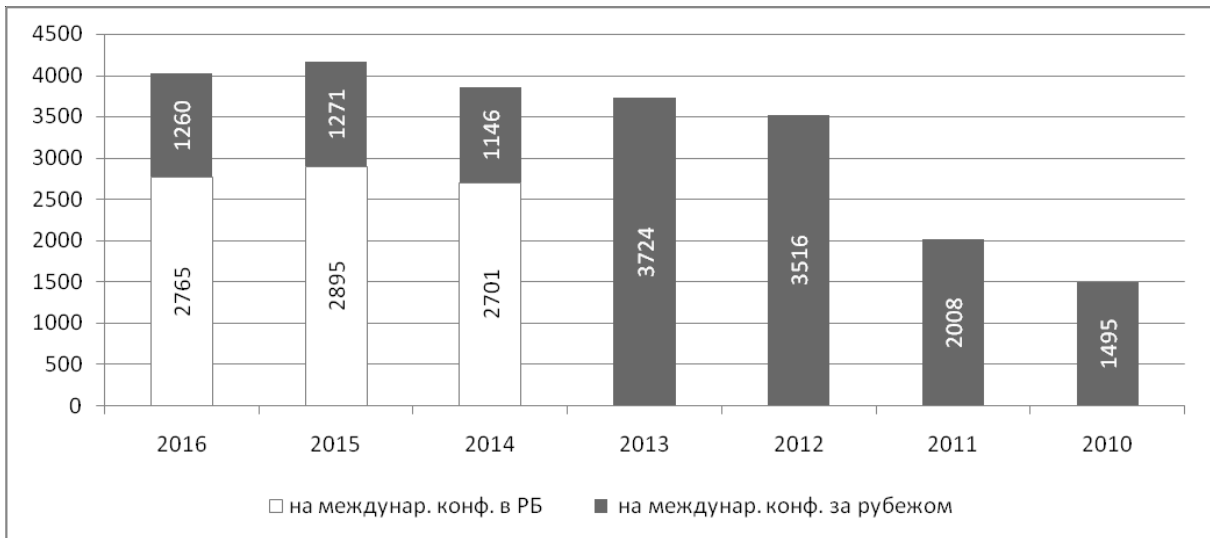


Рис. 7. Доклады, сделанные учеными-медиками республики на международных конференциях (2010–2016 гг.)

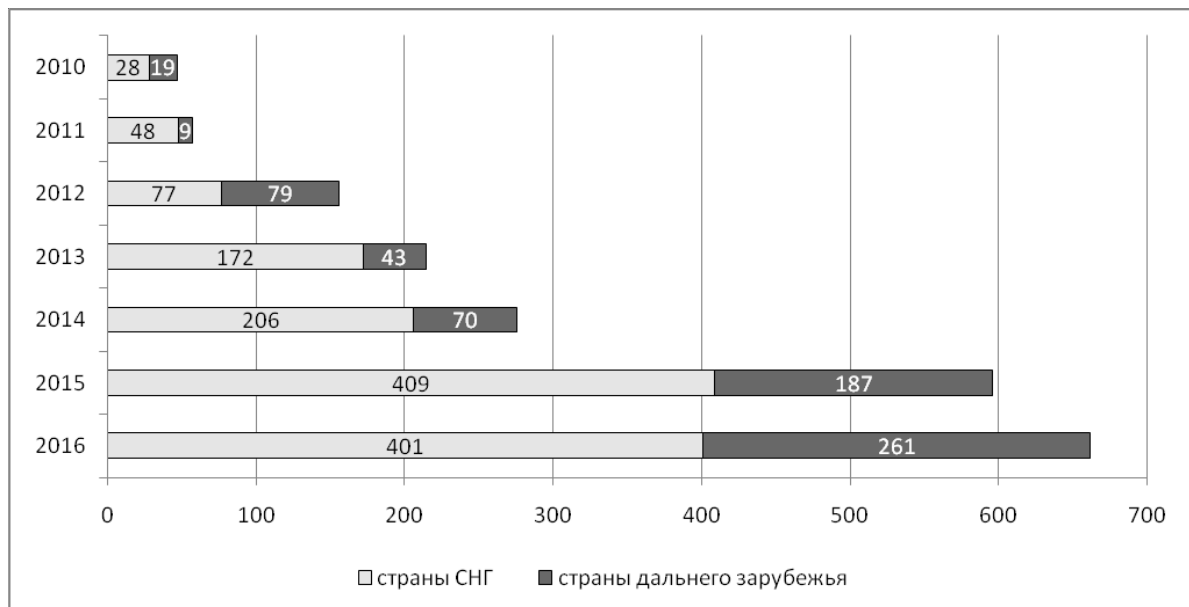


Рис. 8. Экспонирование результатов научных исследований, выполняемых в НИО Минздрава Республики Беларусь, на международных выставках (2010–2016 гг.)

Считается, что публикационная активность ученого является одним из основных и наиболее важных критериев его результативности. В связи с этим, нами проанализирована публикационная активность белорусских медиков за последние годы. Так, в 2016 г. суммарно учеными-медиками республики подготовлено и опубликовано 86 монографий, из которых 20 – за рубежом (для сравнения, в 2015 г. – 92 монографии, 27 – за рубежом); 985 учебников, справочников, учебных пособий и сборников научных работ (в 2015 г. – 880), 8405 научных статей в журналах (в 2015 г. – 7996 статей), в том числе 1142 – в зарубежных изданиях, вклю-

чая страны СНГ (в 2015 г. – 1131 статья). При этом, как и в предыдущие годы, большая часть публикаций приходилась на сотрудников научных организаций из числа государственных учреждений, обеспечивающих получение высшего медицинского, фармацевтического образования и дополнительного образования взрослых. Это касается как монографий, учебников, научных статей в отечественных и зарубежных журналах, так и публикаций в сборниках научных статей и тезисов докладов.

Из этого огромного числа статей в 2016 г. значительное количество (7263 статьи) были опубликованы в журналах Республики Беларусь (в

2015 г. – 6865), в том числе 2296 статей – в изданиях, рекомендуемых ВАК для опубликования результатов диссертационных исследований. Постепенно растет, и в 2016 г. заметно увеличилось количество электронных публикаций – суммарно 4021 (в 2015 г. – 3255).

В то же время, необходимо задаться вопросом качества публикаций в отечественных изданиях, что обусловлено, прежде всего, относительно высокой доступностью изданий и, в некоторых случаях, сомнительным качеством рецензирования материалов. Однако, наш взгляд на этот вопрос – тема отдельной публикации.

Таким образом, в целом отмечается рост публикаций, в том числе и в зарубежных изданиях, правда, в значительной степени – в журналах стран СНГ и, преимущественно, Российской Федерации. Следует отметить, при этом, что из общего числа научных статей только 8,9% опубликованы в международных рейтинговых журналах (754), а из числа всех статей, опубликованных за рубежом, в рейтинговых журналах опубликовано 66% (по БД Scopus и Web of Science, Medline). К сожалению, полной информацией об индексе цитирования белорусских ученых-медиков мы не располагаем.

Так, например, в отчетных материалах БелМАПО за 2016 г. приведены данные о цитировании работ сотрудников за 1965–2016 гг.: по БД Scopus – 1216, Web of Science – 565. Общее количество публикаций ученых БГМУ, проиндексированных наукометрической базой данных Scopus и Web of Science в 2016 г. – 16. Российский индекс научного цитирования публикаций сотрудников БГМУ в 2016 г. составлял 707. Конечно, это невысокие показатели. В то же время, следует отметить, что в БГМУ проводится активная работа с профессорско-преподавательским составом по регистрации авторов научных публикаций в системе Science Index для получения актуальной информации о цитировании и публикационной активности ученых университета. На данной платформе на 01.11.2016 были зарегистрированы 722 автора. Аналогичной информации от других организаций не поступало.

Важно подчеркнуть довольно высокий уровень изобретательской активности белорусских ученых по всем направлениям научной деятельности. В частности, по данным Всемирной организации интеллектуальной собственности (ВОИС) [4], в 2012 г. Беларусь в рейтинге патентной активности занимала 40-е место в мире по количеству патентных заявок по всем специальностям (среди 105 стран), а в 2016 г. – 52-е место по

уровню активности в сфере интеллектуальной собственности.

Что касается изобретений в сфере медицинской науки республики, то ежегодное количество получаемых патентов на способы диагностики, лечения, профилактики, реабилитации и полезную модель сохраняется на уровне 200–240. Например, в 2016 г. получен 221 патент на изобретение, полезную модель, преимущественно, это национальные патенты. В то же время, вопрос патентования способов оказания медицинской помощи с этической точки зрения довольно спорен, а с точки зрения правовых норм, содержащихся в части первой статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г., – вообще сомнителен. По нашему мнению, рассмотрение данного вопроса также требует отдельной публикации.

Уровень ежегодно получаемых свидетельств на рационализаторское предложение колеблется в пределах от 390 до 550.

Важно отметить расширяющуюся географию международного сотрудничества ученых-медиков республики, осуществляемого, как правило, в рамках различных международных соглашений о взаимодействии между учреждениями системы здравоохранения. Это, несомненно, проявляется постоянным ростом числа публикаций, включающих результаты совместных исследований, участием белорусских ученых в международных форумах, активным экспонированием научной продукции на международных выставках, а также расширением сотрудничества в области медицинского образования и повышения квалификации.

В то же время, например, в 2016 г. только 21,7% (всего 5 НИО) организаций медицинской науки и образования участвовали в крупных международных научно-исследовательских программах (12 международных программ), что составляет лишь 1,86% общего числа выполняемых в этом году НИОК(Т)Р.

Многие программы научных исследований осуществлялись (и продолжают выполняться) при участии и поддержке различных зарубежных и международных организаций, в том числе Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией, 7-й Рамочной программы научных исследований и технологического развития Европейского Союза на 2007–2013 гг. и т.д. Здесь важно подчеркнуть, что Министерством здравоохранения совместно с Всемирным банком, а также агентствами ООН (ПРООН, ЮНИСЕФ, ВОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНФПА и др.) проводится активная работа по укреплению национальной системы здра-

вохранения, как в рамках отраслевых научных программ, так и развивающегося международно-го сотрудничества.

Приведенная выше информация позволяет оценить внешнюю (наукометрическую) сторону научной и научно-практической результативности ученых. Качественная же характеристика научных достижений подробно дается в базе данных собственной генерации РНПЦ МТ «Основные важнейшие результаты научных исследований научно-исследовательских организаций Министерства здравоохранения Республики Беларусь за 2011–2016 гг.». Далее, для информации, представлены наиболее успешные и продуктивные направления белорусской медицинской науки и основные достижения ученых отрасли здравоохранения в 2016 г.

Среди множества успешных научно-практических разработок белорусских ученых-медиков, в том числе уже внедренных в практическое здравоохранение республики, в качестве примера мы выделили лишь некоторые, имеющие инновационный потенциал или на сегодняшний день уже активно используемые в практике здравоохранения республики.

Например, среди инновационных медицинских технологий, разработанных и внедренных в ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология» в рамках ГНТП «Новые технологии диагностики, лечения и профилактики», – технология трансплантации сердца у пациентов с терминальной (конечной) стадией сердечной недостаточности, в рамках ГНТП «Лечебные и диагностические технологии» – технологии интегрированных хирургических операций по реваскуляризации миокарда без искусственного кровообращения с использованием комплекта приспособлений, разработанных в Центре.

Среди последних достижений ученых Белорусского государственного медицинского университета можно выделить разработку биоаффинного сорбента «Антилипопротеид» и массообменного устройства для гемокарбоперфузии для повышения эффективности гемосорбции при различных заболеваниях, а также разработку композитного биотрансплантата костной ткани на основе гидроксиапатитного матрикса и аутологичных остеогенно дифференцируемых мезенхимальных стволовых клеток пациентов.

В задачи научных исследований ГУ «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий» входят разработка и внедрение новых технологий:

направленная экспансия мезенхимальных стволовых клеток из тканей человека и ранних

предшественников гемопоэза пуповинного, плацентарного, костномозгового происхождения для целей клеточной терапии;

получение фармацевтических субстанций на основе рекомбинантных белков человека, в том числе белков плазмы крови, для диагностики и лечения;

новые пути обеспечения вирусной безопасности в клинических и производственных условиях.

К примеру, разработана методология подбора доноров и проведения HLA-типирования для пополнения базы данных Республиканского реестра доноров костного мозга, разработана и внедрена технология прогнозирования адекватности дифференцированной и комбинированной терапии при лимфопролиферативных заболеваниях, разработаны высокочувствительные диагностические реагенты на основе тромбопластина «Диапластин», «Диапластин жидкий» с международным индексом чувствительности 1.1–1.2, предназначенные для мониторинга эффективности и безопасности терапии непрямими антикоагулянтами.

В ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии» осуществляются разработка и внедрение в клиническую практику организаций здравоохранения республики новых методов диагностики, лечения и профилактики. За период 1998–2015 гг. в Центре завершено 119 научно-исследовательских разработок. По результатам выполненных НИОК(Т)Р разработаны и утверждены Министерством здравоохранения более 80 инструкций по применению новых методов диагностики и лечения. На базе РНПЦ ДОГИ с 2012 г. работает обладающий статусом международного Центр по диагностике и лечению первичных иммунодефицитов им. Джеффри Моделла (сеть высокотехнологичных центров по диагностике и лечению первичных иммунодефицитов под эгидой Фонда им. Джеффри Моделла (Нью-Йорк, США), основанного в 1987 г. родителями мальчика, умершего в 15 лет от первичного иммунодефицита, активно развивается в мире и объединяет более 50 центров по диагностике и лечению первичных иммунодефицитов, в основном, в странах Европы и США). В последние годы с развитием клеточных технологий растет трансплантационная активность Центра с преимущественным выполнением аллогенных трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток при ряде онкогематологических заболеваний. Результатом является увеличение 5-летней выживаемости у пациентов после трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток при ост-

ром лимфобластном лейкозе до 87,7%, при остром миелобластном лейкозе до 70,0%.

Основные направления деятельности РУП «Научно-практический центр «ЛОТИОС»» – проведение научно-исследовательских работ по разработке наиболее валютноёмких и востребованных лекарственных средств, а также формирование направлений взаимодействия научно-практических организаций и центров Национальной Академии наук Беларуси, Министерства образования и других ведомств, специализирующихся в области разработки технологий создания оригинальных (инновационных) субстанций и, на их основе, – лекарственных средств.

Так, например, в сотрудничестве со специалистами НАН Беларуси, ООО «Фармтехнологии» разработано лекарственное средство «Флударабел» для лечения одного из видов рака крови. Проведены успешные клинические испытания Флударабела в качестве монокимioterапии у больных неходжкинской лимфомой низкой степени злокачественности. Препарат не имеет аналогов в странах СНГ и превосходит по фармацевтической чистоте лучший мировой аналог – немецкий препарат «Флудара» при цене в 1,5 раза дешевле.

На рис. 9 для наглядности проиллюстрированы результаты количественного анализа важнейших научных достижений с точки зрения их практической значимости и приоритетности для системы здравоохранения республики.

Как следует из представленных данных, в 2016 г. наиболее продуктивными видами научной и научно-практической деятельности НИО Минздрава Республики Беларусь были:

1. Совершенствование методов диагностики, в том числе, разработка тест-систем и наборов для

лабораторного анализа (23,13% общего количества).

2. Разработка научно обоснованных предложений, алгоритмов, методологии, информационной модели (16,24%).

3. Совершенствование методов лечения (16,09%).

4. Разработка медицинской технологии/метода (13,94%).

Наиболее значимыми в количественном отношении в 2016 г. были достижения по таким специальностям, как «Внутренние болезни» (98) и «Общественное здоровье и здравоохранение» (84), «Патологическая физиология» (75). Далее следуют «Эпидемиология» (49), «Хирургия» (48), «Клиническая лабораторная диагностика» (45). Заметны успехи в таких направлениях, как «Педиатрия» (38), «Гигиена» (37), «Гематология и переливание крови» (36), «Трансплантология и искусственные органы» и «Биотехнологии» (35) (рис. 10).

Обобщая, следует отметить, что за последние три года наиболее результативными были исследования в области клинической лабораторной диагностики, общественного здоровья и здравоохранения, педиатрии и онкологии.

Таким образом, представленный выше подробный анализ результативности отраслевой науки в целом свидетельствует о высоком уровне исследовательской активности белорусских ученых-медиков, стабильной высокой результативности практически всех научных организаций, а также очевидной динамике роста и расширения за последние годы многих направлений международного взаимодействия. Тем не менее, существует ряд объективных причин, тормозящих развитие ме-

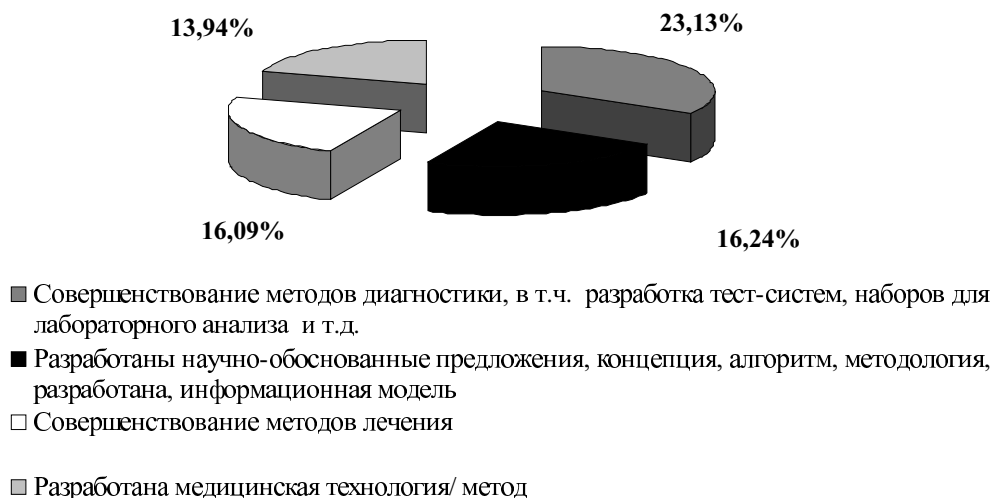


Рис. 9. Основные виды научных достижений ученых-медиков за 2016 г. (в процентах от общего количества)

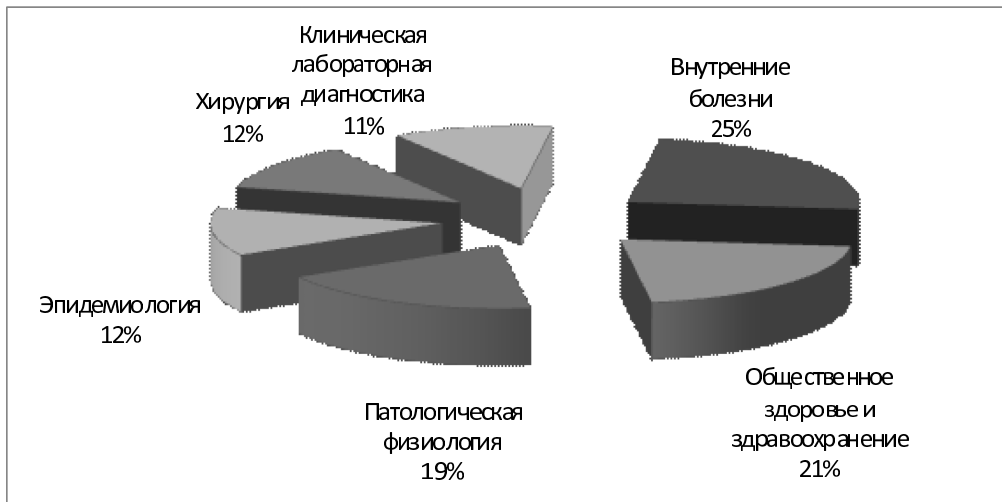


Рис. 10 . Наиболее результативные направления научной работы в НИО Минздрава Республики Беларусь в 2016 г. (в процентах от общего количества)

дицинской науки республики и ее интеграцию в международное научное сообщество. В связи с этим, среди задач развития национальной медицинской науки, требующих первоочередного решения, можно выделить следующие:

1. В стране по-прежнему остается невысоким уровень финансирования науки. Понятно, что недостаточный уровень финансирования науки – ключевая основа большинства проблем научно-технического и, в целом, социально-экономического развития государства. По данным ЮНЕСКО, мировая экономика выделяет на науку в среднем 1,7% ВВП, что обеспечивает возможности ее развития. В отличие от указанной цифры, доля финансирования, направляемого из бюджета на развитие белорусской науки, составляет всего 0,52% ВВП [4].

2. Несмотря на постоянное обновление материально-технической базы научных организаций, в ряде учреждений специалисты отмечают ее недостаточность. Из-за низких расходов на науку фондовооруженность научно-технических организаций за 2010–2016 гг. в целом (за исключением некоторых отдельных научных организаций) увеличилась незначительно.

3. При отборе научных, научно-технических проектов и программ государственная комплексная научно-техническая экспертиза проводится исключительно отечественными экспертами. Не практикуется международная экспертиза отдельных проектов.

4. Недооценивается важность проблем старения и ухода высококвалифицированных работников, а также невысокого (недостаточного) притока молодежи в медицинскую науку. Тенденция постарения кадров науки по-прежнему сохраня-

ется. В возрастном аспекте в медицинской науке по-прежнему преобладают сотрудники предпенсионного и пенсионного возраста. Так, в 2016 г. среди докторов наук (всего 376 человек) – это 85,64%, а среди кандидатов наук (1676 человек) – 77,4%. Численность молодых специалистов со степенью кандидата наук в возрасте до 30 лет в 2016 г. составляла лишь 22 человека (1,31% общего количества кандидатов наук), при этом, 20 из них трудились в учреждениях образования.

Представленные цифры наглядно свидетельствуют о необходимости государственной поддержки научных школ и молодых специалистов на ближайшие годы, так как значительное количество ученых постепенно уходят на пенсию, и вопрос о воспроизводстве кадров высшей научной квалификации становится все острее. При такой тенденции нарушения баланса кадрового воспроизводства процесс может стать необратимым. В этом же контексте особенно важна поддержка научного авторитета руководителей – это является залогом успешного международного сотрудничества научных коллективов и школ.

5. По-прежнему сохраняется сравнительно невысокая результативность белорусских медиков в плане изобретательства. В стране общее количество патентных заявок по всем специальностям на 100 тысяч населения составляет 0,6 (данные 2015 г.). Для сравнения, в России – 19,6; Германии – 58,3, Великобритании – 28,9; США – 74,2; Корею – 259,1; Японии – 272,0 [4].

Что касается медицинской науки, то в 2016 г. получено 249 (в основном, национальных) патентов на изобретение, полезную модель (в 2015 г. – 193), не было продано ни одной лицензии на изобретение (в 2015 г. – 2 лицензии). Важным показате-

телем востребованности изобретений служит количество действующих (поддерживаемых) патентов в других странах. В 2016 г. поддерживалось 394 патента на изобретение, из которых только 26 – за рубежом.

6. В необходимой мере не реализуется воспроизводство кадрового научного потенциала отрасли. После обучения и стажировок за рубежом начинающим научным работникам не всегда в полной мере предоставляется возможность применить и развивать свои исследовательские навыки и получать научные результаты международного уровня ввиду отсутствия соответствующей научной среды.

7. Недостаточно активны национальные профессиональные общества научных работников – медицинские, медико-биологические (физиологическое, биохимическое и др.) общества, не определен их реальный правовой статус.

8. Низок социальный статус научного работника. Статус ученого является одним из важнейших факторов привлечения в науку молодежи и уменьшения внутренней и внешней утечки специалистов из научно-технической сферы. Необходимо совершенствование системы подготовки научных кадров и их стимулирование к исследовательской деятельности. Соответственно, необходимы разработка и проведение мероприятий по имиджевой политике ученого в области медицинской науки.

9. Недостаточное применение в научной инфраструктуре страны международных стандартов GLP (Good Laboratory Practice – Надлежащая лабораторная практика), GMP (Good Manufacturing Practice – Надлежащая производственная практика), GSP (Good Scientific Practice – Надлежащая научная практика) сдерживает экспорт и конкурентоспособность отечественной научной и научно-практической продукции на внешнем рынке. Сегодня необходим переход всех национальных научных лабораторий на международные стандарты надлежащей научной практики (Good Scientific Practice).

В этом контексте важно подчеркнуть, что принципы надлежащей научной практики отражают международное понимание всех аспектов проведения научных исследований, подготовки кадров, этических вопросов, которые были разработаны группой международных экспертов Международного агентства по изучению рака (для IARC-исследований) и представлены в виде сборника докладов и мнений экспертов еще в 2009 г. [6, 7]. Многие из этих правил и требований в различной степени отражены в национальной нормативно-правовой базе, регламентирую-

щей научную деятельность в области медицины и здравоохранения. Следует отметить, что в стране постоянно проводится планомерная работа по гармонизации принципов и правил установившихся практик, используемых международным научным сообществом.

Тем не менее, для Республики Беларусь своевременна задача систематизации всех норм и правил надлежащей научной практики в сфере медицины и здравоохранения, возможно, в виде свода принципов и правил, гармонизированных с лучшими утвердившимися международными практиками. Такая работа сегодня проводится в РНПЦ МТ и направлена на обеспечение:

достоверности научных данных (надежность, повторяемость, проверяемость, признание научным сообществом), в том числе, при экспертизе эффективности новых медицинских технологий, разрабатываемых в рамках тем НИОК(Т)Р;

норм защиты прав авторов новых медицинских технологий при их использовании;

качественного планирования исследований как ключевого элемента всех надлежащих практик;

качества написания заявок;

продвижения и публикации данных;

управления научными проектами;

оценки результативности медицинской науки, ее мониторинга, отчетности и хранения данных;

этических вопросов и др.

Таким образом, на современном этапе важнейшей задачей повышения результативности и эффективности научных исследований в медицине и здравоохранении Республики Беларусь, признания результатов НИОК(Т)Р международным научным сообществом является улучшение качества научных исследований и опытно-конструкторских разработок. В свою очередь, это требует совершенствования подготовки научных проектов и представления научных результатов, их экспертизы на всех этапах, включая создание института независимых экспертов, возможно с привлечением в ряде случаев лучших зарубежных экспертов, развитие системы мониторинга результативности и оценки медицинской науки с применением показателей прямых результатов, ориентированных на конечный результат.

Как следует из литературных данных и опыта оценки результативности медицинской науки Беларуси, к важнейшим показателям прямых результатов, то есть эффективной работы научных организаций системы здравоохранения, можно отнести:

качество научно-исследовательских организаций системы Минздрава (рейтинг НИО);

количество публикаций ученых-медиков в ведущих рейтинговых научных журналах мира;

количество полученных национальных и зарубежных патентов на изобретение;

выполнение научно-технических проектов и программ;

количество цитирования публикаций белорусских ученых-медиков за рубежом;

количество реализованных проектов в рамках созданных научно-образовательных консорциумов, между научными организациями, вузами, производственными предприятиями;

доля НИОК(Т)Р, выполняемых в рамках международного сотрудничества;

доля научных организаций, оснащенных современным оборудованием;

количество новых медицинских технологий, разработанных в рамках разделов научного обеспечения ГП, ГНТП, ОНТП, отдельных инновационных проектов и др.;

оснащение научных организаций современным научным оборудованием;

доступ исследователей к использованию оборудования национальных лабораторий коллективного пользования и инженерных лабораторий;

количество новых медицинских технологий, внедренных в организациях практического здравоохранения республики и за рубежом.

При этом, ключевым вопросом успешного развития инновационно-ориентированной медицинской науки должна стать поддержка научных кадров. Многие из перечисленных современных проблем белорусской медицинской науки связаны с необходимостью приведения нормативно-правовой базы, регламентирующей научную деятельность, в соответствие с международными принципами, требованиями и показателями результативности науки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Роль и обязанности ВОЗ в сфере научных исследований в области здравоохранения. Проект стратегии научных исследований в целях здравоохранения ВОЗ // Доклад секретариата, 62-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 25 марта 2010 г. – 7 с.
2. Койков, В.В. Надлежащая практика управления научными проектами в области здравоохранения / В.В.Койков, Г.А.Корабаева, Ж.А.Ергалиева // ДЕНСАУЛЫК САКТАУДЫ ДАМЫТУ ЖУРНАЛЫ. – 2012. – Т.64, №3. – С.119–128.
3. Effective project planning and evaluation in biomedical research // Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR) sponsored by UNICEF/UNDP/World Bank/WHO. – 2007. – 194 p.
4. Материалы Информационно-аналитического центра при Администрации Президента Республики

Беларусь на основе информации Национальной академии наук Беларуси, Министерства образования Республики Беларусь, Государственного комитета по науке и технологиям Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://sch6.slutsk.edu.by/main.aspx?guid=13441>. – Дата доступа: 20.07.2017.

5. Bell, Judith. Doing Your Research Project: A Guide for First-Time Researchers in Education, Health and Social Science (Open Up Study Skills), Fifth Edition / Judith Bell. – McGraw Hill, Open University Press, 2010. – 278 p.
6. IARC Code of Good Scientific Practice / World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. – 2008. – 17 p.
7. Committee on Publication Ethics (COPE). Guidelines on Good Publication Practice // BJU International. – 2000. – V.85, Issue 1. – P.2–7.

EXPLORATORY ACTIVITY AND RESULTING QUALITY OF BELARUSIAN MEDICAL RESEARCHERS FOR THE PERIOD 2010–2016

¹M.M.Sachek, ²V.A.Filonyuk,
¹I.V.Malakhova, ¹T.V.Dudina, ¹A.I.Yolkina,
¹M.G.Vasilevskaya

¹ Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), P.Brovki Str. 7a, 220013, Minsk, Republic of Belarus

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

The research paper presents performance of resulting quality of Ministry of Health of the Republic of Belarus research organizations for the period 2010–2016. The level of scientific research activity and international cooperation of republican scientists has been analyzed. The most important achievements of medical scientists of recent years have been presented. The analysis of RSPC MT own generation actualized databases “Assessment of resulting quality of medical science in 2016” and “Major results of research organizations of the Ministry of Health of the Republic of Belarus for the period 2011–2016” made it possible to characterize the main problems of sectoral medical science in the present stage and determine priority tasks.

Keywords: Republic of Belarus; Ministry of Health; research organization (RO); Ministry of Health system RO; Ministry of Health RO resulting quality; medical researchers; research activity; publication activity; inventive activity; international cooperation; good scientific practice; international standards.

Сведения об авторах:

Сачек Марина Михайловна, д-р мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», директор; тел.: (+37529) 6703237; e-mail: msachek@belcmt.by.

Филонюк Василий Алексеевич, канд. мед. наук, доцент; Министерство здравоохранения Республики Беларусь, начальник отдела науки; тел.: (+37529) 3933494; e-mail: nauka_fil@belcmt.by.

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, инфор-

матизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией оценки деятельности медицинской науки и здравоохранения; тел.: (+37529) 7057985; e-mail: tdudina@belcmt.by.

Ёлкина Алла Ивановна, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория оценки деятельности медицинской науки и здравоохранения, старший научный сотрудник; тел.: (+37533) 3378032; e-mail: allaiyolkina@mail.ru.

Василевская Марина Геннадьевна, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория оценки деятельности медицинской науки и здравоохранения, научный сотрудник; тел.: (+37529) 7779291; e-mail: an1ram@tut.by.

Поступила 21.07.2017 г.

УДК 616-051:371.134]:616-052-027.45(476)(477)

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ВОПРОСАМ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В УКРАИНЕ И БЕЛАРУСИ

¹ А.Н.Науменко, ² Ю.Н.Скалецкий, ³ А.А.Кралько, ⁴ М.М.Рыган

¹ Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
бульвар Т.Шевченко, 13, 01601, г. Киев, Украина

² Институт общественного здоровья им. А.Н.Марзеева НАМН Украины,
ул. Попудренко, 50, 01094, г. Киев, Украина

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

⁴ Медицинский центр «Институт спортивной медицины»,
ул. Физкультурная, 1, к. 7, 03150, г. Киев, Украина

В статье проанализирован зарубежный и отечественный опыт формирования учебных планов и подготовки медицинских специалистов по безопасности пациентов. Рассмотрена возможность адаптации этого опыта в Украине и Беларуси. Продемонстрирована роль качественных образовательных программ для обеспечения безопасности пациентов в практической деятельности врача.

Ключевые слова: пациент; безопасность; учебный план; медицинское образование; обучение; компетенции.

В настоящее время безопасность пациентов является основополагающим принципом медицинской помощи. Пятьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения (2002) приняла резолюцию, обязывающую страны уделять пристальное внимание вопросам безопасности пациентов [1]. Второй Глобальный министерский саммит по безопасности пациентов «Глобальное движение к безопасности пациентов» (29–30 марта 2017 г., Бонн), VI Всемирный конгресс по клинической безопасности (6–7 сентября 2017 г., Рим), 34-я Международная научная конференция по вопросам качества и безопасности в сфере здравоохранения (1–4 октября 2017 г., Лондон), региональные мероприятия в отдельных странах по этой тематике – свидетельство того, что безопасность пациентов и сегодня остается актуальной медико-социальной, политической и экономической проблемой.

На вышеупомянутом Глобальном министерском саммите по безопасности пациентов вред пациентам в ходе оказания медицинской помощи расценивался как 14-я ведущая причина бремени болезней, что сопоставимо с такими заболеваниями, как рассеянный склероз и отдельные типы рака. Многочисленными исследованиями доказано, что значительная часть вреда пациентам может быть предупреждена, а в США, например, путем систематического повышения безопасности в течение 2010–2015 гг. было сэкономлено 28 млрд долл. [2]. Следует отметить, что в этой стране нежелательные последствия лечения (медицинские ошибки) считаются третьей после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний причиной смерти [3].

В развивающихся странах и странах с переходной экономикой, в сравнении с промышленно развитыми странами, плохое состояние инфраструктуры и оборудования, ненадежное снабжение и качество лекарств, недостатки в инфекционном контроле, низкая мотивация и недостаточная квалификация персонала, недофинансирование основных операционных расходов здравоохранения значительно повышают вероятность неблагоприятных событий [1, 4].

Общеизвестно, что половина всех нежелательных явлений в медицинской практике предотвратимы, и это предполагает внедрение инструментов, направленных на сокращение числа и последствий неблагоприятных событий. Среди многочисленных подходов к минимизации рисков для пациентов важная роль отводится образованию [5].

Следует отметить, что всплеск интереса к тематике безопасности пациентов на постсоветском пространстве, в том числе, и в Республике Бела-

русь [6–9], в последнее время несколько поулег. Рассмотрение организационных технологий построения системы управления качеством медицинской помощи свидетельствует о необходимости усиления внимания ученых и организаторов здравоохранения к проблемам обеспечения безопасности пациентов и мероприятиям по улучшению качества медицинской помощи с точки зрения безопасности. Вместе с тем, стратегия развития здравоохранения Республики Беларусь предусматривает реализацию комплекса тактических и стратегических мер, направленных на создание эффективной системы управления качеством медицинской помощи.

Что касается образовательных аспектов проблемы, то им в странах СНГ практически никогда не уделялось надлежащего внимания. В то же время в Германии, других европейских государствах уже начиная с 2001 года были приняты заявления о политике в сфере непрерывного медицинского образования, в которых обращалось внимание на вопросы безопасности пациентов.

Цель настоящего исследования – анализ зарубежного опыта формирования учебных планов и подготовки медицинских специалистов по безопасности пациентов и возможности адаптации этого опыта и наработок в Украине и Беларуси.

Материалом исследования служили документы ВОЗ, Европейского Союза, отдельных стран, научные публикации отечественных и зарубежных специалистов по образовательным аспектам безопасности пациентов, учебные планы по подготовке медицинских специалистов по безопасности пациентов.

Рекомендации по подготовке и непрерывному профессиональному развитию медицинских специалистов по безопасности пациентов и опыт их реализации в отдельных странах и регионах

Европейский Союз. Люксембургская стратегия по безопасности пациентов, кроме создания национальных систем отчета и обучения (National Reporting and Learning System), предлагает включить вопросы оказания безопасной медицинской помощи в стандартную подготовку медицинских работников в сочетании с интегрированными методами и процедурами, которые встроены в культуру непрерывного обучения и совершенствования [10]. Рекомендациями Rec(2006)7 Комитета Министров ЕС государствам-членам по вопросам управления безопасностью пациентов и предотвращения нежелательных событий в сфере здравоохранения настойчиво предлагается разрабатывать учебные программы, предназначенные для

всех работников системы здравоохранения, включая руководителей, с целью улучшить понимание процесса принятия клинических решений и вопросов безопасности, а также способность управлять рисками и выбирать необходимый подход в случае возникновения инцидента, связанного с безопасностью пациентов [11].

Способствовать обучению и подготовке медицинских работников с целью сведения к минимуму ущерба для пациентов, получающих медицинскую помощь, призваны и Рекомендации Совета ЕС по безопасности пациентов, включая предупреждение и контроль за инфекциями, ассоциированными с оказанием медицинской помощи (2009) [12].

Следует отметить также Общее руководство по образованию и профессиональной подготовке в области безопасности пациентов (2010), подготовленное Сетью Европейского Союза по качеству и безопасности медицинской помощи (EUNetPaS) [13].

В ряде стран первоначальные инициативы отдельных университетов по введению обучения медицинских работников теории и практике безопасной деятельности обобщаются, и на их основе предлагаются унифицированные учебные планы преподавания безопасности пациентов.

Признавая пробелы между реальными знаниями специалистов и пониманием безопасности пациентов и потребностями здравоохранения, Северо-западным университетом (штат Иллинойс, США) при поддержке ряда организаций был реализован проект (2005–2008) по повышению уровня безопасности пациентов (The Patient Safety Education Project (PSEP) [14]. Основная цель проекта – не только обучение врачей, других специалистов, но и распространение знаний и приемов путем обучения «тренеров» по безопасности пациентов. Большое внимание уделяется принципам преподавания методологии безопасности пациентов для медиков и других специалистов здравоохранения, особенно, если это касается практических навыков и того, как эти навыки трансформировать в поведение персонала и пациентов. Акцентируется внимание на том, что безопасность пациентов – в высшей степени контекстуальная проблема, а это, в свою очередь, предполагает проведение большей части учебных мероприятий в клинике, у постели больного.

При развитии образования по безопасности пациентов предлагается учитывать национальные особенности характера, причин и масштабов проблемы. Тренеры в PSEP должны научиться не только лучшим практикам оказания помощи, но также методам наиболее эффективной передачи этих навыков другим медицинским работникам. Продол-

жительность курсов обучения (конференций) – до 2–2,5 дней. Тематика учебного плана очень гибкая и зависит от контингента, исходного уровня подготовки учащихся и окончательных целей обучения.

Рабочей группой британских специалистов (2009) проанализирован опыт внедрения профессиональных учебных программ по безопасности пациентов в системе здравоохранения в британских университетах [15]. Отмечено, что освещение вопросов безопасности пациентов в существующих учебных программах в большей степени неявное, осуществляемое (или подразумеваемое) параллельно в рамках других изучаемых тем; имеется проблема готовности преподавательского состава и персонала клинических баз в вопросах подготовки студентов по безопасности пациентов; имеет место несовершенство критериев оценки подготовленности медицинских специалистов по осуществлению безопасной медицинской практики.

В 2009 г. специалистами из Германии была подготовлена Концепция разработки учебных программ на трех уровнях [16]. Первый шаг в Концепции заключается в том, чтобы сформировать готовность рассматривать и обсуждать угрозы для безопасности пациентов. Целевая группа – студенты, продолжительность программы – 4 часа. Второй и третий этапы – это изучение стратегий осуществления мероприятий и форм предупреждения ошибок с использованием инструментов, которые позволяют выявлять потенциальные источники ошибок и эффективно работать над их устранением. Целевая группа на втором этапе – врачи, и продолжительность их программы составляет 16 часов. На третьем этапе (по 20-часовой программе) целевой группой являются узкие специалисты и врачи-руководители.

В 2013 г. Рабочая группа ЕС по безопасности пациентов и качеству медицинской помощи (PSQCWG) выступила с инициативой разработать рекомендации по обучению и подготовке кадров в области безопасности пациентов. Для этого были проанализированы учебные программы, планы, курсы, тренинги, семинары, проводимые в странах-членах ЕС для подготовки медицинских специалистов по безопасности пациентов, и в 2014 г. специалисты получили возможность ознакомиться с результатами этой работы [17].

Всемирная организация здравоохранения. Вопросы образования по безопасности пациентов мониторируются ВОЗ и ее Европейским бюро. Должное внимание вопросам образования уделено уже в Руководстве ВОЗ по разработке стратегий по качеству и безопасности в системах здравоохранения (2008) [18]. В 2009 г. выходит Руко-

водство ВОЗ по разработке учебного плана по безопасности пациентов для медицинских школ [19], а в 2011 г. – Руководство ВОЗ по подготовке учебного плана по безопасности пациентов: мультипрофессиональное издание [20]. Еще через год – Руководство по совершенствованию учебных программ по безопасности пациентов [21], в котором в очередной раз признается факт недостаточного внимания науки к вопросам безопасности пациентов, в том числе, с целью разработки качественных учебных программ по подготовке и совершенствованию медицинских специалистов по безопасной медицинской практике. Сравнение тематики учебных планов по безопасности пациентов, предлагаемой руководствами ВОЗ 2009 и 2011 гг. (табл. 1) указывает на отсутствие принципиальных различий, что свидетельствует об уже установившемся взгляде на содержательную часть дисциплины «безопасность пациентов».

К такому же выводу приводят и данные табл. 2, где проведено сравнение тематики учебных планов по безопасности пациентов в Гарвардской медицинской школе [22], руководстве ВОЗ 2009 г. [19] и общем руководстве EUNetPaS [13].

Кроме инфраструктуры и ресурсов, ВОЗ рассматривает необходимым условием для разработки и, в первую очередь, для внедрения в практику на национальном уровне и уровне учреждений здравоохранения программ предупреждения инфекций и инфекционного контроля обязательное обучение этим вопросам всех причастных специалистов [23].

Вместе с тем, представленный выше анализ, в основном, касается оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в то время как сегодня фокус смещается на уровень первичного звена здравоохранения.

Первичная медицинская помощь. Ежедневно во всем мире услугами организаций и специалистов первичной медико-санитарной помощи пользуются миллионы людей, поэтому чрезвычайно важно определить масштабы и характер наносимого вреда пациентам на этом уровне, а также возможности его минимизации [24]. Учитывая это, ВОЗ издала серию технических докладов по безопасной первичной медико-санитарной помощи, один из которых полностью посвящен образованию и обучению [25]. В этом докладе в очередной раз подчеркивается, что образование и обучение – это ключевая основа повышения безопасности первичной медицинской помощи. При этом, рекомендуется начинать подготовку по этим вопросам на самом раннем этапе, что позволит заложить крепкий фундамент уважительного отношения к вопросам безопасности пациентов.

Ценность многих из вышеупомянутых документов, среди прочего, заключается еще и в том, что в них предлагаются подходы к интеграции вопросов безопасности и в без того переполненные учебные программы, а также предоставляются учебные материалы как для студентов и врачей, так и для профессорско-преподавательского состава, предлагаются методические подходы для улучшения усвоения учебного материала, практических навыков и формирования у медицинских работников культуры безопасности в целом.

Украина. Министерство здравоохранения Украины отмечает, что 20–30% медицинских вмешательств в стране являются неэффективными (ненужными или вредными) [26]. В медицинских учебных учреждениях 3–4 уровня аккредитации большое внимание уделяется медицинскому праву, что способствует формированию оборонительной практики, или негативной культуры ошибок, при которой, опасаясь судебных разбирательств, врачи рассматривают пациентов как потенциальных истцов, а допущенные в лечении ошибки часто скрывают и, соответственно, не учатся на них, что приводит, в свою очередь, к увеличению числа случаев причинения вреда здоровью пациентов, снижению безопасности и слабо выраженному интересу со стороны медицинских работников к эффективным мерам ее повышения. При этом, при преподавании медицинского права исключительно в плоскости формирования и закрепления знаний об ответственности врача за допущенные ошибки, причинившие вред пациенту, отсутствуют стимулы для возникновения ответного позитивного поведения, или позитивной культуры ошибок, когда допущенные ошибки не скрываются, фиксируются и осмысливаются, и на них учатся, чтобы создавать более безопасную среду [27].

Нами проведено анкетирование студентов первого и пятого курсов медицинских университетов по проблеме негативных последствий в медицинской практике, по результатам которого сделан вывод, что понимание проблемы оказалось у всех практически на одном уровне [28].

К сожалению, Национальный план действий по безопасности пациентов – один из 50 проектов, входивших в «План действий Совета Европы для Украины на 2011–2014 годы» – не разработан.

В ГУ «Институт общественного здоровья (ИОЗ) им. А.Н.Марзеева НАМН Украины» с 2016 г. проводятся исследования по научному обоснованию стратегии предупреждения дефектов медицинской помощи в отечественной системе здравоохранения, в которой образовательным аспектам тоже уделяется определенное внимание.

Таблица 1

Сравнение тематики учебных планов по безопасности пациентов, предлагаемой руководствами ВОЗ 2009 и 2011 гг.

Руководство ВОЗ 2009 г. [19]	Руководство ВОЗ 2011 г. [20]
<p>Тема 1: Что такое безопасность пациентов? Тема 2: Что такое человеческий фактор и почему это важно для безопасности пациентов? Тема 3: Понимание системы и влияние ее сложности на уход за пациентом Тема 4: Быть эффективным игроком команды Тема 5: Понимание и обучение на ошибках Тема 6: Понимание и управление клиническим риском Тема 7: Введение в методы повышения качества Тема 8: Взаимодействие с пациентами и лицами, осуществляющими уход Тема 9: Сведение к минимуму инфекций за счет улучшения инфекционного контроля Тема 10: Безопасность пациентов и инвазивные процедуры Тема 11: Повышение безопасности лекарств</p>	<p>Тема 1: Что такое безопасность пациентов? Тема 2: Почему применение человеческого фактора имеет важное значение для безопасности пациентов? Тема 3: Понимание системы и влияние ее сложности на уход за пациентом Тема 4: Быть эффективным игроком команды Тема 5: Изучение ошибок для предотвращения ущерба Тема 6: Понимание и управление клиническим риском Тема 7: Использование методов по улучшению качества для улучшения обслуживания Тема 8: Взаимодействие с пациентами и лицами, осуществляющими уход Тема 9 Профилактика и контроль инфекций Тема 10: Безопасность пациентов и инвазивные процедуры Тема 11: Повышение безопасности лекарств</p>

Таблица 2

Тематика учебных планов по безопасности пациентов в медицинских школах и программах

№ п/п	Тематика учебного плана по безопасности пациентов		
	Гарвардская медицинская школа [22]	Руководство ВОЗ по учебному плану [19]	Общее руководство EUNetPaS [13]
1	Введение в безопасность пациентов	Что такое безопасность пациентов?	Введение в безопасность пациентов
2	Разработка программы больницы в области безопасности пациентов	Что такое человеческий фактор, и почему это важно для безопасности пациентов?	Причины критических случаев и вреда пациентам в медицине
3	Просто культура – как изменить организационный подход к ошибкам	Понимание влияния воздействия сложности системы на обслуживание пациентов	Системное мышление
4	Сообщение об ошибках	Быть эффективным игроком команды	Привлечение пациентов
5	Анализ ошибок: анализ первопричин	Обучение на ошибках	Культура безопасности
6	Учебная программа для стажеров по качеству и безопасности	Понимание и управление клиническим риском	Работа в команде
7	Выявление и осознание	Введение в методы повышения качества	Коммуникации
8	Ретроспективный анализ сообщений о серьезных инцидентах	Взаимодействие с пациентами и лицами, их обслуживающими	Обучение через критические инциденты
9	Участие пациентов	Минимизация инфекции за счет улучшения инфекционного контроля	Мероприятия по безопасности пациентов
10	Профессионализм	Безопасность пациентов при инвазивных процедурах	
11		Повышение безопасности медикаментов	

Обучению вопросам безопасности в Украине целенаправленно начали заниматься в Национальном медицинском университете (НМУ) им. А.А.Богомольца (Киев) в 2017 г. В программе международной научно-практической конференции «Безопасность пациентов в Украине: состояние и пути ее улучшения» (г. Днепр, 6–7 июня 2017 г.) была предусмотрена работа секции «Непрерывное медицинское образование и вопросы безопасности пациентов. Человеческий фактор и культура безопасности». В резолюции конференции содержится рекомендация Министерству здравоохранения Украины «обеспечить непрерывное образование специалистов по вопросам безопасности пациентов из числа медицинских и фармацевтических работников».

У руководства НМУ им. А.А.Богомольца есть планы развития, возможно, совместно с ИОЗ им. А.Н.Марзеева НАМН Украины, этого направления образовательной деятельности с использованием зарубежного опыта.

Республика Беларусь. В образовательных учреждениях Республики Беларусь не введены отдельные тематические курсы по вопросам безопасности пациентов, эти вопросы рассматриваются в том или ином объеме в процессе планового профильного повышения квалификации или переподготовки. Так, в образовательных стандартах переподготовки руководящих работников и специалистов по клиническим специальностям, утвержденных постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 24 августа 2012 г. №106-а, содержится ряд требований к профессиональным компетенциям по вопросам безопасности пациентов. Например, врач-анестезиолог-реаниматолог должен уметь выбирать для проведения анестезии наиболее безопасную комбинацию препаратов, выбирать и проводить наиболее безопасную для пациента анестезию; врач-гастроэнтеролог – обеспечивать в практической работе доказательное эффективное и безопасное лечение заболеваний органов пищеварения; проводить динамическое диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями органов пищеварения и оценивать его эффективность и безопасность. Подобные требования к компетенциям, затрагивающим безопасность пациента, содержатся в образовательных стандартах переподготовки практически всех врачей-специалистов.

Таким образом, здравоохранение – сфера, в которой потребителю при оказании медицинской помощи, в силу разных причин, может быть причинен и вред, и обеспечение безопасности пациентов является важной проблемой, при этом, в раз-

вивающихся странах и странах с переходной экономикой вопросы безопасности пациентов более актуальны, чем в промышленно развитых странах.

Отсюда следует вывод о том, что образование по вопросам безопасности пациентов – один из важных элементов профессионального становления медицинских специалистов. На международном, региональном (ЕС) уровнях, на уровне отдельных стран накоплен значительный опыт формирования учебных планов, программ, учебных материалов по подготовке и переподготовке медицинских и фармацевтических работников по вопросам безопасности пациентов, который следует более активно внедрять в образовательный процесс. Профессорско-преподавательский состав должен не только знать материал, но и быть примером в следовании безопасной практике.

На наш взгляд, обучение безопасности пациентов должно способствовать формированию позитивного поведения (культуры безопасности), а не оборонительной практики. Имеющийся опыт и объединение усилий медицинских школ и научно-исследовательских учреждений Украины и Беларуси могут ускорить становление дисциплины «безопасность пациентов» с целью формирования в наших странах безопасной госпитальной среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Resolution WHA55.18. Quality of Care: Patient Safety [Electronic resource] // Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13–18 May 2002. Volume 1. Resolutions and decisions. – Geneva. World Health Organization, 2002 (WHA55/2002/REC/1). – Mode of access: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf. – Date of access: 30.08.2017.
2. Braithwaite, J. Patient Safety and Implementation Science: New Developments [Electronic resource] / Jeffrey Braithwaite. – Mode of access: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/Executive_Summary_-_Global_Ministerial_Summit_on_Patient_Safety_29-30_March_2017_Bonn.pdf. – Date of access: 30.08.2017.
3. Medical error – the third leading cause of death in the US [Electronic resource] / M.A.Makary [et al.] // BMJ. – 2016; 353; i2139 (doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>). – Mode of access: <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>. – Date of access: 30.08.2017.
4. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme [Electronic resource]. – October 2004. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43072/1/9241592443.pdf>. – Date of access: 30.08.2017.
5. Stevens, D. Finding safety in medical education / D.Stevens // Quality & Safety in Health Care. – 2002. – Vol.11, No.2. – P.109–110.
6. Шарабчиев, Ю.Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья / Ю.Т.Шарабчиев // Медицинские новости. – 2007. – №13. – С.32–39.

7. Шикина, И.Б. Обеспечение безопасности пациентов в условиях многопрофильного стационара: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / И.Б.Шикина; Федеральное гос. учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздравнадзора». – М., 2008. – 35 с.
8. Владыченкова, Н.Д. Анализ врачебных ошибок и осложнений при лечении стоматологических больных (клинико-правовые аспекты проблемы): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Н.Д.Владыченкова; Смоленская гос. мед. академия. – Смоленск, 2010. – 29 с.
9. Фоменко, А.Г. Безопасность пациентов как важнейшее условие обеспечения качества медицинской помощи в Республике Беларусь / А.Г.Фоменко // Медицинские новости. – 2011. – №5. – С.42–47.
10. Patient Safety – Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety [Electronic resource]. – Luxembourg, 5 April 2005. – Mode of access: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf. – Date of access: 30.08.2017.
11. Council of Europe, Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to Member States on Management of Patient Safety and Prevention of Adverse Events in Health Care [Electronic resource]. – Mode of access: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>. – Date of access: 30.08.2017.
12. Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections [Electronic resource]. – Mode of access: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docscouncil_2009_en.pdf. – Date of access: 30.08.2017.
13. A General Guide for Education and Training in Patient Safety [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.eu-patient.eu/globalassets/projects/eunetpas/guidelines_final_22-06-2010.pdf. – Date of access: 30.08.2017.
14. The Patient Safety Education Project (PSEP) Core Curriculum [Electronic resource] / L.L.Emanuel, J.R.Combes, M.J.Hatlie, B.Karsh, D.T.Lau, J.Shalowitz, T.Shaw, M.Walton, eds. – PSEP Project, 2008. – Mode of access: http://cores33webs.mede.uic.edu/ucpatientsafetyeducation/medstudentcurriculum/edresources/documents/Links%20for%20Patient%20Safety%20Educators/Patient%20Safety%20Curriculums/PSEP_Participant_Handbook.pdf. – Date of access: 30.08.2017.
15. Patient safety in health care professional educational curricula: examining the learning experience [Electronic resource] – Mode of access: <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-mds/haps/projects/cfhep/psrp/finalreports/PS030PSRPRReportFINAL0609.pdf>. – Date of access: 30.08.2017.
16. CME-Concept «Patient Safety» [Electronic resource] / G.Fischer et al. – Berlin, 2009. – Mode of access: <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/literatur/ps-cme-2009.pdf>. – Date of access: 30.08.2017.
17. Key Findings and Recommendations. Education and Training in Patient Safety across Europe [Electronic resource]. – Mode of access: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_education_training_en.pdf. – Date of access: 30.08.2017.
18. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf. – Date of access: 30.08.2017.
19. WHO patient safety curriculum guide for medical schools [Electronic resource]. – Mode of access: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44091/1/9789241598316_eng.pdf. – Date of access: 30.08.2017.
20. Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition [Electronic resource]. – Mode of access: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/1/9789241501958_eng.pdf. – Date of access: 30.08.2017.
21. Patients Safety Research. A guide for developing training programmes [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.bienestar.unal.edu.co/wp-content/uploads/2016/11/PatientSafetyResearch-Aguidefordevelopingtrainingprogrammes.pdf>. – Date of access: 30.08.2017.
22. Ninth annual Medical Education Day: Book of Abstracts [Electronic resource] – Mode of access: https://hms.harvard.edu/sites/default/files/assets/Sites/Academy/files/MedEdDay2010_Book_Final.pdf. – Date of access: 30.08.2017.
23. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. – Geneva: WHO, 2016. – 91 p.
24. Patient safety in primary healthcare / M.Makeham [et al.]. – The Sax Institute, 2015. – 152 p.
25. Education and Training: Technical Series on Safer Primary Care [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 2016. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252271/1/9789241511605-eng.pdf>. – Date of access: 30.08.2017.
26. Концепция управления качеством медицинской помощи в отрасли здравоохранения в Украине на период до 2020 года [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Украины, 1 авг. 2011 г. №454 [Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року: наказ МОЗ України 01.08.2011 р. №454] // Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний веб-сайт. – Режим доступа: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html. – Дата доступа: 30.08.2017.
27. Patient safety in health care professional educational curricula: examining the learning experience [Electronic resource] / Darren Ashcroft, Fay Bradley, Peter Buckle, Kathrin Cresswell, Val Dagley (Patient Safety Education Study Group). – 2009. – Mode of access: <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-mds/haps/projects/cfhep/psrp/finalreports/PS030PSRPRReportFINAL0609.pdf>. – Date of access: 30.08.2017.

28. *Науменко, О.М.* Зарубіжний досвід підготовки фахівців з питань безпеки пацієнтів: уроки для вітчизняної медичної освіти / О.М.Науменко // Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 6–7 червня 2017 року / за загальною редакцією акад. НАМН України Сердюка А.М. та члена-кореспондента НАМН України Перцевої Т.О. – К.: ДП «НВЦ «Пріоритети», 2017. – С.72–74.

FOREIGN EXPERIENCE IN SPECIALISTS TRAINING CONCERNING PATIENTS SAFETY ISSUES AND OPPORTUNITY OF EXPERIENCE APPLICATION IN UKRAINE AND BELARUS

¹ A.N.Naumenko, ² Yu.N.Skaletsky, ³ A.A.Kralko, ⁴ M.M.Rygan

¹ O.O.Bogomolets National Medical University, T.Shevchenko Blvd. 13, 01601, Kyiv, Ukraine

² State Institution «O.M.Marzeiev Institute for Public Health of the National Academy of Medical Science of Ukraine», Popudrenko Str. 50, 01094, Kyiv, Ukraine

³ State Educational Establishment «Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education», Brovki Str. 3, build. 3, 220013, Minsk, Republic of Belarus

⁴ Medical Center «Institute of Sports Medicine», Fizkulturnaya Str. 1, build. 7, 03150, Kyiv, Ukraine

The article analyzes foreign and domestic experience in the development of curricula and training of medical specialists in patient safety sphere. Possibility of adapting this experience in Ukraine and Belarus is considered. The article presents the role

of educational programs quality for ensuring patients safety in practical medical activity.

Keywords: patient; safety; curriculum; medical education; training; competence.

Сведения об авторах:

Науменко Александр Николаевич, д-р мед. наук, профессор; Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, проректор по научно-педагогической, лечебной работе и последипломному образованию, профессор кафедры оториноларингологии; тел.: (+38044) 2359380, (+38044) 3607945; e-mail: naumenko16@ukr.net.

Скалецкий Юрий Николаевич, д-р мед. наук, профессор; ГУ «Институт общественного здоровья им. А.Н.Марзеева Национальной академии медицинских наук Украины», зав. лабораторией стратегий безопасности в здравоохранении; тел.: (+38044) 5595654; (+38067) 3684805; e-mail: yns53@i.ua.

Кралько Алексей Аркадьевич, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра общественного здоровья и здравоохранения, доцент; тел.: (+37517) 3859579; e-mail: kralko@tut.by.

Рыган Михаил Михайлович, канд. мед. наук; медицинский центр «Институт спортивной медицины», директор; тел.: (+38044) 2872034; (+38063) 7527211; e-mail: mrygan@i.ua.

Поступила 24.10.2017 г.

УДК 616.89-008.441.13:612.6.06]-039-02:314.42

АЛКОГОЛЬ И ГЕНДЕРНЫЙ ПАРАДОКС УРОВНЯ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ

Ю.Е.Разводовский

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

В большинстве стран мира уровень общей смертности существенно выше среди мужчин, несмотря на то, что женщины декларируют в самоотчетах худшие показатели соматического и психического здоровья. Данный феномен, известный как гендерный парадокс «здоровье – выживаемость», не получил исчерпывающего объяснения. Гендерный градиент уровня общей смертности значительно варьирует в разных странах, при этом в государствах Восточной Европы этот показатель существенно выше, чем в Западной Европе. Целью настоящего исследования была проверка алкогольной гипотезы этиологии гендерного градиента уровня общей смертности в Беларуси. В сравнительном аспекте были проанализированы динамика уровня смертности от острого алкогольного отравления (индикатор уровня алкогольных проблем), гендерной разницы уровня общей смертности и гендерного градиента (соотношения) уровня общей смертности в период с 1970 по 2015 год. Результаты анализа временных серий указывают на существование тесной связи между динамикой уровня смертности от острого алкогольного отравления и гендерной разницей уровня общей смертности, а также гендерным градиентом уровня общей смертности. Полученные данные свидетельствуют в пользу того, что алкоголь является ключевым фактором гендерного градиента уровня общей смертности, а также резких колебаний данного показателя на протяжении рассматриваемого периода в Беларуси.

Ключевые слова: алкогольные отравления; общая смертность; гендерный градиент; Республика Беларусь; 1970–2015.

В большинстве стран мира уровень общей смертности существенно выше среди мужчин, несмотря на то, что женщины декларируют в самоотчетах худшие показатели соматического и психического здоровья [1]. Данный феномен, известный как гендерный парадокс «здоровье – выживаемость», не получил исчерпывающего объяснения, хотя известно, что к его существованию причастны биологические, социальные и поведенческие факторы [2–4]. Среди биологических факторов основную роль отводят половым гормонам, при этом, если женские гормоны играют протективную роль в плане риска смерти от сердечно-сосудистой патологии, улучшая липидемический профиль, то мужские гормоны обладают обратным эффектом [3]. Кроме того, высокий уровень тестостерона ассоциируется со склонностью к рискованному поведению, что повышает вероятность насильственной смерти [1]. Высокий уровень психосоциального дистресса, связанного с профессиональной деятельностью и социальным статусом мужчин, – также один из факторов высокого уровня мужской смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [4]. К поведенческим

факторам гендерного парадокса относят табакокурение и злоупотребление алкоголем, распространенность которых значительно превалирует среди мужчин [1]. Кроме того, мужчины менее склонны придерживаться здоровой диеты и реже обращаются за медицинской помощью [2]. Изучение факторов, обуславливающих гендерный градиент уровня общей смертности, является актуальной задачей эпидемиологических исследований, поскольку знание этих факторов позволит разработать научно обоснованную стратегию профилактики.

Гендерный градиент уровня общей смертности значительно варьирует в разных странах, при этом в Восточной Европе этот показатель существенно выше, чем в Западной Европе, являясь одним из самых высоких в мире [5]. Основные причины смерти, вносящие вклад в высокий гендерный градиент уровня общей смертности в данном регионе, – смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, насильственная и алкогольная смертность [6]. Следует также отметить, что в большинстве стран мира гендерный градиент уровня общей смертности является относительно

стабильным показателем, в то время как в странах Восточной Европы он подвержен существенным колебаниям [1]. Очевидно, что эти колебания не могут быть объяснены исключительно биологическими факторами, поскольку, скорее всего, связаны с гендерными различиями в распространенности модифицируемых факторов риска, прежде всего табакокурения и злоупотребления алкоголем. Учитывая значительный вклад алкоголя в высокий уровень общей смертности в странах Восточной Европы [5, 7, 9], а также значительно более высокий уровень связанных с алкоголем проблем среди мужчин, по сравнению с женщинами [10, 11], можно предположить, что алкоголь является ключевым фактором высокого гендерного градиента уровня общей смертности в данном регионе.

Цель настоящего исследования – проверка алкогольной гипотезы этиологии гендерного градиента уровня общей смертности в Беларуси.

В сравнительном аспекте была проанализирована динамика уровня смертности от острого алкогольного отравления, гендерной разницы уровня общей смертности и гендерного градиента (соотношения) уровня общей смертности в период с 1970 по 2015 год. Используются половые коэффициенты общей смертности (в расчете на 1000 населения), а также смертности от острого алкогольного отравления (в расчете на 100 тыс. населения) за исследуемый период.

Поскольку уровень фатальных алкогольных отравлений наиболее точно отражает алкогольную ситуацию в странах, где преобладает интоксикационно-ориентированный стиль потребления алкоголя [11], данный показатель был использован в качестве индикатора уровня алкогольных проблем. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета “Statistica 12. StatSoft” в модуле «Анализ временных рядов». Для оценки и удаления тренда из временного ряда обычно используется метод простых разностных операторов [12]. Суть метода заключается в преобразовании исходного ряда в ряд разностей соседних значений ряда. Анализ временных лагов использовался в настоящей работе для того, чтобы установить наличие временного запаздывания между динамикой уровня фатальных алкогольных отравлений (независимая переменная) и гендерной разницей, а также гендерного градиента уровня общей смертности (зависимые переменные).

Анализ графических данных, представленных на рис 1., свидетельствует о схожей динамике гендерной разницы и гендерного градиента уровня общей смертности, которая была подвержена резким колебаниям в рассматриваемый период. Уровень данных показателей резко снизился в период с 1984 по 1987 гг., достигнув минимума за весь рассматриваемый период, причем гендерный градиент уровня общей смертности практически исчез, составив в 1987 г. 1,02. В период с

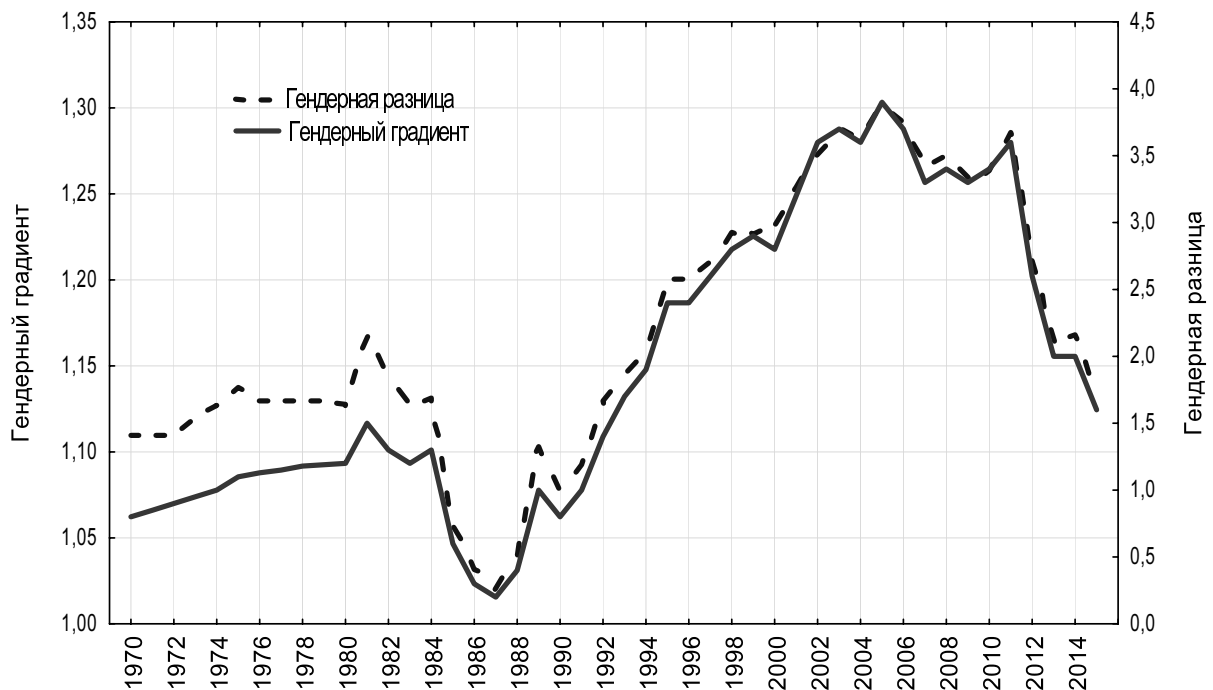


Рис. 1. Динамика гендерной разницы и гендерного градиента уровня общей смертности в Беларуси (1970–2015 гг.)

1987 по 2005 год уровень данных показателей резко вырос, достигнув максимума за весь рассматриваемый период (в 2005 г. гендерный градиент уровня общей смертности составил 1,3). Тенденция к снижению уровня данных показателей, отмечавшаяся в последующие пять лет, была прервана осцилляцией в 2011 г., после чего снижение уровня стало происходить быстрыми темпами. Резкие колебания гендерного градиента уровня общей смертности в рассматриваемый период были обусловлены более выраженными колебаниями уровня мужской смертности по сравнению с уровнем женской смертности. Так, в 1984–1986 гг. уровень общей смертности среди мужчин и женщин снизился на 12,5 и 4,0% соответственно, в 1987–2005 гг. – вырос на 68,0 и 31,6% соответственно, в 2005–2015 гг. – снова снизился на 19,6 и 7,8% соответственно. Эти данные согласуются с существующими представлениями относительно того, что уровень мужской смертности в большей степени подвержен влиянию социальных факторов, нежели уровень женской смертности [1].

Совершенно очевидно, что снижение гендерного градиента уровня общей смертности в середине 1980-х гг. было обусловлено снижением доступности алкоголя в период антиалкогольной кампании [9]. Примечательно, что в условиях снижения влияния алкогольного фактора, гендерный градиент уровня общей смертности практически исчез. Данный факт является эмпирическим под-

тверждением ключевой роли алкоголя в этиологии гендерного градиента уровня общей смертности. Имеются также основания полагать, что алкоголь был вовлечен в резкий рост гендерного градиента уровня общей смертности, отмечавшийся в 90-х годах прошлого века и начале нынешнего века. Увеличение доступности алкоголя вследствие отмены государственной алкогольной монополии в 1992 г. и ослабление государственного контроля за алкогольным рынком привели к резкому росту уровня связанной с алкоголем смертности среди мужчин в этот период [7–9].

Эмпирические предпосылки, указывающие на связь между алкоголем и гендерным градиентом уровня общей смертности, подтверждаются результатами анализа временных серий. Графические данные свидетельствуют о схожей динамике уровня смертности от острого алкогольного отравления и гендерной разницы уровня общей смертности (рис. 2), а также гендерного градиента уровня общей смертности (рис. 3).

Результаты корреляционного анализа Спирмана выявили положительную статистически значимую связь между уровнем смертности от острого алкогольного отравления и гендерной разницей уровня общей смертности ($r=0,96$; $p<0,000$), а также гендерным градиентом уровня общей смертности ($r=0,91$; $p<0,000$). Визуальный анализ графических данных свидетельствует о том, что изучаемые временные ряды не являются стационарными, поскольку имеют выраженный тренд. По-

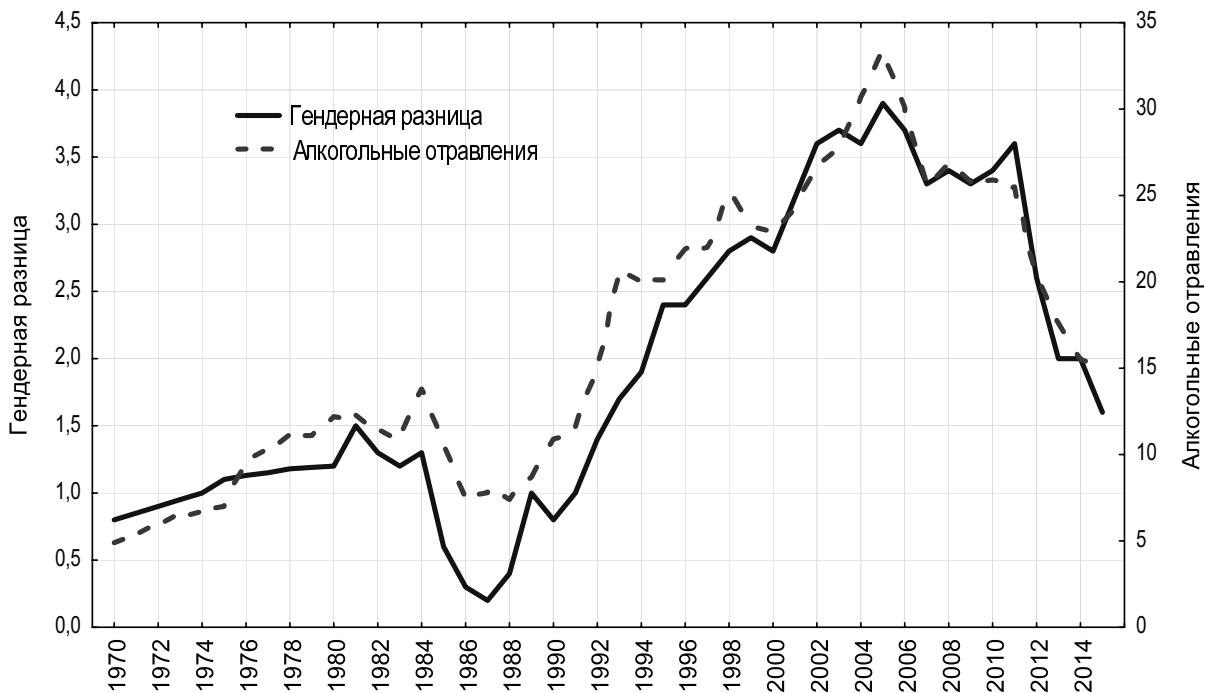


Рис. 2. Динамика уровня фатальных алкогольных отравлений и гендерной разницы уровня общей смертности в Беларуси (1970–2015 гг.)

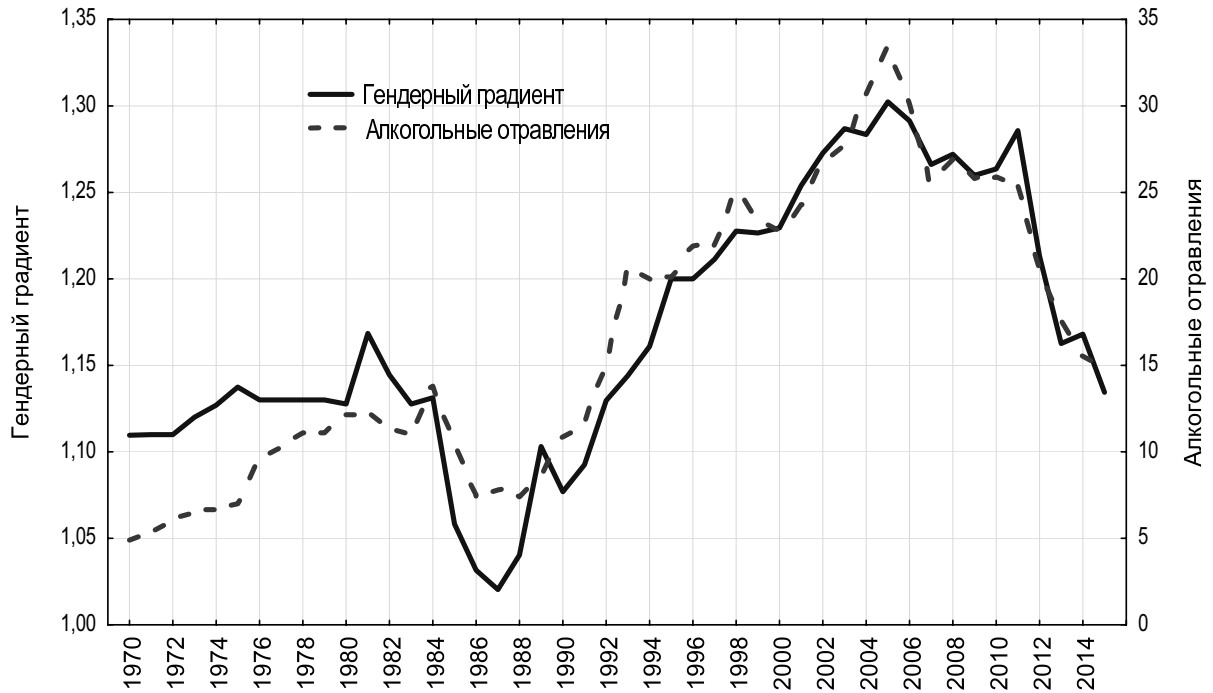


Рис. 3. Динамика уровня фатальных алкогольных отравлений и гендерного градиента уровня общей смертности в Беларуси (1970–2015 гг.)

этому следующим этапом исследования стало удаление нестационарной компоненты с помощью метода дифференцирования. После удаления детерминированной составляющей была оценена связь между временными рядами. Кросс-корреляционный анализ преобразованных временных рядов показал существование тесной связи между динамикой уровня смертности от острого алкогольного отравления и гендерной разницей уровня общей смертности ($r=0,75; SE=0,149$), а также гендерным градиентом уровня общей смертности ($r=0,63; SE=0,149$). Анализ распределенных лагов выявил статистически значимую связь между динамикой уровня смертности от острого алкогольного отравления и гендерной разницей уровня общей смертности (Regress. Coeff. =0,09; $p<0,000$), а также гендерным градиентом уровня общей смертности (Regress. Coeff.=0,07; $p<0,000$) на нулевом лаге.

Представленные результаты анализа временных серий указывают на существование тесной связи между динамикой уровня смертности от острого алкогольного отравления и гендерной разницей уровня общей смертности, а также гендерным градиентом уровня общей смертности. При этом, гендерная разница уровня общей смертности более тесно ассоциирована с алкоголем, нежели гендерный градиент уровня общей смертности. Полученные данные свидетельствуют в пользу гипотезы, согласно которой алкоголь является

ключевым фактором гендерного градиента уровня общей смертности, а также резких колебаний данного показателя на протяжении рассматриваемого периода в Беларуси. Ключевая роль алкоголя в гендерном парадоксе уровня общей смертности объясняется более значительным вкладом алкоголя в уровень мужской смертности. Оценка алкогольной фракции в структуре общей смертности в Беларуси показала, что алкоголь ответственен за 22% смертей мужчин и 16% смертей женщин [13, 14].

В заключение следует обсудить методологические ограничения данного исследования, которые могли оказать влияние на его результаты. Одним из таких ограничений является пренебрежение неучтенными переменными, которые могли оказать влияние как на зависимую, так и на независимую переменную. К таким переменным относится психосоциальный дистресс, который мог явиться одной из причин резкого роста уровня потребления алкоголя, а также уровня сердечно-сосудистой смертности среди мужчин в первой половине 1990-х гг. [6]. В то же время, в исследовании, проведенном с использованием белорусских данных, было показано, что число случаев САК-позитивной сердечно-сосудистой смерти (САК – содержание алкоголя в крови) в начале 1990-х гг. резко выросло при незначительном росте числа случаев САК-негативной сердечно-сосудистой смерти [15]. В пользу ключевой роли

алкогольного фактора в «кризисе» сердечно-сосудистой смертности после распада Советского Союза также свидетельствует отсутствие связи между числом случаев САК-позитивной сердечно-сосудистой смертности и числом САК-негативных суицидов (индикатор психосоциального дистресса) [15].

Еще одна неучтенная переменная данного исследования – табакокурение, распространенность которого значительно выше среди мужчин [16]. По некоторым оценкам фактор табакокурения ответственен за 50% гендерных различий в уровне общей смертности в странах Европы [4]. Вклад этого фактора в гендерный градиент общей смертности в Беларуси, очевидно, гораздо скромнее, учитывая то обстоятельство, что в рассматриваемый период не отмечалось резких колебаний потребления табачных изделий [16]. В целом, указанные ограничения не являются настолько критическими, чтобы ставить под сомнение полученные результаты.

Таким образом, результаты настоящего исследования подтверждают существование тесной связи между алкоголем и гендерной разницей уровня общей смертности, а также гендерным градиентом уровня общей смертности в Беларуси на популяционном уровне. Представленные данные свидетельствуют в пользу того, что алкоголь является ключевым фактором гендерного градиента уровня общей смертности, а также резких колебаний данного показателя на протяжении рассматриваемого периода в Беларуси. Показатели, отражающие различия в уровне общей смертности мужчин и женщин, могут использоваться в качестве индикаторов уровня связанных с алкоголем проблем, при этом, гендерная разница уровня общей смертности является более надежным показателем, чем гендерный градиент уровня общей смертности.

Литература

1. *Barret-Connor, E.* Gender differences and disparities in all-cause and coronary heart disease mortality: epidemiological aspect / E.Barret-Connor // *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* – 2013. – Vol.27, No.4. – P.481–500.
2. Social, behavioral, and biological factors, and sex differences in mortality / R.G.Rogers [et al.] // *Demography.* – 2010. – Vol.47, No.3. – P.555–578.
3. *Kalin, M.F.* Sex hormones and coronary disease: a review of the clinical studies / M.F.Kalin, B.Zumoff // *Steroids.* – 1990. – Vol.55, No.8. – P.330–352.
4. Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the “health–survival” paradox / H. Van Oyen [et al.] // *Int J Public Health.* – 2013. – Vol.58. – P.143–155.

5. *Moskalewicz, J.* East-West disparities in alcohol-related harm / J.Moskalewicz, Y.E.Razvodovsky, P.Wieczorek // *Alcoholism and Drug Addiction.* – 2016. – Vol.29. – P.209–222.
6. *Семенова, В.Г.* Обратный эпидемиологический переход в России / В.Г.Семенова. – М.: ЦСП, 2005. – 235 с.
7. *Немцов, А.В.* Оценка уровня потребления алкоголя в России: обзор литературы / А.В.Немцов, Ю.Е.Разводовский // *Собриология.* – 2017. – №1. – С.78–88.
8. *Norstrom, T.* Per capita alcohol consumption and alcohol related harm in Belarus, 1970–2005 / T.Norstrom, Y.Razvodovsky // *Eur. J. Public Health.* – 2010. – Vol.20, No.5. – P.564–568.
9. *Немцов, А.В.* Алкогольная ситуация в России в контексте алкогольной политики / А.В.Немцов, Ю.Е.Разводовский // *Собриология.* – 2016. – №4. – С.66–74.
10. *Разводовский, Ю.Е.* Алкогольная составляющая снижения смертности в России после 2003 г. / А.В.Немцов, Ю.Е.Разводовский // *Вопросы наркологии.* – 2016. – №3. – С.63–70.
11. *Nemtsov, A.V.* Russian alcohol policy in false mirror / A.V.Nemtsov, Y.E.Razvodovsky // *Alcohol & Alcoholism.* – 2016. – No.4. – P.21.
12. *Box, G.E.P.* Time series analysis: forecasting and control / G.E.P.Box, G.M.Jenkins. – San Francisco, Ca: Holden-Day, (1970) 1976. – 575 p.
13. *Разводовский, Ю.Е.* Оценка пропорции связанной с алкоголем смертности в структуре общей смертности в Беларуси / Ю.Е.Разводовский // *Вопросы наркологии.* – 2013. – №1. – С.81–88.
14. *Разводовский, Ю.Е.* Алкоголь как причина смертности населения / Ю.Е.Разводовский, Н.И.Прокопчик // *Наркология.* – 2010. – №1. – С.76–79.
15. *Разводовский, Ю.Е.* Алкоголь как фактор риска сердечно-сосудистой смертности / Ю.Е.Разводовский // *Наркология.* – 2013. – №2. – С.38–42.
16. *Разводовский, Ю.Е.* Проблема табакокурения в Беларуси / Ю.Е.Разводовский // *Собриология.* – 2015. – №3. – С.47–53.

ALCOHOL AND GENDER PARADOX IN ALL-CAUSE MORTALITY

Yu.E.Razvodovsky

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

Background: There is extensive research literature that claims women have a mortality advantage compared to men in most countries of the world. Epidemiological evidence suggests that the magnitude of differences in mortality between men and women differ across various geographic settings. The size of the male–female gap in mortality has been found to be smaller in Western Europe countries than in the eastern European countries.

Objective: This study aims to test the hypothesis of alcohol consumption as a risk factor in regards to the gender gap in all-cause mortality in Belarus.

Method: Trends in fatal alcohol poisoning rate (as a proxy for binge drinking) and gender difference, as well as gender gap in all-cause mortality from 1970 to 2015 were analyzed employing a distributed lags analysis in order to assess bivariate relationship between the time series.

Results: The results of the time series analysis suggest a positive relation between fatal alcohol poisonings and gender difference, as well as gender gap in all-cause mortality.

Conclusion: The outcomes of this study provide indirect support for the hypothesis that alcohol is a

major contributor to the high gender gap in all-cause mortality and its dramatic fluctuations in Belarus during the last few decades.

Keywords: alcohol intoxication; all-cause mortality; gender gap; Republic of Belarus; 1970–2015.

Сведения об авторе:

Разводовский Юрий Евгеньевич, УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра патологической физиологии, ассистент; тел.: (+375152) 701884; e-mail: razvodovsky@tut.by.

Поступила 27.04.2017 г.

УДК 368.914:616-051

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПЕНСИОННОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

А.М.Яркович

Минское городское управление Фонда социальной защиты населения
Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь,
ул. Кедышко, 16а, 220012, г. Минск, Республика Беларусь

Освещены вопросы профессионального пенсионного страхования медицинских работников. Указано, что медицинские работники могут пользоваться правом на профессиональное пенсионное страхование по трем основаниям: как работники, должности которых предусмотрены в пунктах 1–8 раздела I перечня учреждений, организаций и должностей для целей профессионального пенсионного страхования медицинских и педагогических работников; как работники, занятые полный рабочий день на подземных работах, на работах с особо вредными и особо тяжелыми условиями труда, по Списку производств, работ, профессий, должностей и показателей на подземных работах, на работах с особо вредными и особо тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда; как работники, занятые полный рабочий день на работах с вредными и тяжелыми условиями труда, по Списку производств, работ, профессий, должностей и показателей на работах с вредными и тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда. Отражены порядок и условия назначения и выплаты досрочных и дополнительных профессиональных пенсий.

Ключевые слова: Республика Беларусь; профессиональное пенсионное страхование; нормативно-правовое регулирование; медицинские работники; профессиональные пенсии; порядок и условия назначения и выплаты; профессиональный стаж; специальный стаж; досрочные профессиональные пенсии; дополнительные профессиональные пенсии.

Право на профессиональное пенсионное страхование

Согласно определению, приведенному в Законе Республики Беларусь от 5 января 2008 г. №322-З «О профессиональном пенсионном страховании» (далее – Закон №322-З), «профессиональное пенсионное страхование – система установленных государством отношений, заключающихся в формировании средств за счет взносов на профессиональное пенсионное страхование, уплачиваемых работодателями за работников, занятых в особых условиях труда и отдельными видами профессиональной деятельности (далее – особые условия труда), и использовании этих средств для выплаты пенсий в связи с особыми условиями труда» [1, статья 1, пункт 1, подпункт 1.1].

Круг работников, подлежащих профессиональному пенсионному страхованию, определен статьей 5 Закона №322-З. В их числе – отдельные категории медицинских работников [1, статья 5, пункт 1, подпункт 1.15].

Медицинские работники могут пользоваться правом на профессиональное пенсионное страхование по трем основаниям.

Во-первых, как медицинские работники по перечню учреждений, организаций и должностей для целей профессионального пенсионного страхования медицинских и педагогических работников (далее – Перечень), утвержденному постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 9 октября 2008 г. №1490 (далее – постановление №1490) [2, пункт 2, подпункт 2.8].

В разделе I Перечня перечислены должности медицинских работников организаций здравоохранения и других организаций, осуществляющих наряду с основной деятельностью также медицинскую деятельность, которые могут пользоваться правом на профессиональное пенсионное страхование. Раздел I Перечня состоит из 6 пунктов в зависимости от типов организаций здравоохранения, других организаций, осуществляющих наряду с основной деятельностью также медицинскую деятельность на основании специальных разрешений (лицензий), в которых работают медицинские работники.

На основании Перечня работодатель с участием профсоюза составляет и локальным нормативным правовым актом утверждает перечень рабочих мест с особыми условиями труда организации для целей профессионального пенсионного страхования (далее – перечень организации). Форма перечня организации, указания по ее заполнению и инструкция по определению формата фор-

мы перечня организации утверждены постановлением правления Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь (далее – Фонд) от 31 мая 2011 г. №5 [3, пункт 1, подпункты 1.1–1.3].

Перечень организации, вносимые в него изменения и дополнения представляются работодателем в районный отдел областного (Минского городского) управления Фонда в виде электронного документа либо в электронном виде и на бумажном носителе. В соответствии с абзацем одиннадцатым пункта 26 Положения об уплате обязательных страховых взносов, взносов на профессиональное пенсионное страхование и иных платежей в бюджет государственного внебюджетного фонда социальной защиты населения Республики Беларусь, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 16 января 2009 №40, работодатель обязан представлять перечень организации, изменения и дополнения в него в течение 5 рабочих дней со дня принятия локального нормативного правового акта об его утверждении, внесении изменений и дополнений [4].

Однако, прежде чем включить должность работника в перечень организации, работодатель обязан не только воспользоваться Перечнем, но и провести оценку условий труда на его рабочем месте. Оценка условий труда медицинских работников производится с применением критериев оценки условий труда, установленных пунктом 23 утвержденного постановлением №1490 [2, пункт 2, подпункт 2.11] Положения о критериях оценки условий труда для отдельных категорий работников и (или) особенностей (видов) выполняемых работ для целей профессионального пенсионного страхования и порядке их применения (далее – Положение о критериях).

Для медицинских работников, должности которых предусмотрены в пунктах 1–5, 7 и 8 раздела I Перечня, критериями оценки условий труда являются:

непосредственное выполнение работы, обусловленной занятостью в должностях в учреждении, организации (их структурном подразделении), предусмотренных в названных пунктах Перечня в течение полного рабочего дня (в пределах его продолжительности, установленной законодательством);

занятость в должности не менее чем на полную ставку (оклад);

отнесение условий труда на рабочем месте по результатам действующей аттестации рабочих мест по условиям труда к вредным (3 класс) и (или) опасным (4 класс).

Для медицинских работников, должности которых предусмотрены в пункте 6 раздела I Перечня, установлены следующие критерии:

непосредственное выполнение работы, обусловленной занятостью в должностях в учреждении, организации (их структурном подразделении), предусмотренных в названном пункте Перечня, в течение полного рабочего дня (в пределах его продолжительности, установленной законодательством);

занятость не менее чем на полную ставку (оклад) работой с трупами (трупным материалом) (для государственного медицинского судебного эксперта-специалиста (эксперта) – занятость не менее чем на полную ставку (оклад) работой с трупами (трупным материалом) либо работой с лицами, исследуемыми в судебно-психиатрических экспертных подразделениях);

отнесение условий труда на рабочем месте по результатам действующей аттестации рабочих мест по условиям труда к вредным (3 класс) и (или) опасным (4 класс).

Последний критерий («отнесение условий труда на рабочем месте по результатам действующей аттестации рабочих мест по условиям труда к вредным (3 класс) и (или) опасным (4 класс)») введен дополнительно в связи с вступлением в силу постановления Совета Министров Республики Беларусь от 24 июня 2016 г. №492 [5, пункт 1, подпункт 1.6] и применяется с 10 июля 2016 г.

Для подтверждения факта проведения аттестации рабочих мест по условиям труда медицинских работников при заполнении электронного перечня организации работодатель указывает номер и дату приказа об утверждении результатов аттестации, которой подтверждены вредные (3 класс) и (или) опасные (4 класс) условия труда на рабочем месте.

За работников, занятых на рабочих местах, включенных в перечень организации, работодатель уплачивает взносы на профессиональное пенсионное страхование согласно тарифу, установленному Указом Президента Республики Беларусь от 10 января 2009 г. №23. Для медицинских работников, должности которых предусмотрены в пунктах 1–8 раздела I Перечня, утвержденного постановлением №1490, установлен тариф 1,5% [6, пункт 18 Приложения].

Медицинские работники могут пользоваться правом на профессиональное пенсионное страхование еще по двум основаниям:

как работники, занятые полный рабочий день на подземных работах, на работах с особо вредными и особо тяжелыми условиями труда, по Списку производств, работ, профессий, должно-

стей и показателей на подземных работах, на работах с особо вредными и особо тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда (далее – Список №1);

как работники, занятые полный рабочий день на работах с вредными и тяжелыми условиями труда, по Списку производств, работ, профессий, должностей и показателей на работах с вредными и тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда (далее – Список №2).

Список №1 и Список №2 утверждены постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 25 мая 2005 г. №536 «О списках производств, работ, профессий, должностей и показателей, дающих право на пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда» [7].

В этом случае в перечень организации должности медицинских работников работодатель включает на основании Списка №1 и (или) Списка №2, но также с учетом проведенной оценки условий труда на их рабочих местах. Оценка условий труда медицинских работников, занятых на работах, включенных в Список №1 и (или) Список №2, производится по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда. Положение о порядке проведения аттестации рабочих мест по условиям труда утверждено постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 22 февраля 2008 г. №253 «Об аттестации рабочих мест по условиям труда» [8].

Тариф для уплаты взносов на профессиональное пенсионное страхование за работников, занятых полный рабочий день на подземных работах, на работах с особо вредными и особо тяжелыми условиями труда, установлен в размере 9% [6, пункт 1 Приложения], а за работников, занятых полный рабочий день на работах с вредными и тяжелыми условиями труда, – 6% [6, пункт 7 Приложения].

Профессиональные пенсии

Уплаченные взносы на профессиональное пенсионное страхование, а также доходы от их размещения в уполномоченном банке накапливаются на профессиональной части индивидуального лицевого счета застрахованного лица в виде пенсионных сбережений. Сформированные таким образом денежные средства используются для выплаты профессиональных пенсий, а также трудовых пенсий по возрасту за работу с особыми условиями труда и трудовых пенсий за выслугу лет.

Профессиональная пенсия (ежемесячная денежная выплата за счет пенсионных сбережений

в виде досрочной профессиональной пенсии или (и) дополнительной профессиональной пенсии [1, статья 1, пункт 1, подпункт 1.12]) назначается органами Фонда. Исходя из приведенного выше определения, есть два вида профессиональных пенсий – *досрочная* (профессиональная пенсия, выплачиваемая застрахованному лицу в досрочный период [1, статья 1, пункт 1, подпункт 1.13]) и *дополнительная* (профессиональная пенсия, выплачиваемая в период после достижения застрахованным лицом общеустановленного пенсионного возраста [1, статья 1, пункт 1, подпункт 1.14]).

Досрочная профессиональная пенсия. Для назначения досрочной профессиональной пенсии требуется соблюдение следующих условий:

достижение требуемого пенсионного возраста;
наличие установленного профессионального и (при необходимости) общего трудового стажа.

Продолжительность стажа и возраст выхода на досрочную профессиональную пенсию определены в статье 11 Закона №322-3 [1] и различаются в зависимости от категории работников, занятых в особых условиях труда и отдельными видами профессиональной деятельности.

В табл. 1 приведены условия для назначения досрочной профессиональной пенсии медицинским работникам по первому основанию – как *медицинским работникам, должности которых предусмотрены в пунктах 1–8 раздела I Перечня, утвержденного постановлением №1490* [1, статья 11, пункт 1, подпункт 1.10].

Изменениями в Закон Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении» (далее – Закон о ПО), внесенными Законом Республики Беларусь от 9 января 2017 г. №14-З «О внесении изменений и дополнений в некоторые законы Республики Беларусь», предусмотрено повышение общеустановленного пенсионного возраста для всех категорий граждан с 1 января 2017 г. Повышение общеустановленного пенсионного возраста будет происходить поэтапно: ежегодно на 6 месяцев до достижения мужчинами 63 лет, женщинами – 58 лет [9, пункт 4]. В табл. 2 указан общеустановленный пенсионный возраст для лиц, получающих право на пенсию по возрасту на общих основаниях в 2017–2022 гг. и в последующие годы.

Учитывая, что возраст выхода на досрочную профессиональную пенсию определяется, исходя из общеустановленного пенсионного возраста (например, для медицинских работников – раньше достижения общеустановленного пенсионного возраста на 5 лет), то, начиная с 2017 г., он также будет повышаться.

Еще одно важное условие для определения

права медицинских работников на досрочную профессиональную пенсию – наличие не менее половины требуемого для назначения пенсии профессионального стажа [1, статья 11, пункт 2, подпункт 2.2].

В Законе №322-3 дано следующее определение профессионального стажа – это «продолжительность работы с особыми условиями труда застрахованного лица, в течение которой за него уплачивались взносы на профессиональное пенсионное страхование» [1, статья 1, пункт 1, подпункт 1.7]. Профессиональный стаж формируется с момента вступления в силу указанного закона, то есть с 1 января 2009 г. Взносы на профессиональное пенсионное страхование уплачиваются за периоды непосредственной занятости застрахованного лица в особых условиях труда и трудового отпуска.

При наличии не менее половины требуемого для назначения пенсии профессионального стажа в качестве недостающего до требуемых 30 лет мужчинам и 25 лет женщинам профессионального стажа учитывается специальный стаж [1, статья 11, пункт 2, подпункт 2.2], то есть продолжительность работы с особыми условиями труда, дающей право на трудовую пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда или трудовую пенсию за выслугу лет, до вступления в силу Закона №322-3 (до 1 января 2009 г.) [1, статья 1, пункт 1, подпункт 1.8].

Таким образом, действующим законодательством определены представленные в табл. 3 условия приобретения права на досрочную профессиональную пенсию медицинскими работниками, должности которых предусмотрены в пунктах 1–8 раздела I Перечня, утвержденного постановлением №1490.

В дальнейшем, при увеличении профессионального стажа требующаяся для назначения досрочной профессиональной пенсии продолжительность специального стажа будет уменьшаться.

До приобретения права на досрочную профессиональную пенсию, при соблюдении всех условий, установленных законодательством, соответствующим медицинским работникам по-прежнему будет назначаться в органах по труду, занятости и социальной защите трудовая пенсия за выслугу лет в соответствии с Законом о ПО. При этом, следует учитывать, что, как только медицинские работники (как и большинство других категорий работников, подлежащих профессиональному пенсионному страхованию) приобретают право на досрочную профессиональную пенсию, право на трудовую пенсию за выслугу лет ими утрачивается.

Таблица 1

Условия выхода на досрочную профессиональную пенсию, установленные для медицинских работников, должности которых предусмотрены в пунктах 1–8 раздела I Перечня, утвержденного постановлением №1490

	Возраст	Профессиональный стаж
Мужчины	Раньше достижения общеустановленного пенсионного возраста на 5 лет	Не менее 30 лет
Женщины		Не менее 25 лет

Таблица 2

Общеустановленный пенсионный возраст в Республике Беларусь для лиц, получающих право на пенсию по возрасту на общих основаниях в 2017–2022 гг. и в последующие годы

Год	Общеустановленный пенсионный возраст	
	Мужчины	Женщины
2017	60 лет 6 месяцев	55 лет 6 месяцев
2018	61 год	56 лет
2019	61 год 6 месяцев	56 лет 6 месяцев
2020	62 года	57 лет
2021	62 года 6 месяцев	57 лет 6 месяцев
2022 и далее	63 года	58 лет

Иные условия выхода на досрочную профессиональную пенсию установлены для *медицинских работников, занятых полный рабочий день на подземных работах, на работах с особо вредными (вредными) и особо тяжелыми (тяжелыми) условиями труда* (по Списку №1 и Списку №2) (табл. 4).

Определенный действующим законодательством возраст медицинских работников, занятых на работах по Списку №1 и Списку №2, получающих право на досрочную профессиональную пенсию в 2017–2022 гг. и в последующие годы, приведен в табл. 5.

Условия для назначения досрочной профессиональной пенсии медицинским работникам, занятым на работах по Списку №1 и Списку №2, отработавшим не менее половины необходимого полного профессионального стажа, указаны в табл. 6.

В качестве примера рассмотрим следующий случай: у медицинской сестры, непосредственно занятой обслуживанием пациентов в инфекционной больнице, имеется 6 лет профессионального стажа (работа с вредными и тяжелыми условиями труда по Списку №2). Право на досрочную профессиональную пенсию в 2017 г., учитывая общеустановленный пенсионный возраст для женщин в этом году – 55 лет 6 месяцев, она приобретет при общем стаже не менее 20 лет и достижении возраста 52 года 6 месяцев (на 3 года раньше достижения общеустановленного пенсионного возраста – по одному году за каждые 2 года профессионального стажа).

Дополнительное условие для назначения досрочной профессиональной пенсии медицинским работникам, занятым полный рабочий день на подземных работах, на работах с особо вредными (вредными) и особо тяжелыми (тяжелыми) условиями труда (по Списку №1 и Списку №2) – специальный стаж до 1 января 2009 г. должен быть менее половины полного специального стажа, требуемого для назначения трудовой пенсии по возрасту за работу с особыми условиями труда по Списку №1 или Списку №2 [1, статья 11, пункт 2, подпункт 2.3]. В этом случае имеющийся специальный стаж засчитывается в профессиональный стаж в качестве недостающего до требуемого.

Например, у медицинской сестры, непосредственно занятой обслуживанием пациентов в инфекционной больнице, имеется 4 года специального стажа в условиях Списка №2 до 1 января 2009 г. и 6 лет профессионального стажа в условиях Списка №2 после 1 января 2009 г. (в общей сложности 10 лет). При соблюдении иных установленных законодательством условий она имеет право на досрочную профессиональную пенсию. Однако, при условии, что у этой медицинской сестры имелось бы 6 лет специального стажа в условиях Списка №2 до 1 января 2009 г. и 4 года профессионального стажа после 1 января 2009 г. (также в общей сложности 10 лет), у нее отсутствовало бы право на досрочную профессиональную пенсию, и ей была бы назначена трудовая пенсия за работу с особыми условиями труда по Закону о ПО.

Выплата досрочной профессиональной пен-

Таблица 3

Условия приобретения права на досрочную профессиональную пенсию медицинскими работниками, должности которых предусмотрены в пунктах 1–8 раздела I Перечня, утвержденного постановлением №1490

	Год	Возраст	Профессиональный стаж	Специальный стаж
Мужчины	С января 2024 г.	58 лет	15 лет	15 лет и более
Женщины	С июля 2021 г.	52 года 6 месяцев	12 лет 6 месяцев	12 лет 6 месяцев и более

Таблица 4

Условия для назначения досрочной профессиональной пенсии медицинским работникам, занятым на работах по Списку №1 и Списку №2

		Возраст	Профессиональный стаж	Общий стаж
Список №1	Мужчины	Раньше достижения общеустановленного пенсионного возраста на 10 лет	Не менее 10 лет	Не менее 20 лет
	Женщины		Не менее 7 лет 6 месяцев	Не менее 15 лет
Список №2	Мужчины	Раньше достижения общеустановленного пенсионного возраста на 5 лет	Не менее 12 лет 6 месяцев	Не менее 25 лет
	Женщины		Не менее 10 лет	Не менее 20 лет

сии. Исчисление ежемесячного размера досрочной профессиональной пенсии производится путем деления суммы пенсионных сбережений на число месяцев досрочного пенсионного периода застрахованного лица [1, статья 14, пункт 1, часть первая]. При этом, в соответствии с Законом №322-З, «досрочный пенсионный период застрахованного лица – период с месяца, следующего за месяцем обращения застрахованного лица за досрочной профессиональной пенсией, по месяц достижения им общеустановленного пенсионного возраста» [1, статья 1, пункт 1, подпункт 1.10].

Выплачивается досрочная профессиональная пенсия до достижения общеустановленного пенсионного возраста и приостанавливается в случаях занятости застрахованного лица в особых условиях труда и отдельными видами профессиональной деятельности или получения другого вида государственной пенсии (в том числе, по инвалидности).

Дополнительная профессиональная пенсия – второй вид профессиональной пенсии. Условия для назначения дополнительной профессиональной пенсии для различных категорий работников, занятых в особых условиях труда, одинаковы. Дополнительная профессиональная пенсия назначается застрахованным лицам, на профессиональной части индивидуального лицевого счета которых на день достижения общеустановленного пен-

сионного возраста имеются пенсионные сбережения [1, статья 17, пункт 1].

Если работник не приобрел права на досрочную профессиональную пенсию в связи с недостаточной продолжительностью профессионального стажа или его пенсионные сбережения не израсходованы на выплату ему трудовой пенсии по возрасту за работу с особыми условиями труда или за выслугу лет, то накопленные пенсионные сбережения будут ему выплачиваться в виде дополнительной профессиональной пенсии.

Например, мужчина проработал в особых условиях труда только четыре года – с сентября 2013 по август 2017 г. В сентябре 2017 г. достиг общеустановленного пенсионного возраста. Право на досрочную профессиональную пенсию и на трудовую пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда или за выслугу лет не возникло. При этом, работодатель уплачивал за него четыре года взносы на профессиональное пенсионное страхование, поэтому при достижении общеустановленного пенсионного возраста застрахованное лицо имеет право обратиться за назначением дополнительной профессиональной пенсии.

Дополнительная профессиональная пенсия устанавливается в размере бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения, действующего в месяце, за который она выплачивается. Период выплаты дополнительной профессио-

Таблица 5

Возраст медицинских работников, занятых на работах по Списку №1 и Списку №2, получающих право на досрочную профессиональную пенсию в 2017–2022 гг. и в последующие годы

	Год	Возраст	
		Список №1	Список №2
Мужчины	2017	50 лет 6 месяцев	55 лет 6 месяцев
	2018	51 год	56 лет
	2019	51 год 6 месяцев	56 лет 6 месяцев
	2020	52 года	57 лет
	2021	52 года 6 месяцев	57 лет 6 месяцев
	2022 и далее	53 года	58 лет
Женщины	2017	45 лет 6 месяцев	50 лет 6 месяцев
	2018	46 лет	51 год
	2019	46 лет 6 месяцев	51 год 6 месяцев
	2020	47 лет	52 года
	2021	47 лет 6 месяцев	52 года 6 месяцев
	2022 и далее	48 лет	53 года

Таблица 6

Условия для назначения досрочной профессиональной пенсии медицинским работникам, занятым на работах по Списку №1 и Списку №2, отработавшим не менее половины необходимого полного профессионального стажа

	Раньше достижения общеустановленного пенсионного возраста	Профессиональный стаж	Общий стаж
Список №1			
Мужчины	На 1 год за каждый год профессионального стажа	Не менее 5 лет	Не менее 25 лет
Женщины	На 1 год за каждые 9 месяцев профессионального стажа	Не менее 3 лет 9 месяцев	Не менее 20 лет
Список №2			
Мужчины	На 1 год за каждые 2 года 6 месяцев профессионального стажа	Не менее 6 лет 3 месяцев	Не менее 25 лет
Женщины	На 1 год за каждые 2 года профессионального стажа	Не менее 5 лет	Не менее 20 лет

нальной пенсии определяется исходя из суммы пенсионных сбережений, имеющихся на профессиональной части лицевого счета на день назначения пенсии, и бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения, действующего на эту дату [1, статья 17, пункт 2].

Например, с сентября 2017 г. застрахованному лицу назначена дополнительная профессиональная пенсия. Сумма пенсионных сбережений составила 3000,00 руб. Бюджет прожиточного минимума в среднем на душу населения с 1 августа 2017 г. составил 197,57 руб. Дополнительная пенсия будет выплачиваться в размере бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения пятнадцать месяцев ($[3000,00 / 197,57] \approx 15$).

В случае изменения размера бюджета прожиточного минимума изменится и ежемесячный раз-

мер получаемой дополнительной профессиональной пенсии. Следовательно, может измениться и период выплаты.

Выплата дополнительной профессиональной пенсии производится независимо от получения каких-либо других пенсии или дохода. Застрахованное лицо может продолжать работать, получать пенсию по возрасту и одновременно получать дополнительную профессиональную пенсию. Дополнительная профессиональная пенсия не заменяет пенсию по возрасту, которая назначается женщинам и мужчинам по достижении общеустановленного пенсионного возраста, а выплачивается в дополнение к ней.

ЛИТЕРАТУРА

1. О профессиональном пенсионном страховании [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 5 янв. 2008 г., №322-З // ЭТАЛОН. Законодательство Респ.

- публики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
2. О некоторых вопросах профессионального пенсионного страхования [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 9 окт. 2008 г., №1490 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 3. Об утверждении формы перечня рабочих мест с особыми условиями труда организации для целей профессионального пенсионного страхования, указаний по ее заполнению и инструкции по определению формата формы перечня рабочих мест с особыми условиями труда организации для целей профессионального пенсионного страхования [Электронный ресурс]: постановление правления Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Респ. Беларусь, 31 мая 2011 г., №5 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 4. О Фонде социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 16 янв. 2009 г., №40 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 5. О внесении изменений и дополнений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 9 октября 2008 г. №1490 [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 24 июн. 2016 г., №492 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 6. О тарифах взносов на профессиональное пенсионное страхование [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 10 янв. 2009 г., №23 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 7. О списках производств, работ, профессий, должностей и показателей, дающих право на пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 25 мая 2005 г., №536 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 8. Об аттестации рабочих мест по условиям труда [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 22 февр. 2008 г., №253 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 9. О внесении изменений и дополнений в некоторые законы Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 9 янв. 2017 г., №14-3 / ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

SPECIAL ASPECTS OF PROFESSIONAL PENSION INSURANCE FOR HEALTH CARE WORKERS

A.M.Jarkovich

Minsk City Administration of the Social Protection Fund of the Ministry of Labor and Social Protection of the Republic of Belarus,

Kedyshko Str. 16a, 220012, Minsk, Republic of Belarus

The article covers questions of professional pension insurance of health care workers. The research paper defines that health care workers can enjoy the right to occupational pension insurance for three reasons: as employees whose positions are stipulated in the points 1–8 of Section I of the list of institutions, organizations and positions for the purposes of occupational pension insurance for health care and pedagogical workers; as full time sand hog workers, as employees involved in jobs with super harmful and difficult working conditions, on the List of industries, jobs, professions, posts and indicators in sand hog work, on jobs with super harmful and difficult working conditions, which entitle to retirement pension for work with arduous labour conditions; as full time sand hog workers, as employees involved in jobs with harmful and difficult working conditions, on the List of industries, jobs, professions, posts and indicators in sand hog work, on jobs with harmful and difficult working conditions, which entitle to retirement pension for work with arduous labour conditions. The paper reports order and conditions of appointment and payment of pre-term professional and additional professional pensions.

Keywords: Republic of Belarus; professional pension insurance; legal and regulatory framework; health care workers; occupational pensions; the procedure and terms of appointment and payment; professional experience; special experience; pre-term professional pensions; additional professional pensions.

Сведения об авторе:

Яркович Анжела Михайловна, заместитель начальника отдела профессионального пенсионного страхования Минского городского управления Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь; тел.: (+37517) 2662917; (+37529) 3169076; e-mail: JarkovichA@minsk.ssf.gov.by.

Поступила 02.10.2017 г.

УДК 004.056:614.2

ПОЛИТИКА ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

^{1,2}Е.А.Каршакевич, ¹Г.Н.Здор

¹Белорусский национальный технический университет,
пр. Независимости, 65, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

²19-я центральная районная поликлиника Первомайского района г. Минска,
пр. Независимости, 119, 220114, г. Минск, Республика Беларусь

В статье рассматриваются общие вопросы построения политики информационной безопасности при эксплуатации информационных систем медицинского назначения в организациях здравоохранения. Описаны основные методики, применяемые для обеспечения информационной безопасности, даны соответствующие пояснения с учетом сложившегося практического опыта.

Ключевые слова: информационная безопасность; защита информации; медицинские информационные системы.

Деятельность организаций здравоохранения (ОЗ) направлена на оказание доступной и качественной медицинской помощи для сохранения и укрепления здоровья населения. Одним из методов, позволяющих улучшить качество и доступность медицинской помощи, а также упорядочить ведение медицинской документации и документооборот в ОЗ, является внедрение информационных технологий в повседневную практику специалистов всех структурных подразделений. Применение информационных технологий в ОЗ позволяет упорядочить весь процесс обработки, хранения и обмена данными, но, в то же время, реализация процессов информатизации требует решения ряда злободневных вопросов.

Среди актуальных вопросов, стоящих как перед отдельно взятыми ОЗ, так и перед всей системой в целом, можно выделить следующие: создание единого информационного пространства (инфраструктуры) для всех заинтересованных сторон (пациентов, медицинских работников, организаций и органов управления здравоохранением и т.д.); укрепление и совершенствование материально-технической базы; обеспечение информационной безопасности в соответствии с современными требованиями.

Медицинская информация всегда была закрытой, а в условиях современных проектов, связанных с централизованным обменом и обработкой данных о пациентах, и вовсе представляет собой информацию ограниченного распространения. В связи с этим, вопросы информационной безопасности (ИБ) отрасли постепенно выходят на первый план.

Обеспечение ИБ в рамках отдельно взятой ОЗ требует особого внимания со стороны лиц, ответственных за ИБ, пользователей и администрации организаций здравоохранения. Основные свойства информации и систем ее обработки, которые должны поддерживаться в информационно-вычислительных системах (ИВС):

целостность информации – способность системы обеспечивать неизменность информации в условиях случайного и/или преднамеренного искажения (разрушения);

конфиденциальность информации – субъективно определяемая характеристика информации, указывающая на необходимость введения ограничений на круг субъектов, имеющих доступ к данной информации, и обеспечиваемая способностью системы сохранять указанную информацию в тайне от субъектов, не имеющих полномочий на доступ к ней;

доступность информации – способность системы обеспечивать своевременный беспрепятственный доступ субъектов к интересующей их информации [1].

Системы управления базами данных, в особенности реляционные СУБД, стали доминирующим инструментом в здравоохранении. Обеспечение информационной безопасности СУБД приобретает решающее значение при выборе конкретного средства обеспечения необходимого уровня безопасности организации в целом.

Работоспособность ИВС может быть нарушена вследствие воздействий различной природы. Безопасность достигается принятием определенных мер по обеспечению конфиденциальности, це-

лостности и доступности информации. Организации здравоохранения определяют приемлемые для себя методы из множества существующих, которые складываются в политику информационной безопасности ОЗ.

Политика информационной безопасности организации – это совокупность документированных управленческих решений, направленных на защиту информации и ассоциируемых с ней ресурсов. Политика безопасности определяет стратегию управления в области информационной безопасности, а также ту меру внимания и количества ресурсов, которые считает целесообразным выделить на эти цели руководство [2]. В политике информационной безопасности излагаются руководящие принципы использования сотрудниками информационных ресурсов организации и предусмотрена ответственность пользователей в случае их нарушений.

Существует ряд методов, которые могут быть применимы на практике с целью обеспечения ИБ в ОЗ, работающих с медицинскими информационными системами (МИС).

Аутентификация пользователей используется для обеспечения того, чтобы лицо, получающее доступ к информации, действительно было тем, кем они себя представляют. Например, наиболее распространенной формой аутентификации пользователей в ИВС и в МИС сегодня является идентификатор пользователя и пароль. В этом случае аутентификация выполняется путем подтверждения того, что пользователь их (идентификатор и пароль) знает. Но эта форма аутентификации зачастую легко может быть скомпрометирована, да и в случае работы с закрытой информацией необходимы более сильные формы аутентификации.

Рассуждая о безопасности паролей, необходимо ввести правильные политики паролей, чтобы гарантировать, что пароли не могут быть скомпрометированы. Например, пароль не должен быть простым или быть словом, которое можно найти в словаре. В современной практике политики паролей рекомендуется использовать как минимум восемь символов и, по крайней мере, одну букву верхнего регистра, один специальный символ и одну цифру. Очень важно, чтобы пользователи меняли свои пароли на регулярной основе каждые 60–90 дней. В то же время, в реальных условиях, требования к паролю должны быть доступными для запоминания, чтобы пользователю не пришлось его записывать. Необходимо постоянно проводить обучение сотрудников не разглашать пароли.

Другой метод – это идентификация пользователя с применением носителя ключевой информа-

ции, но он также может быть проблематичным, например, когда этот идентификационный носитель потерян или украден.

Метод, который гораздо сложнее скомпрометировать, – это идентификация пользователя с использованием физических характеристик, таких как сканирование глаз или отпечаток пальца.

Более безопасный способ аутентификации пользователя – многофакторная аутентификация, которая заключается в том, что кроме знания пароля (или PIN-кода) необходимо еще и наличие физического ключа.

После аутентификации пользователя следующий шаг – **разграничение уровней доступа пользователей** к соответствующим информационным ресурсам. Это делается с помощью контроля доступа, который определяет, какие пользователи имеют право читать, изменять, добавлять и/или удалять информацию, и разделением доступа к ресурсам путем деления сети на части. Для каждого информационного ресурса, которым организация хочет управлять, может быть создан список управления доступом пользователей (ACL), которые могут предпринимать конкретные действия. Если пользователя нет в списке, у него нет возможности даже знать, что существует информационный ресурс. Списки ACL просты в понимании и обслуживании. Однако, у них есть несколько недостатков. Основной недостаток заключается в том, что каждый информационный ресурс управляется отдельно, поэтому, если необходимо добавить или удалить пользователя из нескольких информационных ресурсов, то это было бы довольно сложно, и, по мере увеличения количества пользователей и ресурсов, поддержка ACL становится сложнее. Поэтому метод управления доступом усовершенствован, и организован контроль доступа на основе ролей или RBAC. В RBAC, вместо предоставления определенным пользователям прав доступа к информационному ресурсу, пользователи назначаются ролям, а затем этим ролям назначается доступ. Это позволяет осуществлять управление пользователями и ролями по отдельности, упрощая администрирование и, соответственно, улучшая безопасность.

В случаях передачи закрытой информации по каналам связи или посредством цифровых носителей даже при правильной проверке подлинности и управлении доступом несанкционированное лицо может получить доступ к данным. **Шифрование** – это процесс кодирования данных при их передаче или хранении, чтобы с ними могли ознакомиться только уполномоченные лица.

Шифрование выполняется компьютерной программой, которая кодирует данные, которые необходимо передать; получатель получает зашифрованный текст и декодирует его (дешифрование). Отправителю и получателю необходимо согласовать метод кодирования, чтобы обе стороны могли правильно общаться. Обе стороны используют ключ шифрования, позволяющий им кодировать и декодировать сообщения друг друга. Такой тип шифрования с симметричным ключом несовершенен с точки зрения информационной безопасности, так как ключ доступен в двух разных местах.

Альтернативой *симметричному шифрованию* ключей является шифрование с открытым ключом – *асимметричное шифрование*. В шифровании с открытым ключом используются два ключа: открытый ключ и закрытый ключ. Чтобы отправить зашифрованное сообщение, вы получаете открытый ключ, кодируете сообщение и отправляете его. Затем получатель использует закрытый ключ для его декодирования. Открытый ключ может быть предоставлен всем, кто желает отправить получателю сообщение. Каждому пользователю просто нужен один закрытый ключ и один открытый ключ для защиты сообщений. При внедрении шифрования данных необходимо предусмотреть *управление криптосредствами*, в частности, криптоключами (ключевая инфраструктура) [2].

В условиях перехода от бумажного носителя в электронному важно спланировать и реализовать резервное копирование данных. Необходимы не только резервное копирование данных на серверах, но и резервные копии ключевых компьютеров. Для реализации *плана резервного копирования* необходимо определить:

полный перечень информационных ресурсов организации, которые должны быть скопированы, и выбрать лучший способ восстановления данных. Некоторые данные могут храниться на серверах, другие данные – на жестких дисках пользователей, некоторые – в облаке, а некоторые – на сторонних ресурсах;

расписание и частоту резервного копирования данных в зависимости от их значимости, скорости их изменения и с учетом возможности восстановления данных без потерь или с минимальными потерями;

возможность хранения резервных данных в удаленном месте на случай внештатных ситуаций, повлекших полное уничтожение основных носителей информации организации;

план проверки резервных копий путем восстановления, что гарантирует, что процесс резервного копирования работает в нормальном режиме.

Также для повышения надежности информационных ресурсов необходимо использовать *сетевые экраны* (брандмауэр). Брандмауэр может быть исполнен как аппаратное устройство или программное обеспечение (или и то, и другое). *Аппаратный брандмауэр* – это устройство, которое подключено к сети и фильтрует пакеты на основе набора правил. *Брандмауэр программного обеспечения* работает в операционной системе и перехватывает пакеты по мере их поступления на компьютер. Брандмауэр регулирует поток трафика внутри сети. Возможно использование нескольких сетевых экранов для дополнительного контроля трафика внутри ИВС.

Для соединения основной ЛВС организации здравоохранения с ЛВС ее филиала или для связи между удаленными корпусами, лучше всего реализовать данный вид соединения с применением *технологии виртуальных частных сетей (VPN)*. VPN позволяет пользователю, находящемуся за пределами корпоративной сети, совершить обход вокруг брандмауэра и получить доступ к внутренней сети извне. Благодаря сочетанию программного обеспечения и мер безопасности, это позволяет организации разрешить ограниченный доступ к своим сетям, в то же время, обеспечивая общую безопасность.

Другим устройством, которое может быть установлено в сети в целях дополнительной меры безопасности, является *система обнаружения вторжений* или IDS. IDS – это программное или аппаратное средство, предназначенное для выявления фактов неавторизованного доступа в компьютерную систему или сеть либо несанкционированного управления ими.

Реализация *физической безопасности* – это защита аппаратных и сетевых компонентов, которые хранят и передают информационные ресурсы. Для обеспечения физической безопасности организация должна идентифицировать все уязвимые ресурсы и принять меры для обеспечения того, чтобы эти ресурсы не могли быть физически изменены или украдены.

При реализации ИБ МИС важно применять программное обеспечение реализующее *антивирусную защиту* от несанкционированного доступа и спама как на рабочих станциях, так и на серверах.

Для своевременного реагирования на все события, проходящие в ИС, аудита и восстановления информационной системы необходимо проводить *событийное протоколирование*, которое включает в себя настройку выдачи логов, управление составом событий, по которым ведется про-

токолирование. Ведение логов позволяет восстановить очередность событий и найти уязвимости системы.

Помимо перечисленных выше технических средств и алгоритмов, организациям здравоохранения также необходимо *своевременно актуализировать политики безопасности* и применять их в качестве формы административного контроля. Фактически, эти политики должны стать отправной точкой при разработке общего плана обеспечения безопасности ИВС.

В общем случае обеспечение безопасности любой ИВС строится по определенному алгоритму (рис.) и предполагает постоянный, непрерывный процесс анализа информационных рисков и эффективности принятых мер по защите информации. *Анализ информационных рисков* – это процесс комплексной оценки защищенности информационной системы с переходом к количественным или качественным показателям рисков.

Весь комплекс принятых мер, направленных на обеспечение информационной безопасности в учреждении здравоохранения, должен быть «сбалансирован» так, чтобы пользователи МИС могли эффективно использовать в работе информационные технологии, а вся информация была защищена.

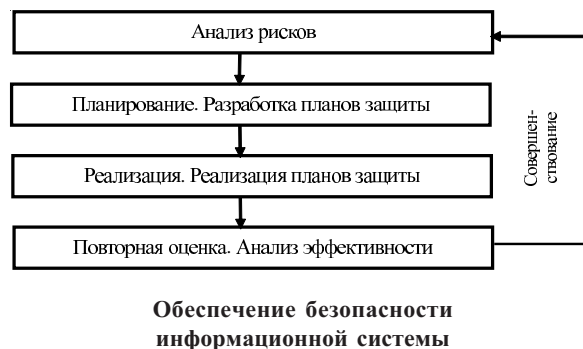
ЛИТЕРАТУРА

1. Родичев, Ю.В. Информационная безопасность: нормативно-правовые аспекты: учеб. пособие / Ю.В.Родичев. – СПб.: Питер, 2008. – 272 с.: ил. – С.23–25.
2. Шаньгин, В.Ф. Защита информации в компьютерных системах и сетях / В.Ф.Шаньгин. – М.: ДМК Пресс, 2012. – 592 с.: ил. – С.68–70, 531–532.

INFORMATION SECURITY POLICY IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS

^{1,2} Ya.A.Karshakevich, ¹ G.N.Zdor,

¹ Belarusian National Technical University, Nezavisimosti Ave. 65, 220013, Minsk, Republic of Belarus



² 19th Central Polyclinic of Pervomaisky District of Minsk City, Nezavisimosti Ave. 119, 220114, Minsk, Republic of Belarus

The article deals with general issues of the information security policy construction in the operation of medical information systems in healthcare institutions. The main techniques used to organize information security are described. The research paper presents corresponding explanations considering all the existing practical experience.

Keywords: information security; information protection; medical information systems.

Сведения об авторах:

Карshakeвич Евгений Александрович, Белорусский национальный технический университет, факультет информационных технологий и робототехники, кафедра «Робототехнические системы», аспирант; УЗ «19-я центральная районная поликлиника Первомайского района г. Минска», инженер-электроник; тел.: (+37529) 5599046; e-mail: karshakevich.e@gmail.com.

Здор Геннадий Николаевич, д-р техн. наук, профессор; Белорусский национальный технический университет, факультет информационных технологий и робототехники, зав. кафедрой «Робототехнические системы».

Поступила 05.04.2017 г.

Научные исследования

УДК 614.2:004.9] (476.6)

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

¹ М.Ю.Сурмач, ² О.Л.Зеньков

¹ Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

² Гродненская областная клиническая больница,
бульвар Ленинского комсомола, 52, 230017, г. Гродно, Республика Беларусь

В работе предпринята попытка дать интегрированную оценку уровня информатизации здравоохранения Гродненской области, выявить существующие проблемы и перспективы в дальнейшем развитии информатизации региона. Для этого изучены фактические расходы на информатизацию здравоохранения Гродненской области, проанализированы их структура и динамика за период с 2013 по 2017 год, исследованы степень готовности здравоохранения региона к введению электронной амбулаторной карты, уровень внедрения электронной карты стационарного пациента.

Ключевые слова: информатизация; электронное здравоохранение; информационная медицинская система; единое информационное пространство; Республика Беларусь; Гродненская область.

Термин «электронное здравоохранение» введен в практику Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2005 г., когда на Пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был представлен доклад секретариата ВОЗ по данному вопросу А58/21 и принята резолюция WHA58.28 [12]. Под электронным здравоохранением ВОЗ подразумевает использование информационно-коммуникационных технологий, позволяющих организовать работу по оказанию медицинской помощи, подготовке, переподготовке и повышению квалификации медицинских кадров дистанционно. В резолюции WHA58.28 eHealth особо отмечается, что электронное здравоохранение является экономически эффективной и надежной формой использования информационно-коммуникационных технологий в интересах общественного здоровья и здравоохранения, в том числе, развития непосредственно служб медико-санитарной помощи, совершенствования медицинского образования, проведения научных исследований в области здравоохранения и обмена медицинской информацией.

Развитие электронного здравоохранения – в числе приоритетов деятельности в здравоохране-

нии Российской Федерации – крупнейшего партнера Республики Беларусь по Евразийскому экономическому союзу. Как отметил заведующий отделом методологии проведения аудита эффективности деятельности учреждений здравоохранения государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ») Сергей Бударин, «внедрение адекватных инструментов оценки качества управления ресурсами, сопоставление достигнутых результатов с целевыми показателями является одним из методов выбора приоритетных направлений при реформировании системы здравоохранения и прогнозирования успешной работы медицинских организаций» [1, с.18]. Департаментом здравоохранения города Москвы принят приказ от 15.07.2016 г. №622 «О внедрении Стандарта качества управления ресурсами (СКУР) в государственных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы». Этим был дан старт очередному этапу внедрения в Москве инструментов оценки качества управления ресурсами медицинских организаций, поскольку цель СКУР –

создание условий, способствующих оптимизации расходов при осуществлении учреждением медицинской деятельности, в рамках которой населению оказывается доступная и качественная медицинская помощь [1]. Плановая работа по информатизации проводится и в других регионах России: внедряется электронная медицинская карта, запущен пилотный сервис «Электронный рецепт», в ряде регионов (Астраханская область, Белгородская область, город Москва) внедрен проект «Электронный листок нетрудоспособности». Последний предусматривает возможность использования листка нетрудоспособности как на бумажном носителе, так и в форме электронного документа, сформированного в автоматизированной информационной системе, содержащего усиленную квалифицированную электронную подпись уполномоченных лиц и имеющего равную юридическую силу с листком нетрудоспособности, оформленным в установленном порядке на бланке листка нетрудоспособности по утвержденной приказом Минздравсоцразвития России форме. В Москве действует Единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС). В связи с этим специалисты ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» отмечают, что «уже сегодня ЕМИАС собирает такой объем информации, что основные процессы в системе здравоохранения становятся прозрачными, а, значит, доступными для анализа, планирования и принятия обоснованных решений» [4, с.84].

На примере Российской Федерации можно констатировать, что «развитие электронных сервисов направлено на снижение и упрощение документооборота, разгружает работу медицинского персонала и снижает временные затраты пациентов на привычные ранее действия» [11, с.81]. Очевидна социальная эффективность мер по информатизации здравоохранения, связанная с реализацией декларируемых государством равных прав на получение высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи как жителями крупных городов, так и отдаленных сельских населенных пунктов [9].

В качестве приоритетов внедрения информационных технологий в отрасли здравоохранения России в настоящее время рассматриваются такие направления, как контроль качества медицинской помощи и развития информатизации в регионах, выравнивание уровня региональных и межрегиональных учрежденческих систем, развитие непрерывного медицинского и фармацевтического образования и, в том числе, Федеральной электронной медицинской библиотеки как справочной

системы единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Результаты работ по информатизации отрасли в нашей стране на момент разработки документа представлены в Государственной программе развития цифровой экономики и информационного общества на 2016–2020 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23.03.2016 г. №235, где отмечается, что «в целях повышения уровня информатизации в сфере здравоохранения разработаны автоматизированная республиканская телемедицинская система унифицированного медицинского консультирования, персонифицированная информационно-аналитическая система учета медицинских и фармацевтических кадров Республики Беларусь, информационно-аналитическая система республиканского эпидемиологического регистра пациентов с гематологическими заболеваниями, информационно-аналитическая система по планированию и контролю централизованных конкурсных закупок лекарственных средств для организаций здравоохранения Республики Беларусь, создана технология полномасштабного учета случаев травматизма в Республике Беларусь, разработана республиканская информационно-аналитическая система по медэкспертизе и реабилитации инвалидов» [5]. Дальнейшее развитие информационных технологий в здравоохранении призвано обеспечить повышение доступности и качества медицинской помощи населению [3; 10].

Методология исследования

С целью оценки уровня информатизации здравоохранения Гродненской области, выявления существующих проблем и перспектив в дальнейшем развитии информатизации региона, нами были проанализированы методологические подходы к оценке информатизации здравоохранения, принятые в Республике Беларусь.

В соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 02.12.2013 г. №531 «О некоторых вопросах информатизации» [7] и с целью выстраивания единой стратегии, в Министерстве здравоохранения Республики Беларусь была разработана отраслевая программа информатизации. В организациях здравоохранения началась активная работа по внедрению информационных медицинских систем, осуществляющих автоматизацию тех или иных элементов лечебно-диагностического процесса [2]. Реализована подпрограмма «Электронное здравоохранение» Национальной программы ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 годы, утвержденной постановлени-

ем Совета Министров Республики Беларусь от 28.03.2011 г. №384 [8]. Показатели результативности подпрограммы и их значения в годы ее реализации отображены в таблице.

Согласно Государственной программе развития цифровой экономики и информационного общества на 2016–2020 годы [5], перспективным направлением до 2020 года является формирование цифровой экономики, в том числе электронного здравоохранения, электронного образования, развитие человеческого капитала. При этом, значительное количество прикладных проектов информатизации, направленных на повышение эффективности хозяйственной деятельности реального сектора экономики, реализуется в рамках 52 отраслевых и региональных программ информатизации, разработанных государственными органами и организациями в соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 02.12.2013 г. №531 «О некоторых вопросах информатизации» [7]. Наиболее значимым в здравоохранении указан проект по использованию электронных рецептов с развитием его до полномасштабной республиканской информационной системы, в том числе, с применением технологии электронной цифровой подписи республиканского удостоверяющего центра.

Сводным целевым показателем реализации Государственной программы развития цифровой

экономики и информационного общества на 2016–2020 годы в отрасли здравоохранения установлен такой индикатор, как «доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде (процентов от общего числа врачей, выписывающих рецепты)» [5, прил. 1, п.9].

Опираясь на приведенные выше показатели, мы предприняли попытку дать интегрированную оценку уровня информатизации здравоохранения Гродненской области, выявить существующие проблемы и перспективы в дальнейшем развитии информатизации региона. При этом, чтобы сделать оценку на уровне региона комплексной и более полной, мы попытались дополнить систему индикаторов. На наш взгляд, с учетом показателей, приведенных в таблице, и сводного целевого показателя реализации Государственной программы развития цифровой экономики и информационного общества на 2016–2020 годы, в качестве индикаторов уровня информатизации здравоохранения региона в отрасли могут применяться следующие:

степень готовности организаций здравоохранения к внедрению электронной амбулаторной карты и карты стационарного пациента;

процент автоматизация рабочих мест специалистов, врачей общей практики;

Таблица

Значения показателей подпрограммы «Электронное здравоохранение» Национальной программы ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 годы

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015
Доля организаций здравоохранения, использующих, получающих (оказывающих) услуги удаленного (телемедицинского) консультирования	республиканского уровня – не менее 55	республиканского уровня – не менее 80	республиканского уровня – 100	областного уровня – не менее 60	областного уровня – не менее 70
	областного – 22	областного – не менее 37	областного – не менее 50	–	–
	районного – 7	районного – не менее 11	районного – не менее 15	районного – не менее 30	районного – 40
Относительная доля медицинской документации, представленной в электронном виде	6	10	15	35	не менее 50
Посещаемость информационного портала «За здоровый образ жизни»	–	–	не менее 5 тыс. посещений в месяц	не менее 30 тыс. посещений в месяц	не менее 50 тыс. посещений в месяц
Снижение затрат государственных органов власти на организацию обмена информацией на межведомственном уровне	–	–	10	20	25

уровень внедрения «электронного рецепта» и телемедицинского консультирования (ТМК) пациентов организации здравоохранения (ОЗ);

процент электронного документооборота в системе межведомственного документооборота (СМДО).

В ходе настоящего исследования решались следующие задачи:

изучить фактические расходы на информатизацию здравоохранения Гродненской области, проанализировать их структуру и динамику за период с 2013 по 2017 год;

установить уровень готовности здравоохранения Гродненской области к введению электронной амбулаторной карты;

установить уровень внедрения электронной карты стационарного пациента в организациях здравоохранения Гродненской области.

Приоритет первичной помощи в здравоохранении ставит на первое место в оценке информатизации наличие электронной амбулаторной карты в организации здравоохранения. Утвержденной методики оценки уровня готовности организаций к внедрению электронной амбулаторной карты нет. Нами использованы следующие методические подходы: оценен уровень обеспеченности амбулаторно-поликлинических подразделений организаций здравоохранения по ключевым техническим позициям (наличие компьютерных сетей, компьютеров и серверов, программного обеспечения) с последующим расчетом среднего значения по области. Уровень обеспеченности рассчитывался как доля (в процентах) реальной обеспеченности от фактической потребности. Фактическая потребность в ресурсах оценивалась в соответствии со структурой ОЗ.

При оценке уровня внедрения в стационарах электронной карты стационарного пациента применяли аналогичную методику (определение соотношения обеспеченности к фактической потребности).

Источником сведений о расходах на информатизацию здравоохранения Гродненской области послужили данные ведомственной отчетности Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Проводились статистические исследования уровня внедрения некоторых АРМов персонала ОЗ, рабочих мест проектов «Электронный рецепт» и «Электронный документооборот».

Результаты и обсуждение

Фактические расходы на информатизацию здравоохранения Гродненской области, их структура и динамика в 2013–2017 гг. Ежегодно на информатизацию расходуются значительные средства – по итогам 2016 г. сумма составила 1378,7 тыс. руб. (рис. 1). В динамике за 4 года прирост составил 211%. В структуре расходов бюджетные средства составляют 2/3, внебюджетные – 1/3.

Необходимо отметить изменения в структуре расходов на информатизацию (рис. 2). Если в 2013 г. значительный удельный вес приходился на приобретение компьютерной техники – 49,8%, программного обеспечения (АРМов) – 14,3%, построение локальных сетей – 9,1%, то в 2016 г. 57,5% составили расходы на оплату сопровождения программного обеспечения, доля расходов на приобретение компьютерной техники снизилась до 21,8%, построение локальных сетей – до 0,4% общих расходов на информатизацию.

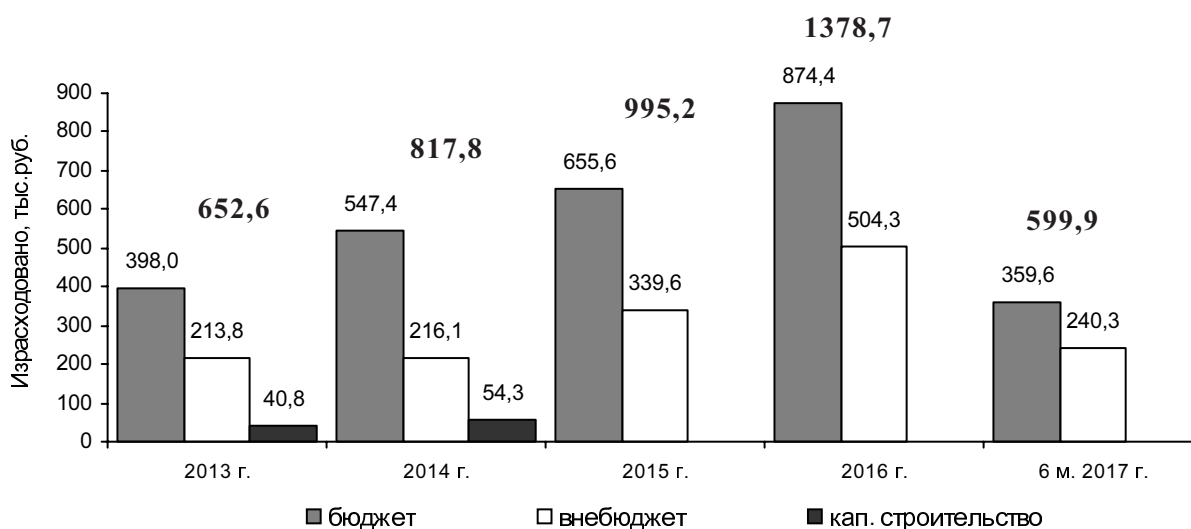


Рис. 1. Фактические расходы на информатизацию здравоохранения в Гродненской области

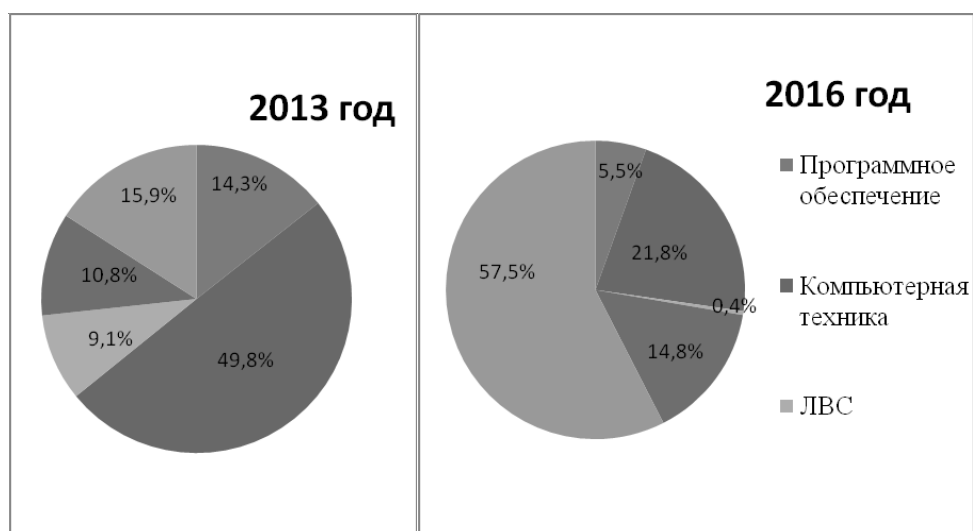


Рис. 2. Структура расходов на информатизацию (2013 и 2016 гг.)

Несмотря на общее увеличение расходов на информатизацию, отмечается снижение количества приобретаемой техники (рис. 3). В 2013 г. был приобретен 471 компьютер и построено 250 точек локальных сетей, в 2016 г. – 341 и 117 соответственно.

Уровень обеспеченности организаций здравоохранения Гродненской области по ключевым техническим позициям, необходимым для внедрения электронной амбулаторной карты. Степень обеспеченности компьютерной техникой по отношению к потребности составляет 70,1%, серверным оборудованием – 73,6%, программным обеспечением (АРМ) – 67,1%, уровень обеспечения местами в локальной компьютерной сети –

76,91%, и, соответственно, общий уровень готовности амбулаторного звена области к введению электронной амбулаторной карты – 71,8%.

Завершена информатизация в амбулаторно-поликлинических подразделениях следующих организаций: УЗ «Гродненская областная клиническая больница», УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», УЗ «Гродненский областной кардиологический диспансер», УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия – наркология», УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», УЗ «Берестовицкая ЦРБ» (рис. 4).

Высокий уровень готовности отмечается в ГУЗ «Городская поликлиника №6 г. Гродно» (ГУЗ

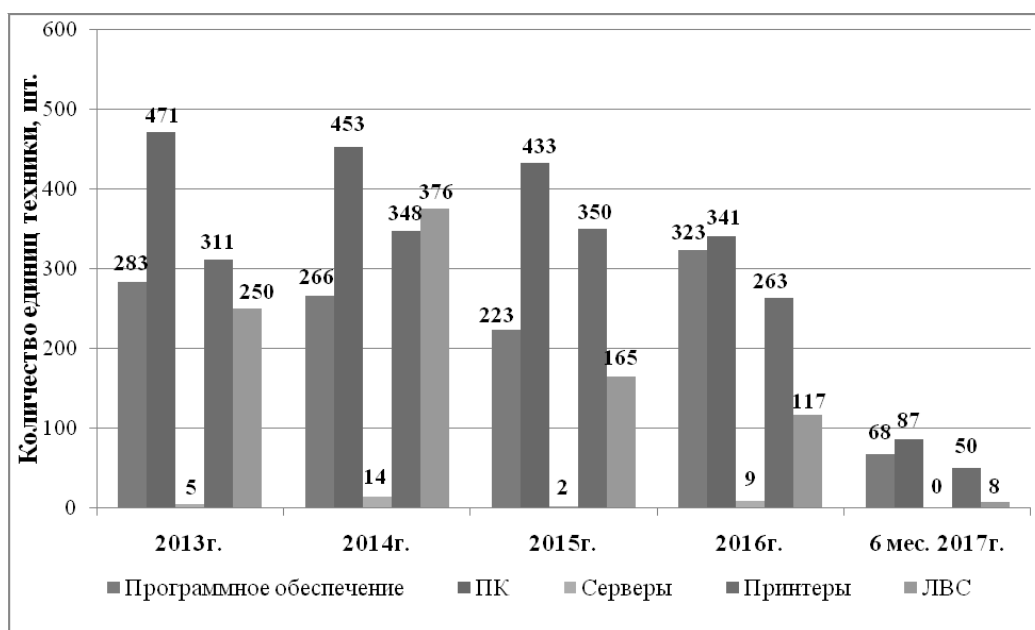


Рис. 3. Количество единиц техники, приобретенной на нужды информатизации (2013 – 6 мес. 2017 г.)

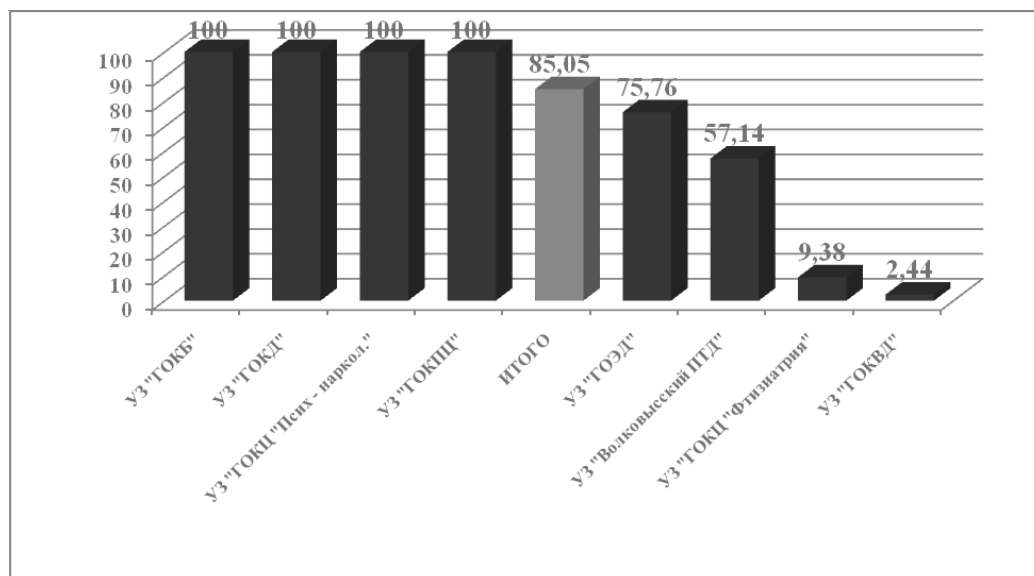


Рис. 4. Уровень готовности к введению электронной амбулаторной карты в лечебно-профилактических организациях областного подчинения (в процентах)

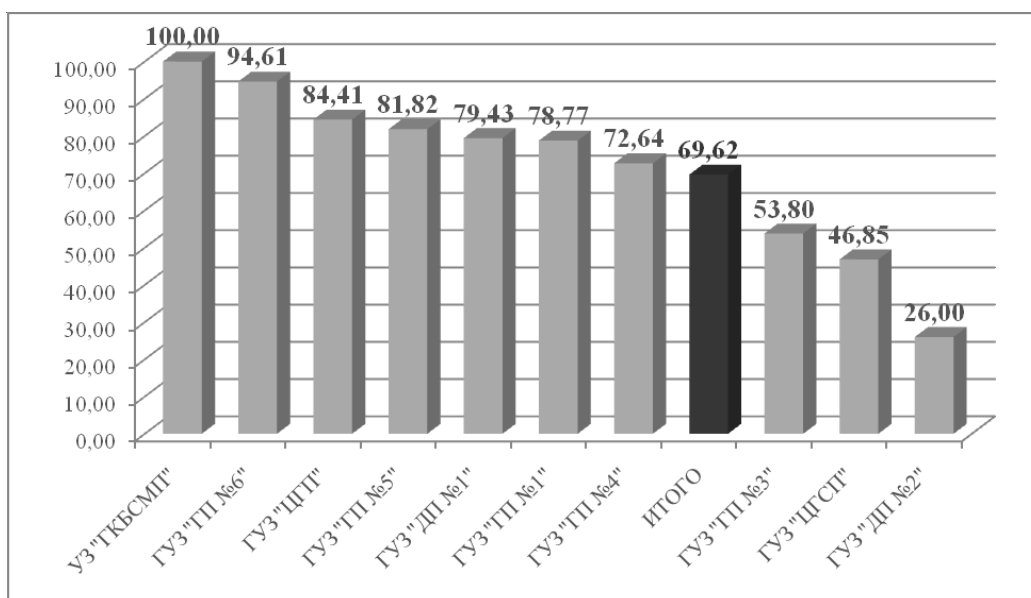


Рис. 5. Уровень готовности к введению электронной амбулаторной карты по лечебно-профилактическим организациям г. Гродно и Гродненского района (в процентах)

«ГП№6») – 94,61%, ГУЗ «Гродненская центральная городская поликлиника» (ГУЗ «ГЦГП») – 84,41%, ГУЗ «Городская поликлиника №5 г. Гродно» (ГУЗ «ГП№5») – 81,82%, ГУЗ «Детская поликлиника №1 г. Гродно» (ГУЗ «ДП№1») – 79,43%. Общая готовность уровня здравоохранения ЛПО г. Гродно составляет 69,62% (рис. 5).

Высокий уровень готовности отмечен в УЗ «Новогрудская ЦРБ» – 95,71%, УЗ «Лидская ЦРБ» – 94,18%, УЗ «Островецкая ЦРБ» – 93,81%, УЗ «Дятловская ЦРБ» – 90,65%, УЗ «Слонимская ЦРБ» – 74,35%. Общая готовность ОЗ районного звена составила 70,81% (рис. 6).

Аналогичный расчет проведен нами в организациях здравоохранения Гродненской области относительно уровня готовности к внедрению электронной карты стационарного пациента. В результате: по компьютерной технике – готовность 72,8%, по серверному оборудованию – 62,5%, по программному обеспечению – 43,1%, по обеспечению местами в локальной компьютерной сети – 63,7%, и, соответственно, общий уровень готовности стационарного звена составляет 61,8%.

Полностью информатизированы стационары следующих организаций: УЗ «Гродненская областная клиническая больница», УЗ «Гродненская област-

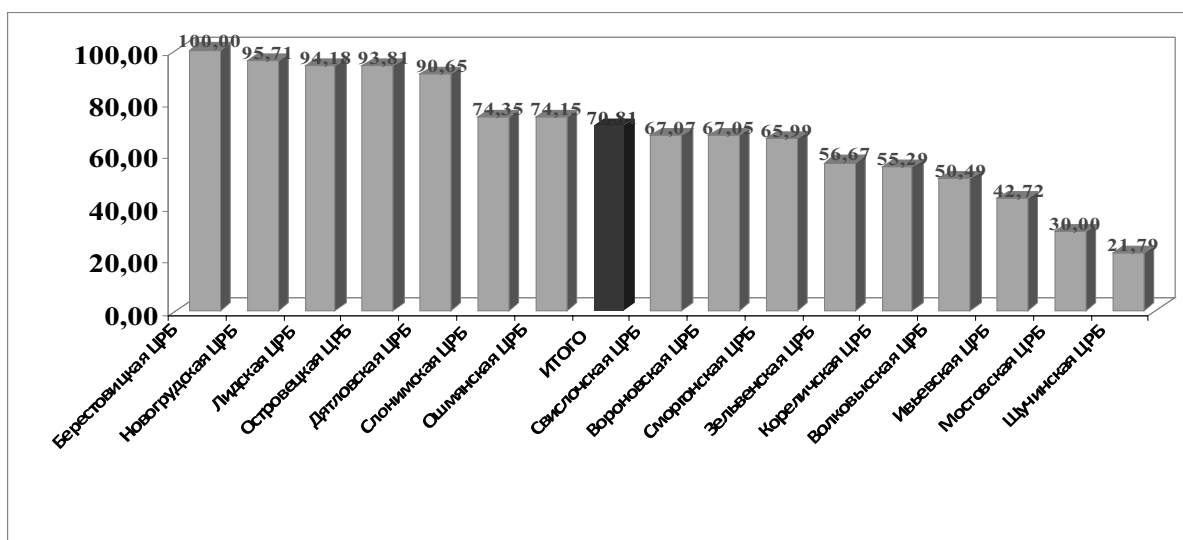


Рис. 6. Уровень готовности к введению электронной амбулаторной карты в районных лечебно-профилактических организациях (в процентах)

ная детская клиническая больница), УЗ «Гродненский областной кардиологический диспансер», УЗ «Гродненская областная инфекционная больница», УЗ «Туберкулезная больница «Бояры», УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно» (УЗ «ГКБ№2»), УЗ «Берестовицкая ЦРБ» (рис. 7–9).

Высокий уровень готовности отмечен в УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология» – 98,57%, УЗ «Островецкая ЦРБ» – 90%, УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» – 84,83%, УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»

(УЗ «ГКБ №4») – 80,7%, УЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации» – 76,22%, УЗ «Городская клиническая больница №3 г. Гродно» (УЗ «ГКБ№3») – 67,01% (рис. 7–9).

При этом, средний уровень готовности по ЛПО районного звена – 22,3%, и показатель выше среднего отмечен только для 5 организаций (УЗ «Берестовицкая ЦРБ» – 100%; УЗ «Островецкая ЦРБ» – 90%, УЗ «Дятловская ЦРБ» – 47,83%, УЗ «Вороневская ЦРБ» – 39,13%, УЗ «Щучинская ЦРБ» – 23,53%) (рис. 9).

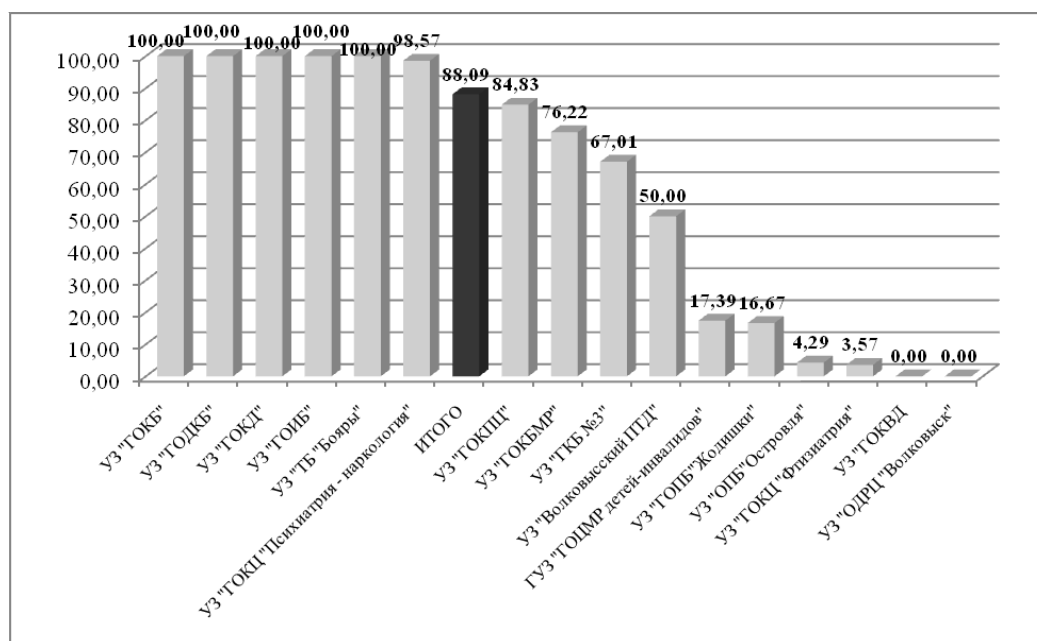


Рис. 7. Уровень готовности к введению электронной карты стационарного пациента в лечебно-профилактических организациях областного подчинения (в процентах)

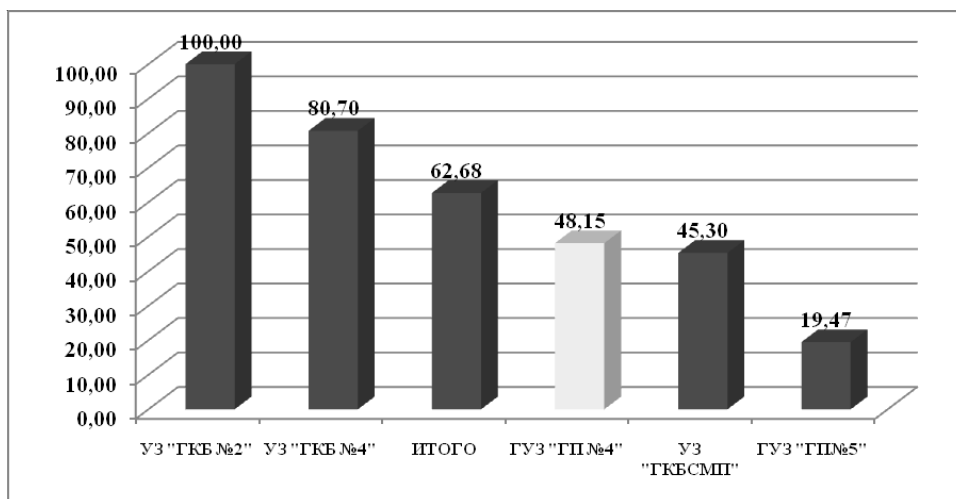


Рис. 8. Уровень готовности к введению электронной карты стационарного пациента в лечебно-профилактических организациях г. Гродно и Гродненского района (в процентах)

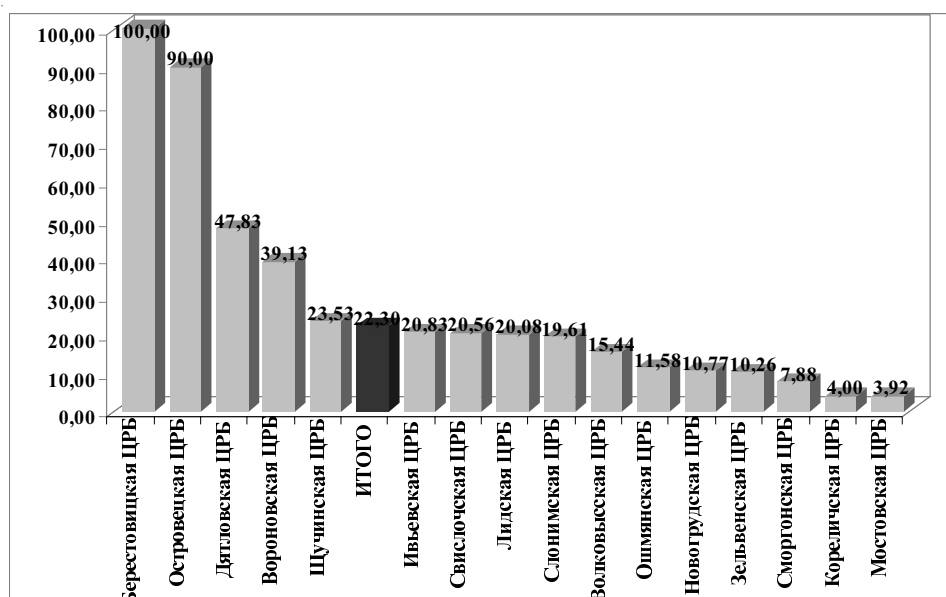


Рис. 9. Уровень готовности к введению электронной карты стационарного пациента в лечебно-профилактических организациях районного уровня (в процентах)

На контроле Министерства здравоохранения – внедрение в амбулаторно-поликлинических организациях ряда АРМов. Все поликлиники г. Гродно и центральные районные поликлиники имеют локальные вычислительные сети. Автоматизированы регистратуры, кабинеты статистики, кабинеты участковых терапевтов, автоматизирован процесс диспансеризации, в амбулаторно-поликлинических организациях имеются Интернет и электронная почта. Следует отметить, что не во всех поликлиниках автоматизирован учет мероприятий по иммунопрофилактике (Дятловская и Мостовская ЦРБ) и учет временной нетрудоспособности (Вороновская и Мостовская ЦРБ). При оценке уровня выполнения задач по внедрению данных АРМов, в итоге получается результат 86,0%. Во

всех 111 амбулаториях врача общей практики, как самостоятельных, так и в составе участковых больниц, развернута автоматизированная информационная система «Врач общей практики».

В соответствии с изменениями и дополнениями, внесенными Указом Президента Республики Беларусь от 04.04.2013 г. №157 «О внесении изменений и дополнений в некоторые указы Президента Республики Беларусь» [6, пункт 1, подпункт 1.3] в Указ Президента Республики Беларусь от 08.11.2011 г. №515 «О некоторых вопросах развития информационного общества в Республике Беларусь» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2011 г., №125, 1/13064), в здравоохранении активно внедряется электронный документооборот. На контроле для использования

системы межведомственного документооборота (СМДО) состоит 58 организаций области. По результатам исследования, уровень подключения составляет 88,0%, и до конца 2017 г. запланировано вхождение в СМДО оставшихся 7 организаций. Вместе с тем, следует отметить низкий уровень использования СМДО к настоящему времени – всего 4% общего количества исходящей документации. Для расширения использования СМДО проводятся мероприятия по увеличению количества рабочих мест в организациях и обучению персонала.

В 2016 г. 5 организаций здравоохранения начали работу по пилотному проекту «Электронный рецепт» – это ОЗ г. Гродно: ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП№6», ГУЗ ДП№1», районные организации: Лидская ЦРБ, Сморгонская ЦРБ. За период работы жителям региона было выдано 34420 электронных карт и выписано 45743 электронных рецепта.

Все организации Гродненской области готовятся к внедрению новой технологии. По результатам мониторинга, уровень готовности по городским ОЗ составляет 92,6%. На районном уровне – 49,6%. По области уровень готовности к внедрению технологии «Электронный рецепт» к концу первого полугодия 2017 г. составил 59,9%.

В связи с расширением технической возможности на республиканском уровне до конца 2017 г. технология «Электронного рецепта» будет реализована во всех поликлиниках г. Гродно.

В составе всех областных и районных ОЗ нашего региона организованы центры и кабинеты телемедицинского консультирования. За 1-е полугодие 2017 г. проведено 365 телемедицинских консультаций на областном уровне. Ряд лечебно-профилактических организаций занимают более активную позицию: УЗ «ГОКБ» – 172 телемедицинские консультации, инфекционная больница – 31, УЗ «БСМП» – 47, УЗ «ГОККЦ» – 25, УЗ «ГОКБ МР» – 17. На районном уровне лидируют Островецкая ЦРБ – 61 телемедицинская консультация, Берестовицкая ЦРБ – 56, Лидская ЦРБ – 41, Волковысская ЦРБ – 27, Сморгонская ЦРБ – 23.

В планах развития информатизации здравоохранения – объединение всех ОЗ в единое информационное пространство путем внедрения программного комплекса «Региональная информационная медицинская система» (РИМС). Создание единого регистра населения региона выведет на новый уровень медицинское обеспечение жителей области.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в структуре расходов на информатизацию здра-

воохранения Гродненской области за пятилетний период произошло смещение в сторону увеличения оплаты сопровождения приобретенного программного обеспечения и снижения удельного веса расходов на развитие процесса. Следовательно, здравоохранение региона вступило в этап развития информатизации, на протяжении которого не создается новая инфраструктура, а происходит поддержание существующей системы, когда уровень информатизации ОЗ достаточно высок.

Необходимо отметить высокий уровень готовности организаций здравоохранения Гродненской области к внедрению электронной амбулаторной карты и электронной карты стационарного пациента, особенно на областном уровне и в организациях г. Гродно. Следует констатировать почти полный охват автоматизацией рабочих мест ряда специалистов первичного звена, в том числе, врачей общей практики, что способствует реализации стратегических задач, поставленных для этого уровня здравоохранения.

Гродненский регион в числе лидеров в стране по реализации проекта «Электронный рецепт», который (при создании и ведении централизованного электронного банка медицинских данных пациентов) рассматривается Министерством здравоохранения как основа организации единого информационного пространства в системе здравоохранения.

В регионе в целях обеспечения общедоступности и единого высокого стандарта качества медицинского обслуживания, консультирования пациентов в ведущих организациях здравоохранения, наблюдения пациентов после сложных медицинских вмешательств активно развивается телемедицинское консультирование.

В настоящее время разработан комплексный план информатизации организаций здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета на 2018–2021 гг. с учетом займа Всемирного банка. Организации здравоохранения области, нуждающиеся в повышении уровня внедрения медицинских информационных систем, должны получить значительные денежные средства на эти цели. При этом, предусмотрено также выделение средств из местных бюджетов и использование внебюджетных средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бударин, С. Внедрение стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы / С.Бударин // Московская медицина. – 2016. – Т.14, №2. – С.18–25.
2. Демидов, А.В. Информатизация организаций здравоохранения Республики Беларусь / А.В.Демидов

- // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – №3. – С.20–25.
3. Калинина, Т.В. Телемедицина в работе врача общей практики / Т.В.Калинина, И.Н.Мороз, В.Ч.Можейко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – №3. – С.25–28.
 4. На службе здоровья // Московская медицина. – 2016. – Т.14, №2. – С.84–90.
 5. Об утверждении Государственной программы развития цифровой экономики и информационного общества на 2016–2020 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 23 март. 2016 г., №235 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 6. О внесении изменений и дополнений в некоторые указы Президента Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 4 апр. 2013 г., №157 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 7. О некоторых вопросах информатизации [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 2 дек. 2013 г., №531 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 8. Основные характеристики Национальной программы ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 годы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/ru/static/activities/gosudarstvennyye_programmy/informatics_Characteristic. – Дата доступа: 07.08.2017.
 9. Ситникова, О.Ю. Особенности планирования медицинской помощи сельскому населению Московской области (на примере Ногинского муниципального района): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / О.Ю.Ситникова; Новосибирский государственный медицинский университет – М., 2007. – 27 с.
 10. Современные информационно-коммуникационные технологии в деятельности врача / М.А.Герасименко, И.Н.Мороз, Т.В.Калинина, В.Ч.Можейко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – №3. – С.76–79.
 11. Электронное здравоохранение // Московская медицина. – 2016. – Т.14, №2. – С.81–83.
 12. WHA58.28 eHealth [Electronic resource] // Fifty-eighth World Health Assembly, Resolutions and Decisions: Ninth plenary meeting, 25 May 2005 – Committee A, seventh report. – Mode of access: <http://www.who.int/healthacademy/media/WHA58-28-en.pdf>. – Date of access: 07.08.2017.

INFORMATIZATION OF HEALTHCARE SERVICES OF GRODNO REGION: PROBLEMS AND PROSPECTS

¹ M.Yu.Surmach, ² A.L.Ziankov

¹ Grodno State Medical University, M.Gorky Str. 80, 230009, Grodno, Republic of Belarus

² Grodno Regional Clinical Hospital, Lenin Komsomol Boulevard 52, 230017, Grodno, Republic of Belarus

The article devoted to integrative estimation of healthcare services informatization level in Grodno Region, to revealing of existing problems and prospects in the further development of Region's informatization. To achieve this, the actual expenditures of Grodno Region healthcare services informatization, their structure and dynamics for the period from 2013 to 2017 were analyzed, the degree of regional health preparedness for electronic outpatient card introduction, the level of electronic inpatient card introduction were studied.

Keywords: informatization; e-health; healthcare information system; united information space; Republic of Belarus; Grodno Region.

Сведения об авторах:

Сурмач Марина Юрьевна, д-р мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+375152) 600809, (+375152) 446758; e-mail: marina_surmach@mail.ru.

Зеньков Олег Леонидович, УЗ «Гродненская областная клиническая больница», зам. главного врача по организационно-методической работе; тел.: (+375152) 430169; e-mail: oblmedstat@mail.grodno.by.

Поступила 10.08.2017 г.

УДК 371.134:[616-051:368.08]:614.2

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ SWOT-АНАЛИЗА В ПОДГОТОВКЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹М.В.Щавелева, ²Т.Н.Глинская, ¹Э.А.Вальчук

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

² Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий,
Долгиновский тракт, 160, 220053, г. Минск, Республика Беларусь

В статье обобщены результаты проведения SWOT-анализа отрасли здравоохранения за период 2015–2017 гг. слушателями кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО (всего – 513 респондентов из числа руководителей /заместителей руководителей, а также лиц из резерва кадров к назначению на данные должности).

Ключевые слова: социальная сфера; планирование развития; управление процессами; Республика Беларусь; система здравоохранения; оценка состояния; руководители организаций здравоохранения; SWOT-анализ; управление отраслью; управленческие кадры; подготовка; переподготовка; повышение квалификации.

При постоянстве основных функций управления современная управленческая парадигма претерпевает значительные изменения, в том числе, под влиянием сложного комплекса проблем экономического, политического и гуманитарного характера [1]. Направленность происходящих изменений различна. С одной стороны, растет экономическая значимость социальной сферы (в сознании большинства ассоциирующейся со сферой услуг) – образования, здравоохранения, культуры, социального обеспечения, коммунального обслуживания. В то же время стремительно снижается значимость промышленного производства. На сегодняшний день в развитых странах в секторах, производящих услуги, сосредоточено 70–80% валового внутреннего продукта и общей численности работников, более 2/3 капиталовложений [2]. Проявлением этого процесса на государственном уровне является признание необходимости повышения качества жизни как основной цели социально-экономического развития [3, 4].

На фоне глобальных социально-экономических преобразований и реорганизаций меняется роль организаций (учреждений) социальной сферы, в частности, здравоохранения. Любая клиническая больница нашей страны – высокотехнологичный комплекс, мощность которого может достигать 1000 и более коек, число сотрудников превышать 2000 человек, а общее число пролеченных пациентов – 20 тыс. в год.

Реализация функций управления в подобной системе затрагивает интересы персонала, госпи-

тализированных пациентов и лиц, получающих консультативную медицинскую помощь, то есть очень большого количества людей, связанных с функционированием этой системы – так называемых «стейкхолдеров».

Рассматривая функции управления на примере центральной районной больницы или городской поликлиники (даже небольшой мощности), следует отметить, что стейкхолдерами, наряду с персоналом организации здравоохранения (ОЗ), будет выступать все население района (или прикрепленное население поликлиники), миссия по поддержанию и укреплению здоровья которого возложена на данную ОЗ.

Реализация функций управления практически всеми организациями во всех отраслях социальной сферы затрагивает интересы большого количества людей, сопоставимого с численностью работников крупнейших предприятий и корпораций.

Таким образом, подготовка управленческих кадров для социальной сферы, в частности, для здравоохранения, становится первоочередной задачей современного общества.

Как известно, все управленческие функции объединены процессом стратегического планирования, и ключевым здесь выступает определение в качестве «стратегического» типа разрабатываемых плановых решений, закладываемых в основу планирования. По высказыванию древнего китайского полководца Сунь Бина: «Стратегия без тактики – это самый медленный путь к победе.

Тактика без стратегии – это просто суета перед поражением».

В рамках стратегического планирования «выделяют четыре основных вида управленческой деятельности:

распределение ресурсов, дефицитных управленческих талантов, технологического опыта;

адаптацию к внешней среде, которая охватывает отношения организации с окружающей средой;

внутреннюю координацию, включающую изучение сильных и слабых сторон учреждения, с целью достижения эффективной интеграции внутренних операций;

осознание организационных стратегий – способность руководителей учиться на прошлом опыте, на прошлых стратегических решениях» [5, с.56].

Стратегическое планирование здравоохранения сегодня – это определение целей, задач, приоритетов, порядка, объемов, условий деятельности здравоохранения на перспективу.

Один из наиболее универсальных и востребованных (в том числе, на уровне государственных органов управления нашей страны [6]) методов стратегического планирования – SWOT-анализ, то есть анализ сильных и слабых сторон организации, а также возможностей и угроз со стороны внешней по отношению к отрасли/организации среды.

Этот метод заключается в выявлении факторов внутренней и внешней среды деятельности отрасли/организации и разделении их на четыре категории:

Strengths (S – сильные стороны);

Weaknesses (W – слабые стороны);

Opportunities (O – возможности);

Threats (T – угрозы).

При этом сильные (S) и слабые (W) стороны являются факторами внутренней среды объекта анализа, а именно тем, на что объект способен повлиять сам. В свою очередь, возможности (O) и угрозы (T) – это факторы внешней среды, которые могут повлиять на объект анализа извне. Таким образом, первоначальная задача SWOT-анализа – дать структурированное описание ситуации (табл. 1).

Эффективность метода можно усилить посредством построения вариантов действий, основанных на пересечении полей: «сильные стороны», «слабые стороны», «возможности», «угрозы». Схематично в результате такого графического построения появляются 4 дополнительных поля, которые демонстрируют варианты необходимых действий (табл. 2)

При этом, поле СИБ показывает, какие сильные стороны необходимо использовать, чтобы получить отдачу от возможностей во внешней среде, поле СЛВ – за счет каких возможностей внешней среды можно преодолеть имеющиеся слабости, поле СИУ – какие силы необходимо использовать для устранения угроз, поле СЛУ – от каких слабостей необходимо избавиться, чтобы попытаться предотвратить нависшую угрозу.

Следует отметить, что SWOT-анализ является универсальным методом, он может использоваться не только для стратегического планирования, но и для оперативной оценки ситуации. SWOT-анализ можно применить в самых разных сферах экономики и управления; его можно адаптировать к объекту исследования любого уровня (отрасль, организация, отделение, конкретный руководитель или работник). При этом, SWOT-анализ – довольно гибкий метод, поскольку позволяет осуществлять свободный выбор анализируемых элементов в зависимости от поставленных целей. Например,

Таблица 1

Матрица для проведения первого этапа SWOT-анализа

Strengths Сильные стороны	Weaknesses Слабые стороны
Opportunities Возможности	Threats Угрозы

Таблица 2

Схема второго этапа проведения SWOT-анализа

Стороны	Возможности (В)	Угрозы (У)
Сильные стороны (СИ)	СИБ	СИУ
Слабые стороны (СЛ)	СЛВ	СЛУ

можно в целом анализировать деятельность ОЗ, можно обратиться к SWOT-анализу только с точки зрения кадрового потенциала организации или с точки зрения ее отдельных бизнес-процессов, маршрутизации движения пациентов и пр.

Неоспоримое преимущество метода – его использование не требует специальных знаний. При этом, настоятельно рекомендуется максимальная степень объективизации. Современные теории бизнеса и оценки результатов его ведения исходят из того, что нельзя доверять проведение анализа только собственникам бизнеса и большинству генеральных директоров. Ни те, ни другие, как правило, не в состоянии полностью отойти от собственных представлений о своем бизнесе и взглянуть на него как незаинтересованный сторонний наблюдатель.

В данной статье нами обобщены результаты проведения SWOT-анализа отрасли здравоохранения за период 2015–2017 гг. Анализ проводили обучающиеся на кафедре общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО слушатели (513 респондентов) – руководители/заместители руководителей ОЗ, а также лица из резерва кадров к назначению на данные должности (далее – руководители).

Итоговые результаты проведенного анализа представлены в табл. 3. По большинству позиций в таблицу попали ТОП-7 ответов (по частоте встречаемости в той или иной редакции в общей совокупности ответов по каждой из позиций: **Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats**).

Вполне ожидаемо, что, по мнению большинства респондентов, самой «сильной стороной» отечественного здравоохранения является его **доступность**. Создание условий «доступного для всех граждан медицинского обслуживания» гарантировано Конституцией Республики Беларусь [7, ст.45]. При этом, согласно статье 1 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», «здравоохранение – отрасль деятельности государства, целью которой являются организация и обеспечение *доступного* медицинского обслуживания населения» [8].

В свою очередь, Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах» «...определяет правовые основы установления, формирования и применения государственных минимальных социальных стандартов, обеспечивающих реализацию закрепленных Конституцией Республики Беларусь *социальных прав*

Таблица 3

SWOT-анализ состояния белорусского здравоохранения

Strengths Сильные стороны	Weaknesses Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> • Доступность • Государственные гарантии • Уровень подготовки кадров • Бюджетное финансирование • Четырехуровневая система оказания медицинской помощи населению • Активное развитие высокотехнологичной помощи • Качество оказываемой медицинской помощи и ответственность за него 	<ul style="list-style-type: none"> • Низкая мотивация персонала • Материально-техническая база организаций здравоохранения • Нерациональное использование ресурсов • Несовершенство нормативно-правовой базы • Большой документооборот • Незащищенность персонала • Недостаток профилактических программ
Opportunities Возможности	Threats Угрозы
<ul style="list-style-type: none"> • Информатизация здравоохранения • Активное взаимодействие с другими ведомствами • Формирование у населения мотивации на ведение здорового образа жизни • Многоукладность, развитие государственно-частного партнерства • Интеграция международного опыта 	<ul style="list-style-type: none"> • Отток кадров • Медико-демографическая ситуация (постарение населения и увеличение потребностей в медицинской помощи) • Международная экономическая и политическая ситуация • Финансирование • Легкая доступность табака, алкоголя • Сформировавшееся представление населения о заботливом здравоохранении • Дестабилизация эпидемиологической ситуации из-за мобильности населения

граждан» [9]. Поэтому обоснованно второй позицией перечня «сильных сторон» отечественного здравоохранения выступают государственные гарантии.

С приведенными выше мнениями у части респондентов ассоциируется положение о бюджетном финансировании здравоохранения (позиция 4), которое является основой гарантии «бесплатного лечения в государственных учреждениях здравоохранения» [7].

Как сильная черта отечественного здравоохранения многими респондентами оценивается достаточно высокий уровень подготовки кадров. Однако, при более глубоком рассмотрении мнений выясняется, что часть слушателей относит к высокому уровню только теоретическую подготовку. На этом фоне появляется тенденция критического отношения к практической подготовке. Несмотря на то, что по позиции «Weaknesses Слабые стороны» ответ о подготовке кадров не вошел в ТОП-7 ответов, считаем необходимым обратить внимание на расхождение мнений организаторов о качестве подготовки специалистов.

Взятый отечественным здравоохранением в 2003 г. курс на реструктуризацию медицинской помощи по территориальным технологическим уровням [10] – районный; межрайонный и городской (межрайонные центры и отделения, городские неклинические лечебно-профилактические организации); региональный (городские клинические и областные лечебно-профилактические организации); республиканский – полностью оправдал себя. Оптимальное распределение объемов медицинской помощи на данных уровнях достигнуто «на основе положения об этих уровнях, дифференцированных нормативов объемов медицинской помощи, показаний к госпитализации, кадровой и инвестиционной политики (с концентрацией высоких технологий)» [10]. Большинство респондентов в качестве Strengths-позиции признают сложившуюся четырехуровневую систему оказания медицинской помощи населению и активное развитие высокотехнологичной помощи. Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы, утвержденная Указом Президента Республики Беларусь от 15.12.2016 г. №466, предусматривает, что «многие виды высокотехнологичной помощи должны стать обычной практикой в регионах. ...В этих целях планируется создание межрайонных центров на базе центральных районных больниц, имеющих достаточные ресурсные возможности, для выполнения высокотехнологичных и сложных вмешательств по хирургии, а также применения

методов лучевой диагностики при оказании онкологической, неврологической, кардиологической и других видов помощи» [3].

В качестве сильных сторон респондентами оценены высокое качество оказываемой медицинской помощи и ответственность за качество своей работы. Программа деятельности Правительства Республики Беларусь на 2016–2020 годы содержит положение о развитии «...целостной системы управления качеством медицинской помощи на основе разработки и внедрения системы показателей качества, использования доказательных технологий» [11].

Перечень слабых сторон сложившейся отечественной системы здравоохранения («Weaknesses Слабые стороны») открывается с указания на низкую мотивацию персонала. Основные способы мотивации можно разделить на две группы – финансовые (материальная мотивация) и нефинансовые (дополнительная мотивация). Цель трудоустройства любого наемного работника – получение материального вознаграждения за свой труд. Для медицинских работников материальное вознаграждение – значимый стимул улучшения качества медицинской помощи. Наличие максимально прозрачной и понятной системы материального стимулирования, гарантирующей справедливое вознаграждение по достигнутым результатам труда [12] на фоне сближения уровня заработной платы работников здравоохранения (при расчете на одну должность) с уровнем заработной платы по республике [13], – важнейшее направление совершенствования материальной мотивации.

Мощные факторы нефинансовой мотивации – дополнительное стимулирование (льготирование), не предполагающее прямое получение денежных средств, и моральное стимулирование, включая поддержание благоприятного психологического климата в коллективе, эффективную систему управления конфликтами, предупреждение синдрома эмоционального выгорания медицинских работников, обращение к методам медиации при работе с конфликтными пациентами. Данные факторы могут являться для некоторых более сильными мотиваторами, чем финансовые поощрения и выгоды.

Один из выделенных респондентами пунктов перечня «Weaknesses Слабые стороны» – «незащищенность персонала» – по нашему мнению, также тесно связан с системой управления конфликтами и наличием дополнительных мотиваций.

Признавая значительные масштабы работы, выполненной в целях оснащения и переоснащения организаций здравоохранения, современные

руководители высказывают обеспокоенность относительно возможности поддержания данной базы на должном уровне, подразумевая под этим правильность, своевременность и полноту закупок расходных материалов, качество профилактического обслуживания, что отражает пункт «Материально-техническая база организаций здравоохранения» в перечне слабых сторон.

Кроме того, респонденты обеспокоены рациональностью использования ресурсов. Как было отмечено в одной из анкет, ««чужие деньги» не требуют от конкретного руководителя/исполнителя личной заинтересованности в оптимальном их расходовании, в том числе на уровне «неотложных нужд»».

Еще одна проблема, на которую обращают внимание руководители, – это «несовершенство нормативно-правовой базы». Государственное управление в сфере охраны здоровья осуществляется посредством правовых, административных и экономических механизмов. Правовое регулирование отрасли означает построение системы правовой вертикали нормативных правовых актов (НПА) и их правоприменения. Нормативно-правовая база здравоохранения постоянно видоизменяется в силу появления новых и структуризации существующих задач, необходимости обновления нормативных правовых актов, потери актуальности ряда документов и прочих причин. По нашему мнению, обозначенная руководителями проблема несовершенства нормативно-правовой базы делится на несколько составляющих: значительные документооборот и поток разрабатываемой документации и, в то же время, недостаточно быстрое обновление/разработка НПА, особенно подзаконных и отраслевых; элементарное незнание нормативно-правовой документации по ряду направлений деятельности [14]; недостаточная правовая подготовка руководителей и специалистов, занятых в отрасли. По данным Ю.Т.Шарабчиева и соавт. [15], реальный документопоток нормативно-правовой документации, поступающей в организации здравоохранения, в 3–4 раза превышает количество НПА республиканского уровня за счет документов органов управления здравоохранением областного уровня и органов исполнительной власти. Такой документопоток может выступать источником перегрузки и противоречий.

Именно на большой документооборот указывают респонденты как на одну из проблем в разделе «Weaknesses Слабые стороны». К входящему документопотоку добавляются вопросы ведения документации организаций здравоохранения

(в том числе, проблема электронной подписи врача как физического лица) и формирования потока исходящей информации и документации.

Несмотря на определение законом «О здравоохранении» [8] принципа приоритета профилактической направленности государственной политики в области здравоохранения, а также на активно проводимую в стране работу по диспансеризации, в среде руководителей активно формируется мнение о необходимости определенных изменений в проведении профилактической работы, включая продвижение скрининговых программ.

Раздел «Threats Угрозы» большинство опрошенных начали пунктом «отток кадров». Сегодня, наряду с существующей мобильностью кадров в рамках здравоохранения Республики Беларусь (отток кадров в коммерческие структуры; региональное и территориальное (село/город) перераспределение), сформировались два основных направления оттока кадров: внешняя миграция (в страны ближнего и дальнего зарубежья) и «уход из отрасли». Опубликованные в 2012 г. данные анкетирования, проведенного Министерством здравоохранения Республики Беларусь с целью оценки миграционных настроений, продемонстрировали, что 60% увольняющихся работников – лица в возрасте до 40 лет. Основная причина увольнения и ухода из отрасли – низкая заработная плата (пункт «низкая мотивация персонала» в разделе «Weaknesses Слабые стороны»); другие причины – тяжелые и вредные условия труда; плохая организация труда; ограничение возможности для профессионального роста; плохое социально-бытовое обеспечение работников; несоответствие выполняемой работы и полученной квалификации [16]. По нашему мнению, этот перечень значимо дополняет такой фактор, как синдром эмоционального выгорания [17].

Значимая угроза, четко обозначенная не только респондентами, но и озвученная во многих официальных документах и литературных источниках, – «постарение населения и увеличение потребностей в медицинской помощи» [5, 18, 19].

Не вдаваясь глубоко в разбор вопроса о позитивном и негативном влиянии глобализации на развитие систем здравоохранения и состояние здоровья населения, можно утверждать, что отмеченные в качестве угроз пункты «Международная экономическая и политическая ситуация», «Дестабилизация эпидемиологической ситуации из-за мобильности населения» сегодня как никогда объединяет положение «Единый мир – единое здоровье».

В ответах респондентов четко обозначена такая позиция, как «недостаток финансирования».

Однако финансовый вопрос остается «ахиллесовой пятой» любой системы здравоохранения, поскольку любое общественно-полезное производство всегда сдерживается ограниченными ресурсами.

Две позиции раздела «Threats Угрозы» – «Сформировавшееся представление населения о заботливом здравоохранении» (в ряде анкет – «потребительское отношение», «незаинтересованность в сохранении здоровья» и пр.) и «Легкая доступность табака, алкоголя» – тесно связаны между собой. Это свидетельство необходимости дальнейшей работы над реализацией «трех принципов ответственности», сформулированных в законе «О здравоохранении»:

«формирование ответственного отношения населения к сохранению, укреплению и восстановлению собственного здоровья и здоровья окружающих;

ответственность государственных органов, организаций за состояние здоровья населения;

ответственность нанимателей за состояние здоровья работников» [8].

Анализ раздела «Opportunities Возможности» (факторы внешней по отношению к отрасли/организации среды) авторы позволили себе ограничить пятью позициями.

Первое, к чему апеллируют руководители, – эффективная информатизация здравоохранения. Полноценная реализация данного процесса в здравоохранении невозможна без информатизации всей экономики. Информатизация – один из основных приоритетов социально-экономического развития страны на 2016–2020 годы [3, 20]. Государственная программа развития цифровой экономики и информационного общества на 2016–2020 годы утверждена Правительством.

При этом, информатизация позволяет по-другому взглянуть на перспективы медицины. Стремительное развитие биомедицинских и информационных технологий стало инструментом, который превращает медицину в информационную отрасль с многомиллиардными базами данных о состоянии здоровья людей. Этот процесс привел к появлению нового подхода к развитию здравоохранения – так называемой 4П-медицине. Базовые принципы 4П-медицины, концепцию которой предложил американский ученый Leroy Edward Hood:

предиктивность (предсказательность) – создание вероятностного прогноза здоровья, в том числе, на основе генетических исследований;

превентивность (профилактика);

персонализация, основанная на индивидуальном подходе;

партисипативность (участие, партнерство), основанная на сотрудничестве различных врачей-специалистов и пациентов, а также на превращении пациента из **субъекта** в **объект** лечебного процесса [21].

Вторую и третью позицию в разделе «Opportunities Возможности» занимают следующие: «Активное взаимодействие с другими ведомствами» и «Формирование у населения мотивации на ведение здорового образа жизни». По нашему мнению, оба тезиса тесно связаны с реализацией упомянутых выше «трех принципов ответственности», а также сформулированного на коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь в январе 2017 г. принципа «трех пятюрок» [4, 19].

Четвертая позиция в перечне «Opportunities Возможности» – это «Многоукладность, развитие государственно-частного партнерства». В соответствии со статьей 10 закона «О здравоохранении» здравоохранение Республики Беларусь включает: «государственную систему здравоохранения; негосударственные организации здравоохранения;

другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь;

индивидуальных предпринимателей, осуществляющих в установленном законодательством Республики Беларусь порядке медицинскую, фармацевтическую деятельность» [8].

Основа здравоохранения Республики Беларусь – государственная система здравоохранения, при этом именно в данной отрасли активно реализуется принцип многоукладности экономики, дающий новые стимулы к развитию отечественного здравоохранения [22].

Подводя итог рассмотрению раздела «Opportunities Возможности», отметим, что без интеграции международного опыта невозможно развитие ни одной из систем здравоохранения (пятая позиция в этом разделе).

Таким образом, проведенная работа позволила выполнить первую задачу SWOT-анализа: дать структурированное описание ситуации. Считаем, что при решении данной задачи руководители продемонстрировали объективную оценку ситуации, позволяющую им в дальнейшем принимать адекватные управленческие решения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрович, М.В. Управление организацией: учебник / М.В.Петрович. – 2-е изд. – Минск: Академия

- управления при Президенте Респ. Беларусь, 2016. – 479 с.
2. Экспорт услуг в сфере здравоохранения: учеб.-метод. пособие / М.А.Герасименко, Е.В.Шпаковская, А.П.Романова, М.В.Щавелева. – Минск: БелМА-ПО, 2017. – 65 с.
 3. Об утверждении Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 15 дек. 2016 г., №466 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 4. *Пиневиц, Д.Л.* Здравоохранение Республики Беларусь: программно-целевое планирование профилактических стратегий, направленное на достижение Целей Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года / Д.Л.Пиневиц, Т.Н.Глинская, М.В.Щавелева // Здравоохранение. – 2017. – №11. – С.5–13.
 5. *Вальчук, Э.А.* Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э.А.Вальчук, Н.И.Гулицкая, Ф.П.Царук. – Минск: Харвест, 2007. – 400 с.
 6. О поддержке и развитии экспорта Республики Беларусь в 2016–2020 годах [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 1 авг. 2016 г., №604 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 7. Конституция Республики Беларусь: с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. – Минск: Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь, 2016. – 62 с.
 8. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХП // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 9. О государственных минимальных социальных стандартах [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 11 нояб. 1999 г., №322-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 10. О Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 8 окт. 2003 г., №1276 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 11. Об утверждении Программы деятельности Правительства Республики Беларусь на 2016–2020 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 5 апр. 2016 г., №274 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 12. О материальном стимулировании работников бюджетных организаций системы Министерства здравоохранения: письмо Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 14.07.2017 г. №03-2-7/848.
 13. Соглашение между Министерством здравоохранения Респ. Беларусь и Белорусским профсоюзом работников здравоохранения на 2016–2018 годы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://profmed.by/var/upload/file/socialnoe_partnerstvo/soglashenie_2016_2018_gg.pdf. – Дата доступа 13.09.2017.
 14. О проведении республиканского Дня главного врача: постановление коллегии Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 24.07.2014 г. №15.1.
 15. Нормативно-правовое регулирование медицинской деятельности и нормативно-правовая база здравоохранения в Республике Беларусь [Электронный ресурс] / Ю.Т.Шарабчиев [и др.] // Современная стоматология. – 2007. – №1. – С.101–112. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=356>. – Дата доступа 15.08.2016.
 16. Нормативно-правовая база, регламентирующая кадровую политику в здравоохранении Беларуси / С.И.Сычик [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №2. – С.9–16.
 17. *Щавелева, М.В.* Выраженность синдрома эмоционального выгорания у врачей-организаторов здравоохранения / М.В.Щавелева, Л.В.Шваб, И.А.Байкова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. – №3. – С.73–77.
 18. *Часнойть, Р.А.* Здравоохранение Республики Беларусь: проблемы, перспективы, роль медицинского образования и Белорусского профессионального союза работников здравоохранения / Р.А.Часнойть, В.А.Снежицкий, М.Ю.Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №2. – С.3–14.
 19. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2016 году и основных направлениях деятельности на 2017 год: постановление коллегии Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 25.01.2017 г. №1.1.
 20. Об утверждении Государственной программы развития цифровой экономики и информационного общества на 2016–2020 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 23 март. 2016 г., №235 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
 21. *Герасименко, Н.Ф.* 4П медицина – новое направление развития здравоохранения [Электронный ресурс] / Н.Ф.Герасименко. – Режим доступа: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2013/II/Gerasimenko.pdf>. – Дата доступа 03.10.2017.
 22. *Малахова, И.В.* Частная медицина в Республике Беларусь как альтернатива и дополнение государственной / И.В.Малахова, Е.В.Халикова, Д.Ф.Куницкий // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №2. – С.27–31.

**SWOT-ANALYSIS USE EXPERIENCE IN
MANAGERIAL TRAININGS FOR
HEALTHCARE**

¹M.V.Schaveleva, ²T.N.Glinskaya,
¹E.A.Valchuk

¹Belarusian Medical Academy of Post-graduate Education, P.Brovki Str. 3, build.3, 220013, Minsk, Republic of Belarus

²Republican Scientific Practical Center for Transfusiology and Medical Biotechnologies, Dolginovskiy tract 160, 220053, Minsk, Republic of Belarus

The research paper contains summary of healthcare sector SWOT-analysis results for the period 2015–2017, which was conducted by post-graduates of the department of public health and healthcare (total – 513 respondents among heads / deputy heads, as well as persons from the personnel reserve list to the appointment to these positions).

Keywords: social sphere; development planning; process management; Republic of Belarus; healthcare system; status assessment; heads of healthcare organizations; SWOT-analysis; branch management;

managerial human resources; training; retraining; advanced training.

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 трансфузиологии и медицинских биотехнологий», ученый секретарь, тел.: (+37517) 2890318, (+37517) 2898745; e-mail: glinsky@tut.by.

Вальчук Эдуард Антонович, д-р мед. наук, профессор; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37517) 3314482.

Поступила 14.11.2017 г.

УДК 616-002.5:614.455](476.4)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ ВО ФТИЗИАТРИЧЕСКИХ КОЙКАХ НА ПРИМЕРЕ МОГИЛЁВСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ А.В.Семёнов, ² В.И.Граньков, ¹ М.М.Сачек, ¹ В.В.Акулов

¹ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

² Страновой офис Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Республике Беларусь, ул. Фабрициуса, 28, к.401, 220007, г. Минск, Республика Беларусь

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) предложен Инструмент прогнозирования потребности коечного фонда противотуберкулезных организаций здравоохранения. Основопологающим принципом планирования пропускной способности противотуберкулезных организаций здравоохранения предлагается считать проведение лечения в соответствии с моделью лекарственной устойчивости. Планирование коечного фонда для больных туберкулезом с помощью предложенного инструмента требует соблюдения ряда требований ВОЗ: доступность быстрых молекулярных тестов в качестве исходных тестов на туберкулез с устойчивостью возбудителя к изониазиду и к рифампицину; полный охват быстрыми тестированиями лекарственной чувствительности/устойчивости (ТЛЧ) и проведение адекватного лечения в соответствии с моделью устойчивости пациента; предоставление надлежащего лечения всем больным туберкулезом, в том числе туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ); внедрение и расширение масштабов применения укороченных режимов лечения МЛУ-ТБ, а также использование при лечении новых и перепрофилированных противотуберкулезных препаратов; внедрение преимущественно амбулаторной модели лечения туберкулеза и других подходов к обеспечению противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды пациента. На примере Могилевской области рассмотрена возможность применения данного инструмента ВОЗ в Республике Беларусь. С помощью указанного инструмента, включающего 18 шагов, разделенных на два этапа, авторами рассчитана потребность в туберкулезных койках для жителей Могилевской области в 2014–2016 гг. Сделан вывод о том, что предложенный ВОЗ инструмент прогнозирования потребности коечного фонда может быть использован в Республике Беларусь с учетом выявленных особенностей учета и регистрации больных туберкулезом.

Ключевые слова: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ); туберкулез; туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ); туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ); противотуберкулезные организации здравоохранения; критерии госпитализации; требования ВОЗ; Инструмент прогнозирования потребности коечного фонда; Республика Беларусь; Могилевская область; фтизиатрические койки; определение потребности.

Актуальность. Несмотря на то, что туберкулез предотвратим и излечим, он до сих пор вызывает наибольшее количество смертей среди всех инфекционных болезней. В настоящее время в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (далее – ВЕЦА) (Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина) разрастается эпидемия лекарственно-устойчивого туберкулеза. При этом, почти половина всех случаев туберкулеза обладает множественной лекарственной устойчивостью [1].

Больничные организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, к которым относятся противотуберкулезные больницы и диспансеры, должны отвечать потребностям обслуживаемого населения. Для того, чтобы успешно выполнять свою основную функцию – лечение туберкулеза, они в современных условиях должны гибко реагировать на любые изменения в картине заболеваемости [2].

Планирование коечного фонда противотуберкулезных организаций здравоохранения должно основываться на современной доказательной

базе. Решение о госпитализации больного туберкулезом, а также о его выписке из стационара должно приниматься на основании клинического состояния (прогрессирование туберкулезного процесса и/или сопутствующих заболеваний), а не других факторов, в число которых могут входить социальные потребности или проблемы с оказанием помощи в амбулаторных условиях [3, с.35–37, 40].

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) предложен Инструмент прогнозирования потребности коечного фонда противотуберкулезных организаций здравоохранения [3, приложение 2], в котором последние рассматриваются как организации здравоохранения, предоставляющие неотложную помощь больным туберкулезом.

Основополагающим принципом планирования пропускной способности противотуберкулезных организаций здравоохранения предлагается считать проведение лечения в соответствии с моделью лекарственной устойчивости [3, с.40]. Этот принцип преобладает над другими критериями (эпидемиологический статус, история болезни, локализация процесса, возрастная группа и т.п.).

Планирование коечного фонда для больных туберкулезом с помощью предложенного инструмента требует соблюдения ряда требований ВОЗ, которые включают [3, с.40]:

1. Доступность быстрых молекулярных тестов (то есть автоматизированных тестов в режиме реального времени на основе амплификации нуклеиновых кислот для быстрого и одновременно выявления туберкулеза и устойчивости к рифампицину (Xpert MTB/RIF)) в качестве исходных тестов на туберкулез с устойчивостью возбудителя к изониазиду и к рифампицину (далее – РР-ТБ).

В Республике Беларусь Xpert MTB/RIF (первичный диагностический тест при обследовании детей и взрослых на туберкулез) входит в набор исследований для первичной диагностики. Исследование лекарственной чувствительности к противотуберкулезным препаратам 1-го ряда (рифампицину и изониазиду) проводится во всех случаях РР-ТБ или при риске лекарственно-устойчивого туберкулеза, а исследование к противотуберкулезным препаратам 2-го ряда (фторхинолоны, аминогликозиды, полипептиды) – во всех случаях лекарственно-устойчивого туберкулеза.

2. Полный охват (быстрыми) тестированиями лекарственной устойчивости (далее – ТЛЧ) и проведение адекватного лечения в соответствии с моделью устойчивости пациента, что обеспечено в Республике Беларусь.

3. Предоставление надлежащего лечения всем больным туберкулезом, в том числе, туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (далее – МЛУ-ТБ) и с широкой лекарственной устойчивостью (далее – ШЛУ-ТБ), что реализуется в Республике Беларусь по отношению ко всем больным туберкулезом, приверженным к лечению.

4. Внедрение и расширение масштабов применения укороченных режимов лечения МЛУ-ТБ, а также использование при лечении новых и перепрофилированных противотуберкулезных препаратов.

В Республике Беларусь не используются укороченные режимы лечения МЛУ-ТБ. Вместе с тем, Клиническое руководство по диагностике и лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм [4] соответствует последним рекомендациям ВОЗ. При лечении больных туберкулезом используются как новые лекарственные препараты (бедаквилин и деламаид), так и перепрофилированные (имипенем, меропенем, линезолид, клофазимин, амоксициллин-клавуланат).

5. Внедрение преимущественно амбулаторной модели лечения туберкулеза и других подходов к обеспечению противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды пациента.

В Республике Беларусь не практикуется инициация лечения в амбулаторных условиях лекарственно-чувствительного туберкулеза (исключение могут составлять случаи без бактериовыделения) и лекарственно-устойчивого туберкулеза (исключение могут составлять пациенты, включенные в проведение пилотных проектов по внедрению амбулаторной модели лечения).

Цель. В настоящем исследовании рассмотрена возможность применения в Республике Беларусь предложенного ВОЗ Инструмента прогнозирования потребности коечного фонда (далее – инструмент) противотуберкулезных организаций здравоохранения.

Материалы и методы. В ходе настоящего исследования использовались данные формы государственной статистической отчетности 1-стационар (Минздрав) «Отчет о деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях» [5], официального статистического сборника «Здравоохранение в Республике Беларусь» [6], государственного регистра «Туберкулез», а также разработанная авторами инструкция по применению «Методика расчета планово-прогнозных показателей использования коечного фонда» [7].

Результаты исследования. Туберкулез в Республике Беларусь остается распространенным инфекционным заболеванием, наносящим значительный ущерб здоровью и экономике страны. Несмотря на положительную динамику показателей, характеризующих эпидемическую ситуацию, их уровень все еще выше средних показателей по Европейскому региону ВОЗ. Прежде всего, это связано с особенностями данного заболевания на современном этапе, а именно: с острым прогрессирующим течением процесса, увеличением лекарственно-устойчивых форм. Так, за период с 2000 по 2016 год показатель первичной заболеваемости населения активным туберкулезом всех форм (без учета рецидивов) уменьшился на 43,5% (с 49,9 до 28,2 на 100 тыс. населения). При этом, смертность от туберкулеза уменьшилась в 2,1 раза – с 7,3 в 2000 г. до 3,5 на 100 тыс. населения в 2016 г. (рис.).

В Республике Беларусь отмечается неблагоприятная ситуация по МЛУ-ТБ. Согласно данным ВОЗ, в 2015 г. показатель МЛУ среди вновь выявленных пациентов составил 37%, а среди ранее проходивших лечение – 69%. Из пациентов, которым в 2012 г. был поставлен диагноз МЛУ-ТБ, лишь чуть больше половины (54%) были успешно пролечены. Таким образом, показатель успешности лечения МЛУ-ТБ в Республике Беларусь составил 54% при предусмотренном Планом действий по борьбе с туберкулезом в Европейском

регионе ВОЗ на 2016–2020 гг. целевом ориентире, который должен быть достигнут к 2020 г., на уровне как минимум 75% [8, с.7].

В Могилевской области (далее – область), несмотря на положительную динамику показателей, ситуация также остается напряженной. За период 2000–2016 гг. в области отмечается уменьшение показателя первичной заболеваемости населения активным туберкулезом всех форм (без учета рецидивов) на 37,0% (с 59,7 до 37,6 на 100 тыс. населения), а смертности от туберкулеза – в 2,5 раза (с 9,6 в 2000 г. до 3,8 на 100 тыс. населения в 2016 г.) (рис.).

Медицинская помощь больным туберкулезом в стационарных условиях в области оказывается только в учреждении здравоохранения «Могилевский областной противотуберкулезный диспансер» (далее – УЗ «МОПТД»). Анализ показателей использования коечного фонда в УЗ «МОПТД» за 2014–2016 гг. указывает на низкую эффективность его функционирования. Так, за анализируемый период в УЗ «МОПТД» было сокращено 35 туберкулезных коек для взрослых. Однако, несмотря на сокращение коечного фонда, оборот койки уменьшился на 3,2%, или на 0,1 единицы, – с 3,1 единиц в 2014 г. до 3,0 в 2016 г., а занятость койки – на 3,7%, или на 10,5 дней (2014 г. – 284,1 дня, 2016 г. – 273,6 дня) (табл. 1).

С помощью предложенного ВОЗ инструмента, который включает 18 шагов, разделенных на два

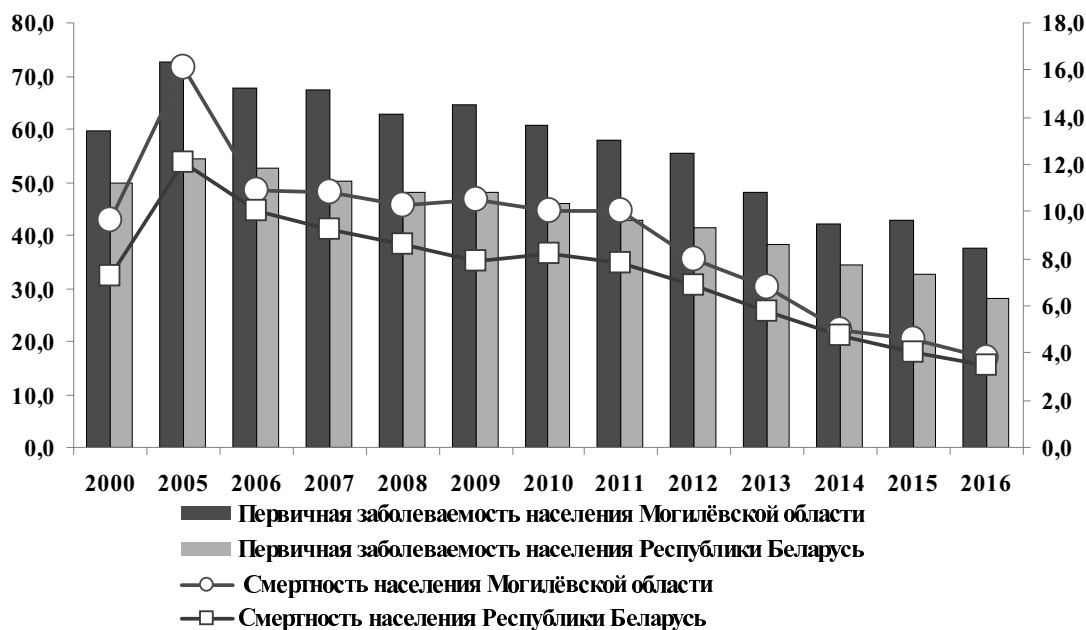


Рис. Первичная заболеваемость населения активным туберкулезом всех форм (без учета рецидивов) и смертность населения Республики Беларусь и Могилевской области от туберкулеза (на 100 тыс. населения)

этапа, нами рассчитана потребность в туберкулезных койках для жителей области в 2014–2016 гг.

На первом этапе (шаги А–Н) [3, приложение 2, с.41] нами была проведена оценка эпидемии туберкулеза по области за 2014–2016 гг., используя последние определения ВОЗ для регистрации случаев туберкулеза. Нами были оценены охват ТЛЧ к препаратам 1-го ряда (далее – ППР) и к препаратам 2-го ряда (далее – ПВР), а затем – текущая и ожидаемая распространенность лекарственной устойчивости.

На втором этапе (шаги I–R) [3, приложение 2, с.41], отражающем стратегию лечения и практику госпитализации, была проведена оценка показателей направления пациентов на лечение, с разбивкой по категориям лечения. Применительно к случаям МЛУ-ТБ, оценена доля случаев, подлежащих лечению по стандартным и укороченным режимам лечения. Оценены доля больных туберкулезом, подлежащих госпитализации, с разбивкой по категориям лечения, а также средняя продолжительность пребывания в стационаре с разбивкой по категориям лечения.

Все оценки были проведены в соответствии с рекомендациями ВОЗ и предложенными в инструменте уровнями некоторых показателей (табл. 2–18).

Далее, при необходимости, рассчитывается обеспеченность туберкулезными койками на 100 тыс. населения (шаг R).

Таким образом, рассчитанная потребность области во фтизиатрических койках с помощью инструмента, предложенного ВОЗ (используя приведенные доли пациентов, подлежащих включению в программы лечения туберкулеза; доли пациентов с МЛУ-ТБ, не имеющих устойчивости к ПВР, которые подлежат включению в программы лечения по стандартным и укороченным режимам лечения; показатели госпитализации с разбивкой по категориям; среднюю продолжительность госпитализации), составила в 2014 г. – 90 коек, в 2015 г. – 90 коек, в 2016 г. – 79 коек. Эти расчетные показатели более чем в 4,6 раза меньше фактической численности коек в указанные годы.

Однако, при прогнозировании потребности в туберкулезных койках, используя предложенный ВОЗ инструмент, необходимо принимать во внимание ряд особенностей учета заболеваемости и организации лечения туберкулеза в Республике Беларусь.

Так, при прогнозировании потребности коечного фонда для пациентов с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза предложенным инструментом не учитываются пациенты, у которых МЛУ-ТБ был установлен в предыдущие годы и которые получают очередной (повторный) курс лечения в расчетном году. Это связано с особенностями учета данной группы пациентов в государственном регистре «Туберкулез». Следовательно, при прогнозировании потребности коечного фонда необходимо дополнительно учитывать в шаге E вышеуказанную группу пациентов (PP/МЛУ-ТБ) (в 2014 г. – дополнительно 103 пациента, в 2015 г. – 135 пациентов, в 2016 г. – 138 пациентов).

В государственном регистре «Туберкулез» учитываются все случаи симптоматического лечения. Таким образом, в Могилевской области фактическая когорта пациентов, нуждающихся в симптоматическом лечении (шаг K), составила в 2014 г. – 216 пациентов, в 2015 г. – 182 пациента, в 2016 г. – 184 пациента. При этом, их количество при оптимальном охвате лечением новыми и перепрофилированными лекарственными средствами должно быть значительно меньше.

Согласно рекомендованному ВОЗ подходу, программы лечения туберкулеза должны быть направлены на снижение показателя госпитализации. Однако, в Республике Беларусь, несмотря на рекомендации ВОЗ, госпитализация пациентов с ППР-ТБ, ПР-ТБ, МЛУ-ТБ (стандартный режим лечения) осуществляется практически в 100% случаев (шаг L).

В Республике Беларусь, как отмечалось выше, при лечении пациентов с МЛУ-ТБ не применяются укороченные режимы лечения, в связи с чем лечение таких пациентов проводится только по стандартным режимам (в 100% случаев). Это, в

Таблица 1

Показатели использования коечного фонда УЗ «МОПТД» за 2014–2016 гг.

Год	Число коек по состоянию на 31 декабря соответствующего года	Число средних-годовых коек	Число пролеченных пациентов	Количество проведенных пациентами койко-дней	Средняя длительность лечения	Оборот койки	Занятость койки
2014	425	429	1320	121900	92,3	3,1	284,1
2015	420	414	1237	118500	95,8	3,0	286,2
2016	390	405	1225	110800	90,4	3,0	273,6

Таблица 2

Число зарегистрированных случаев туберкулеза за 2014–2016 гг. (шаг А)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Новые случаи	437	439	389
1.1	Новый случай туберкулеза легких с лабораторным подтверждением	324	335	284
1.2	Новый случай туберкулеза легких с клинически установленным диагнозом	91	85	75
1.3	Новый случай внелегочного туберкулеза	22	19	30
2	Ранее леченные случаи	136	114	116
2.1	Рецидивы туберкулеза легких с лабораторным подтверждением	83	65	83
2.2	Рецидивы туберкулеза легких с клинически установленным диагнозом	0	0	0
2.3	Рецидивы внелегочного туберкулеза	0	1	2
2.4	Ранее леченные, не рецидивы (подтвержденные лабораторно и диагностированные клинически)	53	48	31
3	ВСЕГО	573	553	505

Таблица 3

Охват ТЛЧ к ППР: доля случаев с результатами ТЛЧ к ППР (по крайней мере, для рифампицина (далее – R)) (шаг В)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Новые случаи			
1.1	Новый случай туберкулеза легких с лабораторным подтверждением	98,0%	98,0%	98,0%
1.2	Новый случай туберкулеза легких с клинически установленным диагнозом	0	0	3,8%
1.3.	Новый случай внелегочного туберкулеза	4,5%	15,8%	3,3%
2	Ранее леченные случаи			
2.1	Рецидивы туберкулеза легких с лабораторным подтверждением	98,0%	98,0%	98,0%
2.2	Рецидивы туберкулеза легких с клинически установленным диагнозом	0	0	0
2.3	Рецидивы внелегочного туберкулеза	0	0	50,0%
2.4	Ранее леченные случаи, не рецидивы (подтвержденные лабораторно и диагностированные клинически)	71,7%	75,0%	71,0%
3	Всего	X	X	X

Таблица 4

Число случаев с результатами ТЛЧ к ППР (по крайней мере, для R) (шаг С)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Новые случаи	319	331	282
1.1	Новый случай туберкулеза легких с лабораторным подтверждением	318	328	278
1.2	Новый случай туберкулеза легких с клинически установленным диагнозом	0	0	3
1.3.	Новый случай внелегочного туберкулеза	1	3	1
2	Ранее леченные случаи	119	100	104
2.1	Рецидивы туберкулеза легких с лабораторным подтверждением	81	64	81
2.2	Рецидивы туберкулеза легких с клинически установленным диагнозом	0	0	0
2.3	Рецидивы внелегочного туберкулеза	0	0	1
2.4	Ранее леченные случаи, не рецидивы (подтвержденные лабораторно и диагностированные клинически)	38	36	22
3	Всего	438	431	386

Таблица 5

Модель устойчивости к ППР, случаи заболевания с результатами ТЛЧ к ППР (шаг D)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Чувствительность ко всем ППР среди новых случаев	70,0%	66,7%	70,0%
2	Полирезистентность туберкулеза (далее – ПР-ТБ) среди новых случаев	0	4,8%	2,0%
3	РР/МЛУ-ТБ среди новых случаев	30,0%	28,5%	28,0%
4	Чувствительность ко всем ППР среди ранее леченных случаев	38,0%	36,8%	30,0%
5	ПР-ТБ среди ранее леченных случаев	0	0	4,0%
6	РР/МЛУ-ТБ среди ранее леченных случаев	62,0%	63,2%	66,0%

Таблица 6

Число случаев с разбивкой по моделям устойчивости к ППР (шаг E)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Результаты ТЛЧ к ППР отсутствуют	135	122	118
2	Чувствительность ко всем ППР	268	258	229
3	ПР-ТБ	0	16	10
4	РР/МЛУ-ТБ	170	157	148
5	Всего	573	553	505

Таблица 7

Охват ТЛЧ к ПВР: доля и число случаев РР/МЛУ-ТБ с результатами ТЛЧ к ПВР (фторхинолонам (далее – ФХ) и инъекционным препаратам (далее – ИП)) (шаг F)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Доля случаев РР/МЛУ-ТБ с результатами ТЛЧ к ПВР	93,4%	93,5%	97,0%
2	Число случаев РР/МЛУ-ТБ с результатами ТЛЧ к ПВР	158	147	143

Таблица 8

Модели устойчивости к ПВР, случаи РР/МЛУ-ТБ с результатами ТЛЧ к ПВР (шаг G)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Устойчивость к ПВР отсутствует	36,6%	26,7%	38,0%
2	«Пред-ШЛУ» ТБ	29,7%	27,4%	28,0%
3	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (далее – ШЛУ-ТБ)	33,7%	45,9%	34,0%

Таблица 9

Число случаев с разбивкой по моделям устойчивости (ППР и ПВР) (шаг H)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Результаты ТЛЧ к ППР отсутствуют	135	122	118
2	Чувствительность ко всем ППР	268	258	229
3	ПР-ТБ	0	16	10
4	РР/МЛУ-ТБ без результатов ТЛЧ к ПВР	11	10	4
5	РР/МЛУ-ТБ без устойчивости к ПВР	58	39	55
6	«Пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	101	108	89
7	Всего	573	553	505

Таблица 10

Доля пациентов, подлежащих включению в программы лечения туберкулеза (шаг I)*

№ п/п	Показатель	Уровень, в процентах		
		2014	2015	2016
1	Отсутствие результатов ТЛЧ к ППР и чувствительность ко всем ППР	100	100	100
2	ПР-ТБ	100	100	100
3	МЛУ-ТБ без результатов ТЛЧ к ПВР и без устойчивости к ПВР	98,0	98,0	98,0
4	«Пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	95,0	95,0	95,0

* На этом этапе оценивается доля пациентов, которых следует включить в программы лечения активного туберкулеза. В таблице представлены примерные доли, приведенные в описании инструмента. В оптимальном случае, по предложению ВОЗ, все категории пациентов, представленные в таблице, должны быть включены в программы лечения.

Таблица 11

Доля пациентов с МЛУ-ТБ, не имеющих устойчивости к ПВР, которые подлежат включению в программы лечения по стандартным и укороченным режимам лечения (шаг J)*

№ п/п	Показатель	Уровень, в процентах		
		2014	2015	2016
1	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	40	40	40
2	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	60	60	60

* На этом этапе оценивается доля пациентов, которые будут включены в программы лечения туберкулеза с использованием укороченных режимов лечения МЛУ-ТБ. В таблице приведены предложенные доли, приведенные в описании инструмента. Следует отметить, что в Республике Беларусь не применяются укороченные режимы лечения туберкулеза.

Таблица 12

Число пациентов, подлежащих лечению, с разбивкой по категориям лечения (шаг K)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Лечение ППР-ТБ	404	380	347
2	Лечение ПР-ТБ	0	16	10
3	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	34	23	32
4	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	34	25	26
5	Лечение МЛУ-ТБ, режимы для лечения «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	95	103	84
6	Симптоматическое лечение	6	6	6
7	Всего	573	553	505

Таблица 13

Показатель госпитализации с разбивкой по категориям (шаг L)*

№ п/п	Показатель	Уровень госпитализации, в процентах		
		2014	2015	2016
1	Лечение ППР-ТБ	50	50	50
2	Лечение ПР-ТБ	65	65	65
3	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	60	60	60
4	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	70	70	70
5	Лечение МЛУ-ТБ, режимы для лечения «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	100	100	100
6	Симптоматическое лечение	100	100	100

* Приведены уровни госпитализации, представленные в описании инструмента. Согласно рекомендованному ВОЗ подходу, программы лечения туберкулеза должны быть направлены на снижение показателя госпитализации, в том числе, для пациентов с МЛУ/ШЛУ-ТБ.

свою очередь, может приводить к увеличению средней продолжительности лечения (шаг N).

Информация, имеющаяся в государственном регистре «Туберкулез», не позволяет рассчитывать фактическую среднюю длительность

лечения пациентов по категориям в зависимости от степени лекарственной устойчивости.

Если рассчитать потребность в коечном фонде с учетом вышеперечисленных особенностей, но используя среднюю продолжительность гос-

Таблица 14

Ожидаемое число госпитализаций в соответствии с категориями лечения (шаг М)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Лечение ППР-ТБ	202	190	347
2	Лечение ПР-ТБ	0	10	10
3	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	20	15	32
4	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	24	18	26
5	Лечение МЛУ-ТБ, режимы для лечения «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	95	103	84
6	Симптоматическое лечение	6	6	6

Таблица 15

**Средняя продолжительность госпитализации (в месяцах)
(оценивается по категориям лечения) (шаг N)***

№ п/п	Показатель	Длительность, месяцев		
		2014	2015	2016
1	Лечение ППР-ТБ	1,0	1,0	1,0
2	Лечение ПР-ТБ	1,5	1,5	1,5
3	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	2,0	2,0	2,0
4	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	3,0	3,0	3,0
5	Лечение МЛУ-ТБ, режимы для лечения «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	6,0	6,0	6,0
6	Симптоматическое лечение	6,0	6,0	6,0

* Приведена средняя продолжительность госпитализации, использованная в инструменте ВОЗ. Необходимо отметить, что, как и в комментарии к шагу L, программы лечения туберкулеза должны стремиться к сокращению продолжительности госпитализации, в том числе, для пациентов с МЛУ/ШЛУ-ТБ, до минимально необходимой.

Таблица 16

Количество необходимых койко-дней в соответствии с категорией лечения (шаг O)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Лечение ППР-ТБ	6502	5695	5210
2	Лечение ПР-ТБ	0	429	265
3	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	1227	901	1250
4	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	2122	1602	1620
5	Лечение МЛУ-ТБ, режимы для лечения «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	17168	18450	15207
6	Симптоматическое лечение	1153	1149	1013

Таблица 17

Необходимое количество больничных коек (с поправкой на средний показатель занятости койки 85%), по категории лечения (шаг P)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Лечение ППР-ТБ	20	18	17
2	Лечение ПР-ТБ	0	1	1
3	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	4	3	4
4	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	7	5	5
5	Лечение МЛУ-ТБ, режимы для лечения «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	55	59	49
6	Симптоматическое лечение	4	4	3
7	Всего	90	90	79

питализации, приведенную в инструменте ВОЗ, потребность в туберкулезных койках для области значительно изменится и составит в 2014 г. 285 коек, в 2015 г. – 285 коек, в 2016 г. – 276 коек.

Кроме этого, необходимо отметить, что следует учитывать пациентов, которые могут поступить в конце анализируемого года и оказаться не

включенными в государственный регистр «Туберкулез» ввиду незаконченности обследования. Соответственно, проведенные этими пациентами койко-дни не попадут в расчет прогнозирования коечного фонда.

Необходимо также отметить, что в противотуберкулезных организациях здравоохранения

Распределение коек с разбивкой по категориям пациентов (шаг Q)

№ п/п	Показатель	Могилевская область		
		2014	2015	2016
1	Койки для пациентов с лекарственно-чувствительным туберкулезом	20	18	17
2	Койки для пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом	66	75	59
3	Койки для проведения симптоматического лечения	4	4	3
4	Всего	90	90	79

Республики Беларусь могут находиться на обследовании пациенты с подозрением на туберкулез для проведения дифференциальной диагностики. Так, в 2016 г. в УЗ «МОПТД» на туберкулезных койках получили лечение 1225 пациентов, из них 486 пациентов были дообследованы и выписаны с нетуберкулезной патологией, то есть с туберкулезом находились на лечении только 739 пациентов.

При расчете прогнозного количества коек с помощью разработанной нами методики расчета плано-прогнозных показателей использования коечного фонда определено, что для области в 2014 г. необходимо было 348 туберкулезных коек, в 2015 г. – 330 коек, в 2016 г. – 309 коек (табл. 19). То есть, даже при существующем неоптимальном уровне госпитализации и средней продолжительности госпитализации, а также при значительном числе пациентов, получающих симптоматическое лечение, во все годы наблюдался избыток коек (табл. 19).

Заключение. Предложенный ВОЗ инструмент прогнозирования потребности коечного фонда может быть использован в Республике Беларусь как для ретроспективной оценки (проведенной

нами в данной статье), так и для перспективного планирования, принимая во внимание выявленные особенности учета и регистрации больных туберкулезом.

Требуется дальнейшее совершенствование учета и регистрации пациентов в государственном регистре «Туберкулез» для получения отсутствующих в настоящее время статистических данных, необходимых для корректного использования предложенного инструмента.

Проведенный с помощью инструмента анализ выявил существенный избыток фтизиатрических коек в Могилевской области и потенциал для оптимизации коечного фонда.

Необходимо дальнейшее расширение практики лечения лекарственно-чувствительного и лекарственно-устойчивого туберкулеза, а также проведение дифференциальной диагностики у пациентов с подозрением на туберкулез в амбулаторных условиях, внедрение в практику лечения МЛУ-ТБ укороченного режима. Это позволит снизить потребность в коечном фонде противотуберкулезных организаций здравоохранения и, соответственно, снизит затраты на оказание дорогостоящей стационарной помощи.

Расчет плано-прогнозных показателей использования коечного фонда больничных организаций здравоохранения по профилям коек в Могилевской области за 2014–2016 гг.

Год	Число среднегодовых коек (К)	Число пролеченных пациентов	Число койко-дней, фактически проведенных пациентами в стационаре (Р _ф), койко-день	Фактическая средняя длительность пребывания пациента на койке (Т), день	Фактическая среднегодовая занятость койки (Д _ф), день	Плано-прогнозная среднегодовая занятость койки (Д _{пл}), день	Фактический оборот койки (F), единица	Плано-прогнозный оборот койки (F _{пл}), единица	Пропускная способность коек (П), в процентах	Плано-прогнозное число коек (К _{пл})	Избыток/недостаток коек (К _{изн})	Среднее время простоя койки по прочим обстоятельствам (t _п), день
2014	438	1354	124700	92,1	284,7	358,8	3,1	3,9	79,3	348	90	26,0
2015	414	1237	118500	95,8	286,2	359,0	3,0	3,7	79,7	330	84	26,4
2016	405	1225	110800	90,4	273,6	359,0	3,0	4,0	76,2	309	96	30,2

Представленный материал доказывает, что при прогнозировании коечного фонда необходимо учитывать меняющуюся картину заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Out of Step ВЕЦА: Борьба с туберкулезом в восьми странах Восточной Европы и Центральной Азии. Исследование методик и практики диагностики, лечения и профилактики туберкулеза [Электронный ресурс] // *Medecins Sans Frontieres* и Партнерство Stop TB: доклады. – Ноябрь 2017. – 86 с. – Режим доступа: https://www.msfnaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/TB/Docs/TB_Report_OutOfStepInEECA_RUS_2017.PDF. – Дата доступа: 27.11.2017.
2. Реформа больниц в новой Европе [Электронный ресурс] / пер. с англ.; под ред. М.Макки и Дж.Хили; опубл. от имени Европейской обсерватории по системам здравоохранения. – М.: Изд-во «Весь Мир», 2003. – 340 с. – Режим доступа: <http://docplayer.ru/28326369-Reforma-bolnic-v-novoy-evrope.html>. – Дата доступа: 30.06.2017.
3. Модель противотуберкулезной помощи, ориентированная на нужды людей. Концептуальный проект модели для стран Восточной Европы и Центральной Азии, первое издание [Электронный ресурс] // Европейское региональное бюро ВОЗ: публикации. – Копенгаген, Дания, 2017. – 62 с. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/342461/TB_Content_WHO_PRO2_rus-final-12_07_2017.pdf?ua=1. – Дата доступа: 30.06.2017.
4. Клиническое руководство по диагностике и лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм: приложение к приказу Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 30 мая 2017 г. №601 «О применении клинического руководства в противотуберкулезной работе». – Минск, 2017. – 139 с.
5. Об утверждении формы государственной статистической отчетности 1-стационар (Минздрав) «Отчет о деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях» и указаний по ее заполнению: постановление Национального статистического комитета Респ. Беларусь, 8 окт. 2014 г., №170 / ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
6. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2016 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2017. – 277 с.: табл.
7. Семёнов, А.В. Методика расчета планово-прогнозных показателей использования коечного фонда: инструкция по применению: регистрационный №102-1117 (утверждена 22.12.2017) / А.В.Семёнов, И.И.Новик; ГУ РНПЦ МТ. – Минск, 2017. – 17 с.
8. План действий по борьбе с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ на 2016–2020 гг. [Электрон-

ный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Европейский региональный комитет. Шестидесят пятая сессия, Вильнюс, Литва, 14–17 сентября 2015 г. – EUR/RC65/17 Rev.1 + EUR/RC65/Conf.Doc./5 Rev.1 (рабочий документ). – 21с. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/283968/65wd17r_Rev1_TBActionPlan_150588_withCover.pdf?ua=1. – Дата доступа: 30.06.2017.

DETERMINATION OF TB BEDS NEED IN THE CONTEXT OF MOGILEV REGION

¹ A.V.Semenov, ² V.I.Grankov, ¹ M.M.Sachek, ¹ V.V.Akulov

¹ Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), P.Brovki Str. 7a, 220013, Minsk, Republic of Belarus

² World Health Organization (WHO) Country Office in the Republic of Belarus, Fabritsiusa Str. 28, office 401, 220007, Minsk, Republic of Belarus

World Health Organization (WHO) proposed the Tool for Determination of TB beds need in antituberculosis healthcare organizations. TB care delivery in accordance with the model of drug resistance is provided as fundamental principle of TB healthcare organizations capacity planning. Beds need planning for TB patients with the proposed Tool enforces set of WHO requirements (availability of rapid molecular tests as initial tuberculosis tests with resistance to isoniazid and rifampicin; complete coverage with rapid drug susceptibility/resistance testing (DST) and adequate treatment in accordance with the model of patient's resistance; appropriate care delivery to all TB patients, including multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) and extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB), introduction and expansion of shortened treatment regimens for MDR-TB treatment, as well as new and re-profiled anti-tuberculosis drugs administration; introduction of TB outpatient treatment model and other patient-centered approaches to TB care delivery providing). In the context of Mogilev region, the possibility of this WHO Tool usage in the Republic of Belarus was considered. With the use of this tool, which includes 18 steps and divided into two stages, TB beds need of Mogilev region patients for the period 2014–2016 has been forecasted by the authors. It was concluded that WHO hospital bed forecasting Tool can be used in the Republic of Belarus, taking into account identified national context of TB patients registration.

Keywords: World Health Organization (WHO); tuberculosis; multidrug-resistant tuberculosis (MDR-

TB); extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB); antituberculosis healthcare organizations; hospitalization criteria; WHO requirements; hospital bed forecasting tool; Republic of Belarus; Mogilev Region; TB beds; need determination.

Сведения об авторах:

Семёнов Александр Владимирович, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», отдел по формированию электронного здравоохранения Республики Беларусь, специалист по медицинским индикаторам качества и статистическому анализу; тел.: (+37529) 3305503, e-mail: asemenov@belcmt.by.

Граньков Вячеслав Иванович, Страновой офис ВОЗ в Республике Беларусь; координатор

программ ВОЗ по инфекционным заболеваниям в Республике Беларусь, тел. +(37529) 6579795; e-mail: grankovv@who.int.

Сачек Марина Михайловна, д-р мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», директор; тел.: (+37529) 6703237; e-mail: msachek@belcmt.by.

Акулов Василий Васильевич, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», отдел управления грантами Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, специалист по мониторингу и оценке отделения туберкулеза; тел. +(37544) 5508980, e-mail: vasilij.akulov@belcmt.by.

Поступила 05.12.2017 г.

ОЦЕНКА ВКЛАДА АЛКОГОЛИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ, ОТРАЖЕННОЙ В ПОКАЗАТЕЛЯХ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ, В УРОВЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ

¹И.Д.Козлов, ²А.А.Гракович, ³О.Ф.Щербина, ¹В.В.Апанасевич

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,
ул. Р.Люксембург, 110Б, 220036, г. Минск, Республика Беларусь

²Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации,
223027, пос. Городище, Минский р-н, Минская обл., Республика Беларусь

³Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации,
управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Проведен многофакторный анализ влияния фактора алкоголизации населения республики, отражаемого в показателях-индикаторах официальной статистики здравоохранения, на показатели смертности (общей, от болезней системы кровообращения, ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней) в Республике Беларусь. Получены регрессионные модели, позволяющие объяснить включенными факторами 91,7% вариабельности показателя общей смертности, 76,7% вариабельности показателя смертности от болезней системы кровообращения, 89,5% вариабельности показателя смертности от ишемической болезни сердца и 43,6% вариабельности показателя смертности от цереброваскулярных болезней. Смертность от отравлений алкоголем занимает первое ранговое место среди факторов, детерминирующих повышение показателей смертности от БСК и цереброваскулярных болезней, и второе ранговое место среди факторов, повышающих показатель общей смертности. Общее число больных с диагнозом алкоголизма, состоящих на диспансерном учете, занимает первое ранговое место среди факторов, повышающих показатель смертности от ИБС.

Ключевые слова: алкоголизация; отравления алкоголем; смертность; организационные и медицинские факторы; Республика Беларусь; общая смертность; болезни системы кровообращения; ишемическая болезнь сердца; цереброваскулярные болезни; моделирование.

Введение

В Европейском регионе алкоголь занимает третье место среди факторов риска ущерба для здоровья [1], оказывая значительное отягощающее воздействие на системы здравоохранения и социальной защиты [2]. Во всем мире в результате вредного употребления алкоголя ежегодно происходит 3,3 миллиона смертей, что составляет 5,9% всех случаев смерти [3]. В России вклад неумеренного потребления алкоголя в общую смертность составляет от 25,7 до 37,1% [4]. Фракция алкогольной смертности в структуре общей смертности в Беларуси сопоставима с аналогичным показателем в России [5].

Потребление алкоголя как фактор риска имеет два аспекта: средний объем и характер употребления спиртных напитков [3]. Уровень и характер потребления алкоголя населением является результатом многофакторного влияния социально-экономических условий [2, 6, 7], социально-

психологических и поведенческих характеристик индивидуумов [8–10], носящего специфический характер в каждой стране.

Население Беларуси характеризуется высоким среднедушевым потреблением алкоголя (17,1 литров спирта в год), занимая в последние годы первое – второе места в рейтингах потребления алкоголя среди стран Европейского региона [11], что указывает на высокую степень опасности алкоголизации населения республики. Следует учитывать, что средние показатели потребления алкоголя скрывают резкие различия между индивидуальными уровнями его потребления и питейными привычками, а также то, что общий уровень потребления алкоголя является не единственным фактором, определяющим совокупный уровень алкогольных проблем, который, одновременно, находится в тесной связи с паттерном потребления алкоголя [3]. Низкий риск проблем при малых дозах потребления алкоголя быстро возрас-

тает при высоких уровнях потребления. В этом случае вклад группы людей, злоупотребляющих алкоголем, в уровень хронических связанных с алкоголем проблем будет значительно выше по сравнению с группой умеренно пьющих [12–14]. Таким образом, одинаковый уровень потребления алкоголя на душу населения в различных странах может ассоциироваться с разным уровнем алкогольных проблем.

Наиболее надежными индикаторами уровня алкоголизации населения являются показатели смертности от отравлений алкоголем, число лиц, состоящих на учете по поводу хронического алкоголизма, число лиц, взятых на диспансерный учет по поводу алкоголизма [4, 5, 12–14]. В ряде работ выявлены прямые корреляционные связи между этими показателями и частотой алкогольных психозов, показателями заболеваемости и смертности от цирроза печени, смертности от внешних причин, включая суициды [3–5, 12–14].

В настоящем исследовании предпринята попытка многофакторной оценки вклада показателей алкоголизации населения Беларуси в уровень показателей общей смертности, смертности от болезней системы кровообращения (БСК) и ее основных подклассов.

Цель исследования – оценить влияние уровня алкоголизации населения, отраженного в показателях медицинской статистики, на показатели общей смертности, смертности от БСК и ее основных подклассов.

Материалы и методы

Методический подход: многофакторный количественный анализ, на основе регрессионного моделирования в пространственно-временных координатах, связи показателей медицинской статистики, отражающих степень алкоголизации населения в совокупности с основными показателями состояния здоровья населения и организации медицинской помощи, и показателей смертности.

Материал: на основе информации, извлеченной из официальных статистических источников, создана база данных, включающая республиканские и региональные показатели смертности взрослого населения от всех причин, в том числе, от отравлений алкоголем, от БСК и ее основных подклассов. Показатели состояния здоровья населения представлены в этой базе через показатели заболеваемости (общей и первичной) и показатели инвалидности. Показатели алкоголизации населения: число больных с впервые установленным диагнозом алкоголизма (на 10 тыс. населения), общее число больных с диагнозом

алкоголизма, состоящих на диспансерном учете (на 100 тыс. населения), смертность от отравлений алкоголем (на 100 тыс. населения). Показатели организации медицинской помощи отражали кадровую структуру и обеспеченность организаций здравоохранения (ОЗ) системы Минздрава Республики Беларусь (25 показателей), сеть и структуру ОЗ системы Минздрава Республики Беларусь (20 показателей), объемы оказания медицинской помощи (18 показателей), основные показатели лечебно-профилактической деятельности (16 показателей) за шестилетний период. На первом этапе анализа, для выявления наличия, характера и степени связи перечисленных показателей с показателями смертности населения в пространственно-временных координатах, использовался корреляционный анализ. Определялись значения коэффициента ранговой корреляции Спирмена для каждой из пар «годовое значение показателя алкоголизации, заболеваемости, организации медицинской помощи в регионе – годовое значение показателя смертности в этом же регионе» во всех областях и городе Минске. Объем выборки составил 42 наблюдения. На втором этапе из показателей со статистически значимыми коэффициентами ранговой корреляции с учетом их взаимных корреляций, выявленных на основе множественного корреляционного анализа, формировались наборы показателей для построения регрессионных моделей [15, 16]. Сформированные таким образом наборы показателей включались в нулевой вариант регрессионных моделей (гребневая регрессия), а затем пошагово получали оптимальную регрессионную модель, статистически корректно объясняющую вариабельность показателей смертности. Статистическая значимость регрессионных коэффициентов переменных уравнения оценивалась по F-критерию. Расчетные результаты полученной модели сравнивали с фактическими данными по данному региону в данный год.

Результаты и обсуждение

По результатам анализа построены уравнения множественной регрессии, количественно отражающие влияние показателей алкоголизации населения, в совокупности с основными показателями состояния здоровья населения и организации медицинской помощи, на показатели общей смертности, смертности от БСК и ее основных подклассов. В качестве результирующей переменной рассматривались значения показателя общей смертности, смертности от БСК и ее основных подклассов в каждом регионе в каждый год, в качестве детерминирующих переменных – показатели ал-

коголизации населения и поочередно включаемые в наборы организационно-медицинские и медико-биологические показатели.

Регрессионной моделью, обладающей наилучшими статистическими характеристиками (коэффициент детерминации $R^2 = 0,971$, уровень статистической значимости модели – $P < 0,001$) в отношении величины показателя общей смертности, оказалось уравнение вида:

$$Y = 618,79 + 5,97X_1 + (-0,47)X_2 + 774,43X_3 + 0,002X_4 + 29,7X_5 + (-5,85)X_6,$$

где X_1 – смертность от отравлений алкоголем, X_2 – число амбулаторно-поликлинических организаций в городской местности, X_3 – число больничных организаций, X_4 – первичная заболеваемость, X_5 – первичная инвалидность от ЦВБ, X_6 – численность врачей.

Шесть показателей, вошедших в данную регрессионную модель в качестве детерминирующих факторов, объясняют 97,1% вариации зависимой переменной – показателя общей смертности. В-коэффициенты представляют независимые вклады каждой переменной в предсказание зависимой переменной и показывают, насколько в среднем изменится результирующий признак Y (общая смертность) при увеличении соответствующего организационно-медицинского или медико-биологического фактора X на единицу шкалы его измерения в натуральном масштабе. Эти коэффициенты непосредственно не сопоставимы между собой, так как зависят от единиц измерения факторов X . Стандартизованный коэффициент регрессии β показывает, на сколько средних квадратичных отклонений σ_Y изменяется Y при увеличении X_j на одно среднее квадратичное отклонение σ_X , в той же самой регрессионной модели, представленной стандартизованным уравнением. Бета-коэффициент характеризует степень влияния вариации соответствующего фактора на вариацию результирующего показателя, в сопоставимом между факторами масштабе, независимо от единиц их измерения, то есть чем больше бета-коэффициент стандартизованного уравнения, тем больше влияние фактора на результирующий признак. Уравнение регрессии со стандартизованными β -коэффициентами имеет вид:

$$Y = 0,28X_1 + (-0,12)X_2 + 0,78X_3 + 0,14X_4 + 0,26X_5 + (-0,22)X_6,$$

где $X_1 - X_6$ – те же переменные.

В данном уравнении показателем, отражающим уровень алкоголизации населения, является смертность от отравлений алкоголем. Она, наряду с такими показателями как показатель первичной инвалидности от цереброваскулярных болезней, по-

казатель первичной заболеваемости и число больничных организаций, имеет прямую связь с показателем общей смертности. Сравнение величин β -коэффициентов вошедших в уравнение показателей показывает, что, по степени своего негативного влияния на общую смертность, этот показатель алкоголизации населения занимает второе место, превосходя такие показатели, как показатель первичной инвалидности от цереброваскулярных болезней, отражающий степень накопленных хронических негативных изменений в состоянии здоровья населения, и показатель первичной заболеваемости, отражающий негативные актуальные изменения в состоянии здоровья населения. Коэффициенты показателей численности врачей и численности амбулаторно-поликлинических организаций в городской местности имеют отрицательные значения, то есть обуславливают снижение показателя общей смертности. Показатели численности врачей и численности амбулаторно-поликлинических организаций в городской местности интегрально характеризуют доступность и качество оказания медицинской помощи населению.

Таким образом, данная регрессионная модель демонстрирует значительный, статистически достоверный прямой вклад показателя смертности от отравлений алкоголем в величину показателя общей смертности, с учетом других важных факторов влияния.

Для показателя смертности от БСК регрессионной моделью, обладающей наилучшими статистическими характеристиками (коэффициент детерминации $R^2 = 0,767$, уровень статистической значимости модели – $P < 0,001$), оказалось уравнение вида:

$$Y = 664,78 + 4,39X_1 + 0,45X_2 + 18,20X_3 + (-68,31)X_4 + (-1,42)X_5 + (-51,64)X_6$$

с натуральными В-коэффициентами и вида:

$$Y = 0,37 X_1 + 0,11X_2 + 0,28X_3 + (-0,24)X_4 + (-0,13)X_5 + (-0,23)X_6$$

со стандартизованными β -коэффициентами, где X_1 – смертность от отравлений алкоголем (на 100 тыс. населения), X_2 – число больных с впервые установленным диагнозом алкоголизма (на 10 тыс. населения), X_3 – первичная инвалидность от ЦВБ (на 10 тыс. населения), X_4 – число коек реанимационных (на 10 тыс. населения), X_5 – общее число биохимических анализов (на 1 жителя), X_6 – численность участковых терапевтов (на 10 тыс. населения).

Показатели, вошедшие в данную регрессионную модель в качестве детерминирующих факторов, объясняют 76,7% вариации зависимой переменной – показателя смертности от БСК.

В этом уравнении два показателя – смертность от отравлений алкоголем и число больных с впервые установленным диагнозом алкоголизма, являющиеся официальными показателями медицинской статистики, отражающими уровень алкоголизации населения, имеют положительные коэффициенты, то есть обуславливают увеличение показателя смертности от БСК. Следует отметить, что это показатели, ассоциирующиеся с высоким уровнем других поведенческих факторов риска для здоровья, а также деструктивными отношениями с системой здравоохранения [2, 4–8]. Кроме того, существует и чисто медицинский аспект влияния избыточного потребления алкоголя на внезапную сердечную смерть как провокатора фатальных аритмий при коронарном атеросклерозе [5, 9, 10]. По своему влиянию на увеличение показателя смертности от БСК они превосходят показатель первичной инвалидности от cerebrovascularных болезней, который отражает степень накопленных негативных изменений в состоянии здоровья населения: распространенность тяжело мультифокального атеросклеротического поражения сосудов, гипертонической и диабетической ангиопатий. Регрессионные коэффициенты показателей численности участковых терапевтов, числа реанимационных коек, общего числа биохимических анализов имеют отрицательные значения, то есть обуславливают снижение показателя смертности от БСК. Эти показатели интегрально характеризуют доступность и качество оказания медицинской помощи населению, как плановой, так и экстренной, как лечебной, так и диагностической.

Для показателя смертности от ИБС регрессионной моделью, обладающей наилучшими статистическими характеристиками (коэффициент детерминации $R^2 = 0,895$, уровень статистической значимости модели – $P < 0,001$), оказалось уравнение вида:

$$Y = 591,18 + 0,16X_1 + (-2,80)X_2 + (-438,53)X_3 + 15,13 X_4 + (-40,78)X_5 + (-2,92)X_6 + 0,98X_7$$

с натуральными В-коэффициентами и вида

$$Y = 0,32X_1 + (-0,20)X_2 + (-0,25)X_3 + 0,25X_4 + (-0,15)X_5 + (-0,11)X_6 + 0,07X_7$$

со стандартизованными β -коэффициентами, где X_1 – общее число больных с диагнозом алкоголизма, состоящих на диспансерном учете (на 100 тыс. населения), X_2 – общая численность среднего медицинского персонала (на 10 тыс. населения), X_3 – численность кардиологов амбулаторно-поликлинического звена (на 10 тыс. населения), X_4 – первичная инвалидность вследствие ЦВБ (на 10 тыс. населения), X_5 – число исследований в

кабинете функциональной диагностики (на 1 поступившего в стационар), X_6 – удельный вес биохимических анализов в общем количестве лабораторных исследований, X_7 – показатель заболеваемости мозговым инсультом.

Семь показателей, вошедших в данную регрессионную модель в качестве детерминирующих факторов, объясняют 89,5% вариации зависимой переменной – показателя смертности от ИБС. Из них показатель общего числа больных с диагнозом алкоголизма, состоящих на диспансерном учете, имеет наибольший β -коэффициент с положительным значением, то есть оказывает наибольшее влияние на величину и вариабельность показателя смертности от ИБС в сравнении со всеми показателями, вошедшими в данную регрессионную модель. Регрессионные коэффициенты показателей численности кардиологов амбулаторно-поликлинического звена на 10 тыс. населения, общей численности среднего медицинского персонала на 10 тыс. населения, числа исследований в кабинете функциональной диагностики на 1 поступившего в стационар, удельного веса биохимических анализов в общем количестве лабораторных исследований имеют отрицательные значения, то есть обуславливают снижение показателя смертности от ИБС.

Как и в случае модели для смертности от БСК, эти показатели интегрально характеризуют доступность и качество оказания медицинской помощи населению, но несколько более узкие их аспекты, относящиеся, в первую очередь, к организации кардиологической службы.

Для показателя смертности от cerebrovascularных болезней регрессионной моделью, обладающей наилучшими статистическими характеристиками (коэффициент детерминации $R^2 = 0,436$, уровень статистической значимости модели – $P < 0,01$), оказалось уравнение вида:

$$Y = 146,96 + 1,48X_1 + 0,11X_2 + (-0,02)X_3 + (-8,94)X_4$$

с натуральными В-коэффициентами и вида:

$$Y = 0,47X_1 + 0,10X_2 + (-0,18)X_3 + (-0,169)X_4$$

со стандартизованными β -коэффициентами, где X_1 – смертность от отравлений алкоголем (на 100 тыс. населения), X_2 – число больных с впервые установленным диагнозом алкоголизма (на 100 тыс. населения), X_3 – число амбулаторно-поликлинических организаций в сельской местности (на 10 тыс. населения), X_4 – численность участковых терапевтов (на 10 тыс. населения)

Четыре показателя, вошедших в данную регрессионную модель в качестве детерминирующих факторов, объясняют только 43,6% вариации

зависимой переменной – смертности от cerebrovascularных болезней. Два показателя: смертность от отравлений алкоголем и число больных с впервые установленным диагнозом алкоголизма имеют положительные коэффициенты, то есть обуславливают увеличение показателя смертности от cerebrovascularных болезней. Они косвенно отражают уровень алкоголизации населения, который в свете описанных выше результатов можно рассматривать как универсальный фактор, обуславливающий увеличение смертности от БСК и ее основных подклассов: ИБС и cerebrovascularных болезней. Два других показателя: число амбулаторно-поликлинических организаций в сельской местности на 10 тыс. населения и численность участковых терапевтов на 10 тыс. населения имеют отрицательные коэффициенты, не достигающие, однако, статистической значимости. Настоящая модель интересна тем, что демонстрирует методические трудности, часто возникающие при многофакторном регрессионном анализе. Из четырех показателей, вошедших в оптимальную модель гребневой регрессии, три имеют коэффициенты, не достигающие уровня заданной статистической значимости, что не позволяет однозначно рассматривать данные факторы как детерминирующие. Однако, в совокупности, в данной модели они значительно улучшали общие характеристики модели, а их удаление приводило к значительному снижению коэффициента детерминации и уровня статистической значимости модели в целом. Поэтому, в качестве результата модели-

рования влияния изученных показателей на смертность от cerebrovascularных болезней, можно рассматривать как установленный факт лишь негативное влияние на этот показатель фактора алкоголизации населения.

Сводные данные сравнительного анализа количественных характеристик влияния каждого из рассмотренных показателей алкоголизации населения на отдельные показатели смертности представлены в табл.

Из трех рассмотренных показателей алкоголизации наиболее универсальным оказался показатель смертности от алкогольных отравлений. Он явился статистически значимой детерминантой общей смертности, смертности от БСК и смертности от cerebrovascularных болезней, занимая по значимости независимого вклада первое и второе ранговые места среди других детерминирующих показателей регрессии. Показатель общего числа больных с диагнозом алкоголизма на диспансерном учете явился самой значимой из детерминант показателя смертности от ИБС. Показатель числа больных с впервые установленным диагнозом алкоголизма, хотя и не вносил статистически значимого независимого вклада в величину и вариабельность показателей смертности от БСК и cerebrovascularных болезней, улучшал общие характеристики соответствующих моделей, а его удаление или замена на любой другой приводили к значительному снижению коэффициента детерминации и уровня статистической значимости моделей в целом.

Таблица

Вклад показателей, отражающих уровень алкоголизации населения республики, в вариабельность показателей общей смертности, смертности от БСК и ее основных подклассов по Республике Беларусь

Показатели смертности	Показатели алкоголизации	β -коэффициент в регрессии	Уровень значимости (P) β -коэффициента	Ранг вклада среди других факторов
Общая смертность	Смертность от отравлений алкоголем	0,28	<0,001	2
Смертность от БСК	Смертность от отравлений алкоголем	0,37	<0,001	1
	Число больных с впервые установленным диагнозом алкоголизма	0,11	0,23	6
Смертность от ИБС	Общее число больных с диагнозом алкоголизма, на диспансерном учете	0,32	<0,001	1
Смертность от ЦВБ	Смертность от отравлений алкоголем	0,47	<0,001	1
	Число больных с впервые установленным диагнозом алкоголизма	0,10	0,46	4

Таким образом, уровень алкоголизации населения, отражаемый такими показателями медицинской статистики, как смертность от отравлений алкоголем и общее число больных с диагнозом алкоголизма, состоящих на диспансерном учете, оказывает выраженное независимое статистически значимое влияние на величину и вариабельность показателей общей смертности, смертности от БСК, ИБС и цереброваскулярных болезней.

Выводы:

1. Регрессионное моделирование показало, что рассмотренными факторами, отраженными в показателях официальной статистики здравоохранения, может быть объяснено 97,1% вариации показателя общей смертности, 76,7% вариации показателя смертности от БСК, 89,5% вариации показателя смертности от ИБС и 43,6% вариации показателя смертности от цереброваскулярных болезней.

2. Степень алкоголизации населения, отраженная в показателях медицинской статистики, является универсальным фактором, оказывающим прямое, независимое, статистически значимое влияние на величину показателей общей смертности, смертности от БСК, ИБС и цереброваскулярных болезней.

3. Смертность от отравлений алкоголем вносит наиболее значимый вклад среди всех факторов, детерминирующих повышение показателей смертности от БСК и цереброваскулярных болезней, и занимает второе место среди факторов, повышающих показатель общей смертности.

4. Общее число больных с диагнозом алкоголизма, состоящих на диспансерном учете, наиболее полно отражает влияние алкоголизации населения на смертность от ИБС и занимает первое ранговое место по вкладу в его величину и вариабельность среди факторов, повышающих показатель смертности от ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. European Health Report. – WHO, 2005.
2. Marmot, M. Economic and social determinants of disease / M.Marmot // Bulletin of the World Health Organization. – 2001. – Vol.79 (10). – P.988–989.
3. Употребление алкоголя [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень / ВОЗ. – Январь 2015. – №349. – Режим доступа: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru. – Дата доступа: 01.06.2017.
4. Немцов, А.В. Алкогольная ситуация в России, 1980–2005 / А.В.Немцов, Ю.Е.Разводовский // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – №2. – С.52–60.

5. Разводовский, Ю.Е. Статистика алкогольной смертности в Беларуси / Ю.Е.Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №2. – С.15–20.
6. Плавинский, С.А. Социальные факторы и рост смертности в России в 90-х годах XX века: проспективное когортное исследование / С.А.Плавинский, С.И.Плавинская, А.Н.Климов // Международный журнал медицинской практики. – 2005. – №1. – С.42–45.
7. Рябкова, О.И. Социальная детерминация смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Беларусь / О.И.Рябкова, В.Н.Ростовцев, И.Б.Марченкова, В.Е.Кузьменко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – №3. – С.51–58.
8. Galobardes, B. Trends in risk factors for lifestyle-related diseases by socioeconomic position in Geneva, Switzerland, 1993–2000: health inequalities persist / B.Galobardes [et al.] // Am. J. Public Health, 2003 Aug. – Vol.93, No.8. – P.1302–1309.
9. Мрочек, А.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Республике Беларусь: анализ ситуации и стратегии контроля / А.Г.Мрочек, А.А.Гракович, И.Д.Козлов, В.В.Горбачев. – Минск : Беларус. наука, 2011. – 341 с.
10. Чазов, Е.И. Пути снижения сердечно-сосудистой смертности в стране / Е.И.Чазов, С.А.Бойцов // Кардиологический вестник. – 2009. – №1. – С.56–59.
11. Беларусь переместилась на второе место в рейтинге самых пьющих стран мира. [Электронный ресурс] // Thinktanks.by. Сайт белорусских исследований. – 12.01.2017. – Режим доступа:<https://thinktanks.by/publication/2017/01/12/belarus-peremestilas-na-vtoroe-mesto-v-reytinge-samyh-pyushih-stran-mira.html>. – Дата доступа: 01.06.2017.
12. Разводовский, Ю.Е. Алкогольные отравления и эпидемиологические параметры алкоголизма в России / Ю.Е.Разводовский, П.Б.Зотов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова. – 2016. – №2. – С.64–72.
13. Сахаров, А.В. Суицидальное поведение и потребление алкоголя: оценка взаимосвязей на популяционном уровне / А.В.Сахаров // Суицидология. – 2015. – Т.6, №2. – С.35–46.
14. Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин / Е.В.Родяшин, П.Б.Зотов, И.Н.Габсалимов, М.С.Уманский // Суицидология. – 2010. – №1. – С.21–23.
15. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных / О.Ю.Реброва. – М.: Медиасфера, 2002. – 271 с.
16. Ноздрина, Н.А. Эконометрика. Множественная регрессия, система эконометрических уравнений и временные ряды в эконометрических исследованиях: учебное пособие. – 2-е изд., доп. и исправл. – Ч.2 / Н.А.Ноздрина. – Димитровград: ДИТУД УлГТУ, 2009. – 92 с.

EVALUATION OF THE ALCOHOLIZATION CONTRIBUTION OF THE POPULATION, REFLECTED IN THE INDICATORS OF MEDICAL STATISTICS, TO THE LEVEL OF INDICATORS OF MORTALITY

¹ I.D.Kozlov, ² A.A.Grakovich, ³ O.F.Shcharbina, ¹ V.V.Apanasevitch

¹ Republican Scientific and Practical Center "Cardiology", R.Luxemburg Str. 110B, 220036, Minsk, Republic of Belarus

² Republican Scientific and Practical Center "Medical Assessment and Rehabilitation", 223027, Gorodishche Settl., Minsk District, Minsk Region, Republic of Belarus

³ Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health, P.Brovki Str. 7A, 220013, Minsk, Republic of Belarus

The research paper contains impact analysis of the alcoholization factor of the Republic's population, represented by indicators of the official statistics, on the general mortality rates, on mortality from cardiovascular diseases as a whole, ischemic heart disease and cerebrovascular diseases in the Republic of Belarus. The obtained regression models made it possible to explain 91.7% of variability in the general mortality, 76.7% of variability in mortality from diseases of the circulatory system as a whole, 89.5% of variability in mortality from ischemic heart disease and 43.6% of variability in mortality from cerebrovascular disease by these organizational and medical factors. Mortality from alcohol poisoning ranks first rank among the factors determining the increase in mortality rates from cardiovascular diseases as a whole and cerebrovascular diseases, and the second rank

among the factors that increase the rate of overall mortality. The total number of patients diagnosed with alcoholism on dispensary records ranks first rank among the factors that increase the mortality from coronary artery disease.

Keywords: alcoholization; alcohol poisoning; mortality; organizational and medical factors; Republic of Belarus; total mortality; cardiovascular diseases; ischemic heart disease; cerebrovascular diseases; modeling.

Сведения об авторах:

Козлов Игорь Дмитриевич, канд. мед. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», лаборатория медицинских информационных технологий, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37529) 7028642.

Гракович Александр Александрович, канд. мед. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», отдел научно-технической информации и оргметодработы, старший научный сотрудник; тел.: (+37529) 6595211; e-mail: rnpс.doctor@yandex.by.

Щербина Ольга Францевна; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. отделом автоматизации медицинских регистров и аналитических систем здравоохранения; тел.: (+37517) 2907555; e-mail: osherbina@belcmt.by.

Апанасевич Владимир Викторович, канд. мед. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», зав. лабораторией функциональной диагностики.

Поступила 05.06.2017 г.

УДК 613.6:617.7

ОБОСНОВАНИЕ СОЦИАЛ-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ПОДГОТОВКИ, УСЛОВИЙ ТРУДА И ОБЪЕМОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

С.Г.Саксонов, Т.С.Грузева

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца,
бульвар Т.Шевченко, 13, 01601, г. Киев, Украина

В статье освещены современные стратегии и приоритетные задачи обеспечения кадрового потенциала здравоохранения на глобальном и региональном европейском уровне. Раскрыты пробле-

мы формирования и использования кадровых ресурсов офтальмологического профиля. Обоснована разработка и предложен инструментарий для проведения социологического исследования по выяснению мнения врачей офтальмологического профиля относительно уровня их профессиональной подготовки, условий труда и объемов деятельности, существующих потребностей, проблем, видения путей их решения.

Ключевые слова: Организация объединенных наций (ООН); Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ); здравоохранение; кадровые ресурсы; стратегии развития; Украина; офтальмологическая служба; социологические исследования; мнение специалистов; подготовка офтальмологов; непрерывное профессиональное развитие офтальмологов; организация работы офтальмологов; условия труда офтальмологов.

Актуальность работы. Достижение одной из главных целей здравоохранения – обеспечения доступной и качественной медицинской помощи населению – требует комплексного подхода, поскольку зависит от многих составляющих и их эффективного сочетания.

Известно, что качество медицинской помощи в целом определяется качеством ресурсного обеспечения и качеством процессов ее оказания, а качество ресурсного обеспечения непосредственно зависит от кадровой составляющей. В связи с этим, вопросы подготовки специалистов здравоохранения, их оптимального распределения и эффективного использования всегда будут приоритетом любой системы здравоохранения. Данный тезис нашел свое подтверждение в ряде стратегических документов в сфере здравоохранения глобального и регионального европейского уровня. Еще в 2006 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) посвятила кадровым ресурсам ежегодный доклад о здравоохранении в мире под названием «Совместная работа на благо здоровья». В нем были вскрыты проблемы обеспеченности медицинскими и фармацевтическими работниками, и очерчены пути их преодоления. Десятилетний план действий в области кадровых ресурсов здравоохранения определил приоритеты, включающие планирование трудоустройства и последующей работы медицинских кадров в течение всей трудовой жизни – от подготовки медицинских специалистов до завершения трудовой деятельности [1].

В последующем, в Таллиннской хартии (2008) была подчеркнута необходимость долгосрочного планирования и инвестиций в качественную подготовку кадров и их рациональное использование с учетом меняющихся потребностей и моделей организации медицинской помощи [2].

В 2016 г. на глобальном уровне были приняты два стратегических документа, определяющих вектор развития политики в области кадровых ресурсов на перспективу. В первую очередь, это «Глобальная стратегия развития кадровых ресурсов

здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.», адресованная лицам, определяющим политику в здравоохранении. Четыре конкретные цели предусматривают повышение эффективности, качества и результативности кадров здравоохранения с помощью реализации основанной на фактических данных политики; согласованность инвестиций в кадровые ресурсы с реальными потребностями населения и систем здравоохранения; формирование потенциала организаций здравоохранения на всех уровнях для эффективного руководства государственной политикой, лидерства и руководства деятельностью; обеспечение получения информации о кадровых ресурсах здравоохранения для мониторинга, учета и контроля в целях реализации стратегий. В соответствии с указанными целями, главными задачами являются оптимизация кадров здравоохранения; учет при подготовке будущих потребностей систем здравоохранения, в том числе, увеличение количества рабочих мест; создание институционального потенциала; создание и ведение баз данных о кадрах здравоохранения [3].

Не менее важным документом является доклад Комиссии высокого уровня ООН по занятости в сфере здравоохранения и экономическому росту «Работа в интересах здоровья и развития: инвестиции в трудовые ресурсы здравоохранения», акцентирующий внимание на объединение политики по трудовым ресурсам здравоохранения с политикой по услугам здравоохранения [4].

В развитие указанных стратегических документов, на 67-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (Будапешт, Венгрия, 11–14 сентября 2017 г.) с целью адаптации глобальных целей к региональному контексту был принят документ «На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий», определяющий приоритетные задачи в области кадровой политики здравоохранения для стран Европейского региона ВОЗ, а именно: преобразование системы обучения; оптимизация и повышение эффективности работы; согласованное планирование и инве-

стиции; наращивание потенциала; усовершенствование механизма анализа и мониторинга [5].

Безусловно, эти задачи являются приоритетными для Украины, учитывая высокую потребность в медицинских кадрах, неравномерность их распределения по регионам и отдельным территориям, миграцию кадров, постарение и другие проблемы [6, 7].

Особого внимания требуют вопросы кадрового обеспечения офтальмологической службы, учитывая масштабность офтальмологической заболеваемости, ее роли в формировании инвалидности и качества жизни. При этом, наряду с изучением количественных показателей подготовки специалистов офтальмологического профиля, обеспеченности населения офтальмологами, важное значение имеет анализ мнения этих специалистов по различным вопросам подготовки в медицинских университетах, обеспечения условий труда, его организации, повышения квалификации и др.

С учетом указанного выше, *целью* настоящей работы является обоснование и создание инструментария для проведения социологического исследования по выяснению мнения врачей офтальмологического профиля относительно их преддипломной подготовки, условий труда и объемов деятельности, существующих потребностей, проблем, видения путей их решения.

Направленность данного исследования соответствует целям и задачам, изложенным в стратегических документах ВОЗ глобального и регионального уровня, в частности, в рамочном документе «На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ», относительно усовершенствования обучения, повышения эффективности работы, планирования и инвестирования, наращивания потенциала, анализа и мониторинга.

Методология исследования предусматривала использование библиографического, медико-статистического и информационно-аналитического методов.

В задачи исследования входило выявление, по данным международных рекомендаций и отчетов, а также отечественных и зарубежных научных публикаций, приоритетов в формировании кадрового потенциала офтальмологической службы, наиболее важных вопросов в деятельности специалистов офтальмологического профиля и разработка инструментария подобных исследований.

Обсуждение результатов

Анализ стратегических документов ВОЗ и Европейского регионального комитета ВОЗ позволил выявить приоритеты кадрового обеспечения

служб здравоохранения с акцентом на подготовку кадров, инвестирование и планирование, мониторинг и анализ.

Учитывая специфику подготовки и осуществления профессиональной деятельности специалистами-офтальмологами, нами проанализированы стратегические документы в контексте данного профиля специализированной медицинской помощи. Наиболее важным по глубине видения дальнейшего развития офтальмологической помощи и территориальному охвату является Глобальный план действий на 2014–2019 гг. «Всеобщий доступ к здоровью глаз».

В нем определены три цели на перспективу: получение фактических данных о масштабах и причинах нарушений зрения и об офтальмологических службах и их использовании; содействие в разработке и реализации комплексной национальной политики, планов и программ в области здоровья глаз; реализация межотраслевых проектов и организация эффективных партнерств по укреплению здоровья глаз. Первая цель предусматривает оценку по трем показателям, в том числе, по численности специалистов по глазным болезням. Численность офтальмологов с дифференциацией по кадровому составу – важная составляющая при определении наличия квалифицированного персонала, выявлении областей с существенными пробелами и корректировке планов по кадровому обеспечению. Вторая цель по разработке и укреплению национальных мер политики, программ и планов, увеличивающих доступность офтальмологической помощи, предусматривает развитие и сохранение кадровых ресурсов специалистов-офтальмологов. Ее достижение требует планирования подготовки определенного количества врачей-офтальмологов, обеспечения их обучения и непрерывного профессионального развития, внедрения стратегий сохранения обученных кадров соответствующего профиля [8].

Относительно численности офтальмологов в Украине, анализ данных Центра медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины показал, что в течение 2005–2014 гг. наблюдалась тенденция к сокращению специалистов офтальмологического профиля. В абсолютных числах сокращение составило 812 чел., в относительных – с 0,81 до 0,74 на 10 тыс. населения, то есть на 8,6%.

Такая тенденция корреспондируется с общим сокращением числа медицинских работников и недоукомплектованностью штатных должностей врачей, составившей в 2015 г. 17,9%. Более 14 тысяч врачебных должностей и 22 тысячи должностей среднего медицинского персонала в уч-

реждениях здравоохранения были заняты совместителями. Дефицит врачебных кадров составил 35 тысяч человек.

Задачи, вытекающие из Глобального плана действий на 2014–2019 гг. «Всеобщий доступ к здоровью глаз», требуют наличия детализированной информации по кадровому обеспечению офтальмологической службы, ее ресурсному, технологическому и организационному обеспечению, условиям труда офтальмологов, существующим потребностям и проблемам.

С этой целью нами разработан инструментарий для изучения мнения врачей офтальмологического профиля по целому ряду вопросов их подготовки и профессиональной деятельности. Цель социологического исследования – выявление проблем и определение потребностей специалистов офтальмологического профиля в процессе их повседневной деятельности по медицинскому обслуживанию населения.

Программой социологического исследования предусмотрены различные блоки вопросов, предполагающие получение ответов, содержащих демографические характеристики респондентов, указание места работы, данные о квалификации и стаже, условиях работы, ее оценку, мнения относительно доступности и качества офтальмологической помощи, информацию об имеющихся проблемах и формулировку предложений по их решению.

Среди демографических характеристик большее значение имеют возраст и пол. Известно, что проблемой национальных систем здравоохранения во многих странах является старение кадров из-за уменьшения притока молодых специалистов вследствие разных причин, в том числе, миграции. По данным Центра медицинской статистики Минздрава Украины, удельный вес лиц пенсионного возраста среди врачей в 2012 г. составлял в стране 24,7%, среди младших специалистов с медицинским образованием – 15,3%. Чрезвычайно важным является показатель удельного веса лиц пенсионного возраста среди специалистов офтальмологической службы, что обусловило включение показателя в программу опроса.

Не менее важен вопрос о половой принадлежности работающих специалистов офтальмологического профиля. Известно, что во многих странах среди врачей преобладают мужчины, а среди медицинских сестер, акушерок – женщины. Мужчины также чаще занимают руководящие должности в учреждениях здравоохранения, что может свидетельствовать о гендерном неравенстве. Программой опроса предусмотрено выявление данных соотношений.

Особый интерес представляет изучение мнений о проблемах офтальмологической помощи с точки зрения специалистов, работающих в учреждениях здравоохранения разных уровней оказания помощи, разных территорий. Поэтому в анкету включены вопросы о месте жительства, уровне учреждения и занимаемой должности.

Стаж работы по специальности и квалификационная категория существенно влияют на формирование многих профессиональных оценок. В связи с этим, программой исследования предусмотрено изучение мнения специалистов в зависимости от имеющихся стажа и квалификационной категории.

В анкету социологического исследования также включены вопросы финансового состояния и состояния здоровья респондентов.

В профессиональном блоке вопросов акцентируется внимание на самооценке специалистом офтальмологического профиля качества и доступности оказываемых им услуг. При этом, уточняются условия, способствующие повышению качества и эффективности оказываемых услуг и, наоборот, препятствующие этому. Среди факторов, влияющих на качество и эффективность работы, перечисляются следующие: укомплектованность штатных должностей, техническая оснащенность учреждения, используемые медицинские технологии, оплата труда, материальные и нематериальные стимулы, микроклимат в коллективе, организация и санитарно-гигиенические условия труда, информационное обеспечение, доступ к сети Интернет, уровень координации с другими специалистами и службами, возможность обучения в течение всей профессиональной жизни, перспективы карьерного роста.

Надлежащее внимание уделено вопросам повышения квалификации и возможности постоянного совершенствования профессионального уровня. Предусмотрено получение информации по оценке качества образовательных услуг в организациях последиplomного образования с дифференциацией по разным формам обучения. В перечень вопросов включены также сведения о частоте повышения квалификации по разным формам, существующих преградах, полученных преимуществ.

Особый интерес представляют мнения офтальмологов по самооценке своего уровня как специалиста, потребности в помощи, консультации со стороны других специалистов в процессе повседневной профессиональной деятельности.

С точки зрения обоснования мероприятий по улучшению условий обучения, совершенствования знаний и умений, создания надлежащих условий работы, большое значение имеет изучение

мнения респондентов по перспективным формам повышения квалификации.

Известно, что качество работы специалиста во многом определяется ресурсным обеспечением. Безусловно, показатели уровня его соответствия нормативным требованиям дают объективную оценку материально-техническому обеспечению, но, при этом, не менее важна субъективная оценка работником этого соответствия, имеющихся проблем, что также предусмотрено программой опроса. В анкету включены вопросы о приоритетности внедрения тех или иных методик, лечебных и диагностических технологий.

Современный уровень развития здравоохранения предусматривает высокую компьютерную оснащенность медицинских учреждений и конкретных рабочих мест специалистов. Поэтому, ряд вопросов анкеты касаются компьютеризации рабочего места, обеспечения подключения к сети Интернет, доступа к основным компьютерным базам данных доказательной медицины.

Учитывая скорость обновления и важность получения новой медицинской информации, в программу исследования включены вопросы доступности различных источников медицинской информации, в том числе, англоязычных, а также владения иностранными языками.

Большой профессиональный интерес представляют вопросы о реальных нагрузках на персонал, тенденциях изменений в этом плане за последние годы. Анкета предусматривает получение ответов на эти и другие вопросы, включая информацию о наличии совместительства, его причинах, наличии дополнительных нагрузок и соответствующих вознаграждениях за расширение объемов работы.

Для объективной оценки поднятых проблем очень важно выяснить мнение респондентов об удовлетворенности уровнем оплаты труда, ее соответствии квалификационному уровню, удовлетворенности работой и желании ее продолжать или сменить.

Широкую палитру социологических оценок дополняют вопросы, касающиеся реформирования здравоохранения в целом и офтальмологической службы, в частности. Они нацелены на определение информированности респондентов в плане основных направлений реформ в здравоохранении, в том числе, его организационных основ, и на выявление перспективных, с точки зрения специалистов, изменений в организации офтальмологической помощи.

Выводы

Высокое качество и приемлемая доступность медицинской помощи офтальмологического профиля для населения требуют обеспечения надле-

жащего ресурсного и технологического уровня службы, и существенная роль в решении этой проблемы принадлежит кадровым ресурсам.

Стратегическими документами ВОЗ и ее Европейского регионального комитета определены основные направления развития кадрового потенциала здравоохранения, в том числе, офтальмологического профиля. В рекомендациях ВОЗ «Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.» и «Работа в интересах здоровья и развития: инвестиции в трудовые ресурсы здравоохранения» очерчен круг основных задач, предусматривающих оптимизацию кадров здравоохранения, осуществление подготовки с учетом будущих потребностей системы, создание институционального потенциала, ведение баз данных о кадрах здравоохранения.

Рекомендации Европейского регионального комитета ВОЗ «На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий» представляют адаптацию задач к условиям региона с акцентом на усовершенствование обучения, повышение эффективности работы, планирование и инвестирование, наращивание потенциала, анализ и мониторинг.

Приоритеты дальнейшего развития офтальмологической помощи определены в документе «Всеобщий доступ к здоровью глаз: Глобальный план действий на 2014–2019 гг.» и включают планирование кадровых ресурсов, обеспечение обучения и непрерывного профессионального развития, внедрение стратегий сохранения специалистов офтальмологического профиля в стране и на рабочих местах.

Решение актуальных задач совершенствования кадрового обеспечения офтальмологической службы требует наличия детализированной информации по кадровому составу, ее ресурсному, технологическому и организационному обеспечению, условиям труда специалистов, имеющимся возможностям, существующим потребностям и проблемам.

С этой целью для выявления проблем и определения потребностей специалистов офтальмологического профиля при осуществлении ими повседневной деятельности по медицинскому обслуживанию населения нами разработан инструментарий для изучения мнения врачей-офтальмологов по отдельным вопросам их подготовки и профессиональной деятельности.

Анкета социологического исследования содержит различные блоки вопросов, в том числе, касающиеся демографических характеристик респондентов, их места работы, квалификации и стажа, условий работы, ее оценки, мнений о доступности и качестве офтальмологической помощи, существу-

ющих нагрузках, возможностей совершенствования и профессионального роста, уровня оплаты труда, мотивации, удовлетворенности работой, имеющихся проблем, потребностей, перспектив.

Использование данного инструментария позволит получить ценную многоаспектную информацию для планирования мероприятий по совершенствованию кадрового обеспечения офтальмологической службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. The world health report 2006: working together for health. – World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2006. – 237 p.
2. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf?ua=1. – Дата доступа: 28.09.2017.
3. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 [Electronic resource] // World Health Organization; Health workforce department: DRAFT 1.0 submitted to the Executive Board (138th Session). – Geneva, Switzerland, 2016. – 64 p. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf?ua=1>. – Date of access: 28.09.2017.
4. Работа в интересах здоровья и развития: инвестиции в трудовые ресурсы здравоохранения [Электронный ресурс]: Доклад Комиссии высокого уровня ООН по занятости в сфере здравоохранения и экономическому росту. – Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_17-ru.pdf. – Дата доступа: 28.09.2017.
5. На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/344075/67wd10r_HRH_Framework_170677.pdf. – Дата доступа: 28.09.2017.
6. Концепция развития кадровой политики в сфере здравоохранения Украины // Государственное управление человеческими ресурсами в сфере здравоохранения в Украине: материалы ежегод. Всеукр. науч.-практ. конф. с международ. участием / под ред. Ю.В.Ковбасюка, В.М.Князевича, Н.А.Васюк. – К.: ДКС_Центр, 2016. – С.3–11.
7. Кучеренко, Н.Т. Характеристика состояния и проблем кадрового обеспечения системы здравоохранения Украины / Н.Т.Кучеренко, Г.О.Слабкий // Ежегодный доклад о состоянии здоровья населения, санитарно-эпидемиологической ситуации и результатах деятельности системы здравоохранения Ук-

раины, 2016 год / МЗ Украины, ГУ «УИСИ МЗ Украины». – Киев, 2017. – С.369–378.

8. Universal eye health: a global action plan 2014–2019 [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.who.int/blindness/AP2014_19_English.pdf?ua=1. – Date of access: 28.09.2017.

SUBSTANTIATION OF SOCIAL-HYGIENIC TOOLING FOR STUDY TRAININGS, WORKING CONDITIONS AND ACTIVITY SCOPE OF OPHTHALMOLOGICAL PROFILE SPECIALISTS

S.G.Saksonov, T.S.Gruzieva

O.O.Bogomolets National Medical University, T.Shevchenko Blvd. 13, 01601, Kyiv, Ukraine

The article highlights modern strategies and priorities for ensuring human resources for health at the global and regional European level. Problems of formation and use of human resources of an ophthalmological profile are revealed. The development of tools for carrying out a sociological study to find out the opinion of ophthalmic doctors regarding their professional training, working conditions and scope of work, existing needs, problems, and ways to solve them is justified.

Keywords: United Nations (UN); World Health Organization (WHO); healthcare; human resources; development strategies; Ukraine; ophthalmological service; sociological research; specialists opinion; ophthalmologists training; ophthalmologists continuing professional development; organization of work; working conditions.

Сведения об авторах:

Саксонов Станислав Геннадиевич, Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, кафедра глазных болезней, ассистент; кафедра социальной медицины и общественного здоровья, соискатель; тел.: (+38067) 9199899, e-mail: s9199899@gmail.com.

Грузева Татьяна Степановна, д-р мед. наук, профессор; Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, зав. кафедрой социальной медицины и общественного здоровья, тел.: (+38044) 2364233, e-mail: tgruzieva@gmail.com.

Поступила 02.10.2017 г.

Юбилеи

ЕЛЕНА ГЕОРГИЕВНА ЭЛЬЯШЕВИЧ (к 80-летию со дня рождения)

23 сентября 2017 года исполнилось 80 лет со дня рождения Елены Георгиевны Эльяшевич – одного из старейших ученых фармации Республики Беларусь, доктора фармацевтических наук, профессора, педагога, отличника здравоохранения. Елена Георгиевна более 50 лет жизни посвятила развитию фармации Советского Союза, Украины и Республики Беларусь. Она родилась в 1937 г. в г. Пинске Брестской области в семье музыканта и врача. С успехом окончила фармацевтический факультет Днепропетровского медицинского института (1959). Трудовую деятельность Е.Г.Эльяшевич начала в 1960 г. в аптеке медсанчасти г. Червонограда Львовской области, в которой проработала в общей сложности 17 лет: с 1960 по 1970 год в должности заведующей аптекой, после реорганизации – в должности управляющей межбольничной аптекой №245 г. Червонограда. Во время работы в аптеке Елена Георгиевна сочетала практическую деятельность с научными исследованиями. Это завершилось в 1975 г. защитой кандидатской диссертации на тему «Ресурсы дикорастущих лекарственных растений Львовской области» и присуждением ей ученой степени кандидата фармацевтических наук. В 1977 г. семья Е.Г.Эльяшевич переехала в Минск. Все свои силы, знания, опыт и энергию Елена Георгиевна отдавала научно-педагогической деятельности. С 1977 по 1987 год она работала старшим преподавателем кафедры организации и экономики фармации Белорусского государственного ордена Трудового Красного Знамени института усовершенствования врачей (в настоящее время – Белорусская медицинская академия последипломного образования), где в полную силу раскрылся ее талант лектора, педагога и организатора. В этот период проделана большая научная работа по сбору материала и подготовке докторской диссертации, а также по осуществлению переподготовки и усовершенствования фармацевтических кадров, руководителей аптечных учреждений СССР. С 1987 по 1996 год Е.Г.Эльяшевич руководила кафедрой организации и экономики фармации Ви-



тебского государственного ордена Дружбы народов медицинского института. В 1989 г. защитила докторскую диссертацию на тему «Основы фармацевтической этики и деонтологии». Ей присвоено ученое звание доцента (1989), профессора (1990). С 15 января 1997 г. Елена Георгиевна работала профессором кафедры управления и организации производства Белорусского технологического университета. С сентября 1997 г. до 2011 г. трудовая деятельность Елены Георгиевны осуществлялась в Белорусском государственном медицинском университете (БГМУ), где она на протяжении 15 лет занимала должность профессора кафедры общественного здоровья и здравоохранения. С сентября 2011 г. по июнь 2014 г. Е.Г.Эльяшевич работала в должности профессора кафедры организации фармации БГМУ. На протяжении всей своей активной творческой деятельности профессор Е.Г.Эльяшевич зарекомендовала себя

высококвалифицированным специалистом, хорошим организатором, руководителем, ученым и воспитателем. Ею подготовлены мультимедийные презентации лекций по истории фармации, методические указания с тестами и ситуационными задачами, издана монография «История фармации в лекциях». Много сил и энергии Елена Георгиевна посвятила реформе высшего фармацевтического образования, читая лекции и проводя практические занятия с учетом достижений педагогики, фармацевтической науки и практики. Е.Г.Эльяшевич входит в состав редакционного совета журнала «Вестник фармации». Профессор Е.Г.Эльяшевич известна как автор многочисленных статей, методических рекомендаций и монографий, освещающих актуальные проблемы фармацевтической науки и практики. Научные труды Елены Георгиевны (около 300 печатных научных работ, 8 монографий, 20 рационализаторских предложений) широко используются в аптечных организациях и в учебном процессе. Е.Г.Эльяшевич являлась членом Совета Д 03.16.02 по защите

диссертаций при учреждении образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (1995–2000, 2009–2016), членом экспертного совета №25 ВАК Беларуси (2001–2002), неоднократно выступала в качестве оппонента по докторским и кандидатским диссертациям. Душевное обаяние и красота, природный ум, доброжелательность, уважение к людям, присущие Елене Георгиевне Эльяшевич, достойны подражания многими поколениями молодых ученых, провизоров и врачей. За большой вклад в развитие здравоохранения и фармации профессор Е.Г.Эльяшевич награждена юбилейной медалью «За доблестный труд» (1970), значком «Отличнику здравоохранения» (1990), почетными грамотами Министерства здравоохранения Республики Беларусь (2003, 2006). Коллеги и сотрудники сердечно поздравляют глубокоуважаемую Елену Георгиевну с юбилеем, желают крепкого здоровья, творческого вдохновения, дальнейших успехов в жизни, благополучия и гармонии в семье.

Мониторинг национальной правовой базы по здравоохранению

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ (июнь – октябрь 2017 г.)*

1. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. №614** «Об утверждении критериев»:

утверждены критерии отнесения поверхностных водных объектов к водным объектам, которые могут использоваться для лечебных (курортных, оздоровительных) нужд.

2. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 июня 2017 г. №56** «О некоторых вопросах помещения несовершеннолетних в специальные учебно-воспитательные учреждения и специальные лечебно-воспитательные учреждения»:

установлены:

перечень заболеваний, при которых в специальном учебно-воспитательном учреждении оказывается медицинская помощь воспитанникам (приложение 1);

перечень заболеваний, препятствующих содержанию, обучению и воспитанию несовершеннолетних в специальных лечебно-воспитательных учреждениях, специальных учебно-воспитательных учреждениях (приложение 2);

перечень заболеваний, при наличии которых несовершеннолетние помещаются в специальные учебно-воспитательные учреждения (приложение 3);

признаны утратившими силу:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 ноября 2012 г. №175 «О некоторых вопросах помещения несовершеннолетних в специальные учебно-воспитательные учреждения и специальные лечебно-воспитательные учреждения»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 октября 2016 г. №107 «О внесении дополнений и изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 ноября 2012 г. №175».

3. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 июня 2017 г. №60** «О признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 марта 2007 г. №22»:

признано утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 марта 2007 г. №22 «Об определении перечня иных должностных лиц органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор, и их компетенции».

4. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 июня 2017 г. №632** «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 октября 2000 г. №263»:

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 октября 2000 г. №263 «О совершенствовании методов и форм организации деятельности научно-исследовательских учреждений и высших учебных заведений».

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

5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 июня 2017 г. №636 «Об утверждении Инструкции о порядке организации проведения инспектирования промышленного производства изделий медицинского назначения и медицинской техники»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке организации проведения инспектирования промышленного производства изделий медицинского назначения и медицинской техники.

6. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства образования Республики Беларусь и Министерства внутренних дел Республики Беларусь от 8 июня 2017 г. №61/57/156 «Об утверждении Инструкции о порядке и условиях оказания медицинской помощи воспитаннику в период пребывания в специальном учебно-воспитательном учреждении или специальном лечебно-воспитательном учреждении»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке и условиях оказания медицинской помощи воспитаннику в период пребывания в специальном учебно-воспитательном учреждении или специальном лечебно-воспитательном учреждении.

7. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2017 г. №62 «О некоторых вопросах оказания медицинской помощи несовершеннолетним, находящимся в приемниках-распределителях для несовершеннолетних»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке и объеме оказания медицинской помощи несовершеннолетним, находящимся в приемниках-распределителях для несовершеннолетних, проведения дезинфекционных и дезинсекционных мероприятий в отношении этих несовершеннолетних;

определены нормы и нормативы материально-технического, лекарственного и кадрового обеспечения медицинскими работниками приемников-распределителей для несовершеннолетних согласно приложению.

8. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 июня 2017 г. №63 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 1999 г. №332»:

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 1999 г. №332 «Об утверждении Порядка организации сбора и переработки использованных одноразовых медицинских шприцев».

9. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 июня 2017 г. №64 «Об утверждении технического кодекса установившейся практики»:

утвержден прилагаемый технический кодекс установившейся практики «Надлежащая производственная практика»;

признано утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 января 2013 г. №6 «Об утверждении технического кодекса установившейся практики».

10. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 июня 2017 г. №668 «Об утверждении порядка регистрации и контроля доз облучения персонала, аварийных работников и населения в рамках Единой государственной системы контроля и учета индивидуальных доз облучения»:

утвержден порядок регистрации и контроля доз облучения персонала в условиях нормальной эксплуатации техногенных источников ионизирующего излучения, информационная карта и инструкция по ее заполнению (приложение 1);

утвержден порядок регистрации и контроля доз облучения аварийных работников, лиц, принимающих первые ответные меры в случае ядерных и радиационных аварий, персонала и населения в условиях радиационной аварии, информационная карта и инструкция по ее заполнению (приложение 2).

11. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 июня 2017 г. №670 «О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2018 год»:

определены среднереспубликанские нормативы объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2018 год (приложения 1–3 к приказу).

12. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 июня 2017 г. №676 «Об утверждении контрольных цифр приема в субординатуру в 2017/2018 учебном году»:

утверждены контрольные цифры приема в субординатуру в 2017/2018 учебном году для студентов 5-го курса учреждений образования, осуществляющих подготовку специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием, обучающихся по специальностям 1-79 01 01 «Лечебное дело», 1-79 01 02 «Педиатрия» (приложение 1).

13. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 июня 2017 г. №679 «Об утверждении перечня организаций здравоохранения, обеспечивающих выполнение задач ситуационно-кризисного центра Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

утвержден перечень организаций здравоохранения, подразделения (структуры) которых будут обеспечивать выполнение Министерством здравоохранения Республики Беларусь задач в рамках ситуационно-кризисного центра Минздрава.

14. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июня 2017 г. №690 «Об оценке состояния популяционного иммунитета к дифтерии и столбняку населения Республики Беларусь»:

утвержден план доставки образцов сыворотки крови для исследования на напряженность иммунитета к дифтерии и столбняку населения Республики Беларусь.

15. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 июня 2017 г. №699 «Об открытии подготовки для реализации образовательных программ послевузовского образования II (докторантура) ступени»:

приказано:

открыть в учреждении образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» подготовку по специальности 03.03.04 – клеточная биология, цитология, гистология биологической отрасли науки для реализации образовательных программ послевузовского образования II (докторантура) ступени;

открыть в государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» подготовку по специальностям 14.01.10 – кожные и венерические болезни медицинской отрасли науки и 14.01.17 – хирургия медицинской отрасли науки для реализации образовательных программ послевузовского образования II (докторантура) ступени.

16. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 июня 2017 г. №65 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников структурных подразделений организаций государственной системы здравоохранения, оказывающих фтизиатрическую помощь в стационарных и амбулаторных условиях и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 марта 2006 г. №12»:

установлены:

примерные штатные нормативы медицинских и других работников структурных подразделений организаций государственной системы здравоохранения, оказывающих фтизиатрическую помощь в стационарных условиях (приложение 1 к данному постановлению);

примерные штатные нормативы медицинских и других работников структурных подразделений организаций государственной системы здравоохранения, оказывающих фтизиатрическую помощь в амбулаторных условиях (приложение 2);

определено, что:

действие данного постановления не распространяется на ведомственные организации здравоохранения;

дополнительные штатные должности врачей – фтизиатров, медицинских работников, имеющих среднее специальное медицинское образование, профессии санитарок к должностям, профессиям, установленным в приложении 1 данного постановления, могут быть введены в штатное расписание организаций, в которых имеются структурные подразделения государственной системы здравоохранения, оказывающие фтизиатрическую медицинскую помощь в стационарных условиях при наличии соответствующего объема работ, подготовленных работников, проведения реструктуризации коечного фонда и организации отделений дневного пребывания.

признано утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 марта 2006 г. №12 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и педагогических работников туберкулезных (детских туберкулезных) больниц, противотуберкулезных диспансеров».

17. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 июня 2017 г. №66** «Об утверждении Положения об ученом медицинском совете Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

утверждено прилагаемое Положение об ученом медицинском совете Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

18. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 июня 2017 г. №714** «О распределении изделий медицинского назначения»:

утверждено прилагаемое Распределение наборов реагентов для диагностики ВИЧ-инфекции и мониторинга ВИЧ-инфицированных пациентов, полученных по Административному договору для материально-технической поддержки лабораторий для диагностики инфекционных болезней на территории стран Восточной Европы и Центральной Азии между Федеральным бюджетным учреждением науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Российская Федерация) и Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

19. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 июня 2017 г. №717** «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 октября 2016 г. №940»:

внесены следующие изменения в приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 октября 2016 г. №940 “Об утверждении годового плана централизованных государственных закупок лекарственных средств за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь в 2017 г.”:

в подразделе J05 “Противовирусные средства для системного применения” раздела J “Антиинфекционные средства для системного использования” исключена позиция «Рибавирин»;

изложена в новой редакции позиция “Итого по группе”;

изложен в новой редакции раздел “Лекарственные средства для лечения гепатита С”.

20. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 июня 2017 г. №718** «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 ноября 2016 г. №1090»:

внесены изменения и дополнения в приложение 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 ноября 2016 г. №1090 “Об утверждении годового плана централизованных государственных закупок лекарственных средств на 2017 год”:

в подразделе V03 “Прочие лекарственные средства” раздела V “Различные лекарственные средства” исключена позиция «Тиосульфат натрия»;

подраздел V08 “Контрастные вещества” раздела V “Различные лекарственные средства” дополнен позициями «Гадобутрол», «Гадодиамид»;

раздел “Лекарственные средства для лечения гепатита С” изложен в новой редакции.

21. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 июня 2017 г. №67** «Об установлении Республиканского формуляра лекарственных средств и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июля 2016 г. №80»:

установлен Республиканский формуляр лекарственных средств (приложение к данному постановлению);

признано утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июля 2016 г. №80 “Об установлении Республиканского формуляра лекарственных средств”.

22. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 июня 2017 г. №68** «О внесении изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 мая 2009 г. №49»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 мая 2009 г. №49 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения обязательного медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства, ходатайствующих о предоставлении статуса беженца или дополнительной защиты в Республике Беларусь».

23. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 июня 2017 г. №69** «О внесении изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 июля 2012 г. №97»:

внесены изменения в приложение 2 к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 июля 2012 г. №97 «Об установлении клинических показаний, по которым лица подлежат обязательному медицинскому освидетельствованию, и перечня иных категорий лиц, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию».

24. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2017 г. №72 «О внесении изменений в постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 октября 2009 г. №109 и от 14 июля 2006 г. №55»:

внесены изменения в некоторые постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь: в частности *исключена* глава 2 «Порядок исследования проб крови на наличие антигена и антител к ВИЧ» постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 октября 2009 г. №109 «Об утверждении Инструкции о порядке организации оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека».

25. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2017 г. №73 «Об утверждении Санитарных норм и правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях», признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

утверждены прилагаемые:

Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях»;

Гигиенический норматив «Допустимые значения санитарно-микробиологических показателей воздушной среды помещений организаций, оказывающих медицинскую помощь»;

Гигиенический норматив «Допустимая температура воздуха отдельных помещений организаций, оказывающих медицинскую помощь»;

Гигиенический норматив «Физические факторы на рабочих местах в кабинетах ультразвуковой диагностики организаций, оказывающих медицинскую помощь».

признаны утратившими силу:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 ноября 2008 г. №194 «Об утверждении Санитарных норм, правил и гигиенических нормативов «Гигиенические требования к условиям труда медицинских работников, занятых в кабинетах ультразвуковой диагностики»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 октября 2013 г. №107 «Об утверждении отдельных Санитарных норм и правил, Гигиенических нормативов и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и отдельного структурного элемента постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 ноября 2011 г. №111 (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 14.03.2014, 8/28102);

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 ноября 2014 г. №78 «О внесении дополнений в некоторые постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 12.12.2014, 8/29355);

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2015 г. №140 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 октября 2013 г. №107» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 12.02.2016, 8/30612);

постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 10 ноября 2000 г. №52 «О введении в действие санитарных правил и норм, гигиенических нормативов»;

постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 21 ноября 2002 г. №84 «О введении в действие санитарных правил и норм, гигиенических нормативов».

26. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2017 г. №74 «О наделении должностных лиц, осуществляющих государственный санитарный надзор, полномочиями на составление протоколов об административных правонарушениях и подготовку дел об административных правонарушениях к рассмотрению»:

наделены полномочиями на составление протоколов об административных правонарушениях и подготовку дел об административных правонарушениях к рассмотрению, предусмотренных ста-

тей 9.17, частью 2 статьи 12.17, статьей 12.46, частью 1 статьи 15.4, статьями 15.51–15.53, частью 2 статьи 15.63, статьями 16.7, 16.8, частью 2 статьи 21.14, частью 1 статьи 21.16, статьями 23.1–23.5, частью 7 статьи 23.11, частью 4 статьи 23.12, статьями 24.4–24.6 Кодекса Республики Беларусь об административных правонарушениях, следующие должностные лица, осуществляющие государственный санитарный надзор:

министерства здравоохранения Республики Беларусь:

заместитель Министра здравоохранения – Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь;

начальник, заместитель начальника и главные специалисты отдела гигиены, эпидемиологии и профилактики;

государственного учреждения «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», областных центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, Минского городского, городских, районных, зональных, районных в городах центров гигиены и эпидемиологии: главный врач, его заместители (из числа врачей);

заведующие отделами, отделениями, врачи-гигиенисты, врачей-паразитологи, врачей-эпидемиологи, помощники врачей-гигиенистов, помощники врачей-паразитологов, помощники врачей-эпидемиологов, помощники энтомолога, заведующие лабораториями, врачи-лаборанты, врачи-бактериологи, врачи-вирусологи, врачи-валеологи, фельдшеры-валеологи.

27. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2017 г. №750 «Об утверждении постановления коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь по вопросам лицензирования»:

утверждено прилагаемое постановление коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.07.2017 г. №10.1 по вопросам лицензирования фармацевтической деятельности.

28. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2017 г. №756 «О внесении изменений в приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 декабря 1998 г. №351, от 30 декабря 2009 г. №1213»:

внесены следующие изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 декабря 1998 г. №351 «О пересмотре ведомственных нормативных актов, регламентирующих вопросы по проблеме ВИЧ/СПИД»:

исключено приложение 3 «Методическое руководство по этиологии, эпидемиологии, патогенезу, клинике ВИЧ-инфекции»;

исключено приложение 10 «План обследования больных ВИЧ-инфекцией»;

исключено приложение 11 «Тактика лабораторного обследования детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, для установления/исключения ВИЧ-инфицированности»;

исключено приложение 13 «Терапия ВИЧ-инфекции».

внесены изменения в приложение 2 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 декабря 2009 г. №1213 «Об утверждении документации по проблеме ВИЧ/СПИДА»:

слова «СПИД» заменены на слова «4 стадия ВИЧ-инфекции»;

слова «пре-СПИД» заменены на слова «3 стадия ВИЧ-инфекции».

29. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 июля 2017 г. №762 «О признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

признаны утратившими силу следующие приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 февраля 1992 г. №23 “О проведении квалификационной аттестации специалистов областных санитарно-эпидемиологических учреждений республики по контролю за применением ядохимикатов в сельском хозяйстве”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 апреля 1992 г. №70 “О совершенствовании иммунологической службы в республике”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 апреля 1993 г. №64 “О порядке определения районов массового распространения гнуса, других опасных насекомых и клещей”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 мая 1993 г. №76 “О мерах по усилению государственного контроля за качеством препаратов крови, ее компонентов, кровезаменителей и консервирующих растворов”;

- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 мая 1993 г. №78 “О мерах по совершенствованию лечебно-воспитательной работы в домах ребенка”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 июня 1993 г. №120 “Об усилении санитарно-карантинного контроля в международном аэропорту “Минск-2”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 июля 1993 г. №146 “Об организации медицинской помощи работающим на промышленных предприятиях”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 августа 1993 г. №163 “О дальнейшем совершенствовании медицинской помощи детям с онкогематологическими заболеваниями”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 сентября 1993 г. №185 “Об эпидемиологическом надзоре за малярией”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 октября 1993 г. №216 “О повышении квалификации профессорско-преподавательского состава”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 декабря 1993 г. №288 “О мероприятиях по профилактике заболеваний людей туляремией”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 января 1994 г. №14 “О номенклатуре специальностей для аттестации среднего медицинского персонала и номенклатуре должностей среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения системы Минздрава Республики Беларусь”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 февраля 1994 г. №33 “О введении Республиканской системы мониторинга за содержанием остаточных количеств пестицидов в продуктах питания”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июля 1994 г. №177 “Об организации рационального использования плодов-абортусов для научной разработки метода хирургического лечения сахарного диабета”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 декабря 1994 г. №267 “О номенклатуре фармацевтических специальностей и номенклатуре фармацевтических должностей в аптечных учреждениях системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 декабря 1994 г. №273 “О введении форм штатных расписаний учреждений здравоохранения”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 мая 1995 г. №60 “О совершенствовании учета бланков листов нетрудоспособности”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 июня 1995 г. №84 “О совершенствовании эпиднадзора за случаями острого вялого паралича”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 ноября 1995 г. №157 “О проведении иммунизации против вирусного гепатита В”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 мая 1996 г. №79 “Об организации Республиканского детского реабилитационного кабинета стомийной помощи”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 мая 1996 г. №81 “О номенклатуре специальностей для аттестации среднего медицинского персонала и номенклатуре должностей среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения системы Минздрава Республики Беларусь”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июля 1996 г. №129 “Об улучшении организации неврологической помощи детям”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 октября 1996 г. №190 “Об утверждении Типового положения об аптечном складе (базе) производственного объединения “Фармация” Республики Беларусь”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 октября 1996 г. №193 “О порядке закупки, распределения и использования препаратов интерферона (реальдирон, интрон А и др.)”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 ноября 1996 г. №255 “Об утверждении и введении в действие Положения о метрологическом обеспечении учреждений здравоохранения Республики Беларусь”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 декабря 1996 г. №266 “О дополнительных мерах по усилению противотуберкулезной работы в республике”;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 апреля 1997 г. №66 “Об организации системы социально-гигиенического мониторинга в Республике Беларусь”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 июня 1997 г. №152 “О мерах по совершенствованию организации технического сервиса медицинской техники в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 июня 1997 г. №159 “О выполнении программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ) в Республике Беларусь”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 июля 1997 г. №184 “Об аттестации работников научно-исследовательских учреждений”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 августа 1997 г. №201 “Об изменении и дополнении организации работы по ВИЧ-инфекции в лечебно-профилактических учреждениях республики”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 августа 1997 г. №210 “О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 мая 1996 г. №79”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 1997 г. №310 “Об утверждении Положения о Совете по среднему медицинскому образованию”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 марта 1998 г. №67 “О создании Координационного Совета по международным исследованиям медицинских последствий Чернобыльской аварии в Республике Беларусь”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 марта 1998 г. №88 “О Фармакологическом и Фармакопейном комитетах Министерства здравоохранения Республики Беларусь”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 марта 1998 г. №99 “О создании Национального центра по гриппу и другим ОРЗ”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 апреля 1998 г. №105 “О совершенствовании работы Совета по работе с научными медицинскими обществами”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 мая 1998 г. №135 “Об улучшении работы по сертификации искоренения полиомиелита в Республике Беларусь”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 мая 1998 г. №149 “Об утверждении Инструкций по организации хранения на аптечных складах, в аптечных учреждениях и предприятиях лекарственных средств и изделий медицинского назначения”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 августа 1998 г. №236 “Об утверждении перечней учреждений, на базе которых проводятся клинические испытания и лабораторные исследования лекарственных средств”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 сентября 1998 г. №242 “О поэтапном переходе к организации первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 октября 1998 г. №278 “О совершенствовании контроля за качеством дезинфекционных средств”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 ноября 1998 г. №301 “О совершенствовании системы обучения основам диабетологии врачей, средних медицинских работников и пациентов”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 ноября 1998 г. №305 “О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике неинфекционных заболеваний и выполнении программы СИНДИ”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 ноября 1998 г. №326 “О мерах по усилению контроля за рациональным использованием лекарственных средств в стационарах, выпиской рецептов льготной категории населения, планомерным поступлением лекарственных средств от поставщиков”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 декабря 1998 г. №333 “О мерах повышения эффективности физического воспитания дошкольников, учащихся и студентов”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 декабря 1998 г. №354 “О закупке товаров, работ и услуг в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет бюджетных средств”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 июля 1999 г. №26 “О внесении дополнений и изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №149 от 19

мая 1998 г. “Об утверждении Инструкции по организации хранения на аптечных складах, в аптечных учреждениях и предприятиях лекарственных средств и изделий медицинского назначения”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 июля 2001 г. №206 “О закупке изделий медицинской техники и изделий медицинского назначения”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 июля 2003 г. №127 “Об утверждении Перечня основных видов стоматологических работ, выраженных в условных единицах трудоемкости”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 апреля 2004 г. №127 “О совершенствовании трансфузиологической помощи”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 декабря 2005 г. №749 “О мерах по совершенствованию деятельности стоматологической службы”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 сентября 2006 г. №689 “Об утверждении порядка ведения, заполнения, хранения форм первичной медицинской документации в стоматологии”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 октября 2006 г. №797 “Об организаторах и уполномоченных организациях по закупке медицинской техники, изделий медицинского назначения и лекарственных средств”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 мая 2007 г. №331 “О мерах по усилению государственного контроля за качеством компонентов, препаратов крови, кровезаменителей и консервирующих растворов”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 мая 2007 г. №332 “О дополнительных мерах по обеспечению безопасного применения донорской крови, ее компонентов и препаратов в клинической практике”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 мая 2007 г. №343 “О мерах по совершенствованию организации деятельности стоматологической службы”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 октября 2007 г. №838 “О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 мая 2007 г. №343”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 февраля 2008 г. №147 “О совершенствовании оказания трансфузиологической помощи”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 мая 2008 г. №367 “О мерах по совершенствованию лабораторного обследования доноров компонентов донорской крови”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 ноября 2009 г. №1080 “Об упорядочении обеспечения компонентами крови организаций здравоохранения”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 февраля 2011 г. №175 “Об организации работ по автоматизированному информационному обеспечению донорства крови и ее компонентов”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 августа 2011 г. №854 “О мерах по обеспечению организаций здравоохранения компонентами крови”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 ноября 2011 г. №1163 “Об организации обследования донорской крови на возбудители вирусных инфекций методом полимеразной цепной реакции”;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 июля 2012 г. №799 “О некоторых вопросах деятельности врачебно-консультационной комиссии”.

30. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 июля 2017 г. №75 «Об утверждении клинического протокола «Хирургическое лечение эпилепсии»:

утвержден прилагаемый клинический протокол «Хирургическое лечение эпилепсии».

31. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 июля 2017 г. №793 «О некоторых вопросах организации питания детей с фенилкетонурией»:

утверждены:

инструкция о порядке организации питания детей с фенилкетонурией (приложение 1 к приказу);

перечень продуктов для питания детей с фенилкетонурией (приложение 2);

примерный рацион (меню) для детей с фенилкетонурией в возрасте 3–6 лет (приложение 3);

рекомендуемые нормы выхода готовых блюд (приложение 4).

32. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 июля 2017 г. №797 «О мерах по совершенствованию работы службы трансплантационной координации Республики Беларусь»:

утверждены:

карта потенциального донора (приложение 1 к приказу);

форма анализа причин несостоявшихся заборов органов и (или) тканей человека у потенциальных доноров (приложение 2);

форма запроса о нахождении потенциального донора на диспансерном учете (приложение 3);

уполномоченным должностным лицам в срок до 01.12.2017 г. *приказано обеспечить:*

внедрение карты потенциального донора в организациях здравоохранения, участвующих в программе органного донорства в соответствии с приложением 1;

обязательное включение в Модели конечных результатов деятельности организаций здравоохранения с отделениями анестезиологии и реанимации на 2018 г. показателей: сообщение о потенциальном доноре, забор органов и (или) тканей человека;

предоставление информации о причинах несостоявшихся заборов органов и (или) тканей человека у потенциальных доноров из областных отделений (кабинетов) трансплант-координации, отделения координации учреждения здравоохранения «9-я городская клиническая больница» г. Минска в Единый регистр трансплантации РНПЦ трансплантации органов и тканей с периодичностью 2 раза в год (не позднее 10 января и 10 июля отчетного года) в соответствии с приложением 2;

актуализацию нормативно-правовой базы по вопросам органного донорства и трансплант-координации;

проведение в отделениях анестезиологии и реанимации организаций здравоохранения консилиумов по констатации смерти мозга всем пациентам с клиническими признаками смерти мозга вне зависимости от дальнейшей возможности эксплантации органов и (или) тканей человека;

дооснащение отделений анестезиологии и реанимации гемодинамическими мониторами с возможностью определения инвазивного артериального давления, шприцевыми дозаторами, насосами в соответствии с заявками организаций здравоохранения;

проведение регулярных мониторингов организаций здравоохранения по вопросам органного донорства, трансплантационной координации с привлечением профильных специалистов и вынесением проблемных вопросов на лечебно-контрольные советы управлений здравоохранения, комитета по здравоохранению Мингорисполкома;

направление на курсы повышения квалификации по трансплант-координации на кафедру трансплантологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» заместителей главных врачей, заведующих отделениями анестезиологии и реанимации, хирургическими и терапевтическими отделениями;

ректорам высших медицинских учреждений образования *приказано* разработать планы и организовать с 01.01.2018 г. курсы «Основы трансплантологии и органного донорства» для студентов старших курсов медицинских университетов на профильных кафедрах с привлечением квалифицированных специалистов.

33. Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 июля 2017 г. №10/76 «О внесении изменения в постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. №51/170»:

изложен в новой редакции раздел «а» таблицы дополнительных требований к состоянию здоровья граждан требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и учреждения образования, на военные факультеты учреждений среднего специального образования и учреждений высшего образования, осуществляющие подготовку кадров по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, а также граждан, направляемых для получения образования в организации иностранных государств по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Воору-

женных Сил Республики Беларусь, установленных в приложении к Инструкции об определении требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и учреждения образования, на военные факультеты учреждений среднего специального образования и учреждений высшего образования, осуществляющие подготовку кадров по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, а также граждан, направляемых для получения образования в организации иностранных государств по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь, утвержденной постановлением Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. №51/170.

34. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июля 2017 г. №809 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 октября 2016 г. №940»:

внесены следующие изменения в приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 октября 2016 г. №940 «Об утверждении годового плана централизованных государственных закупок лекарственных средств за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь в 2017 г.»:

в подразделе J05 «Противовирусные средства для системного применения» раздела J «Антиинфекционные средства для системного использования» *исключена позиция* «Софосбувир»;

позиция «Эфавиренз» изложена в новой редакции;

позиция «Итого по группе» изложена в новой редакции;

раздел «Лекарственные средства для лечения гепатита С» изложен в новой редакции.

35. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 июля 2017 г. №78/1 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 июня 2013 г. №43»:

внесены изменения и дополнения в Санитарные нормы и правила «Требования к учреждениям дополнительного образования детей и молодежи, специализированным учебно-спортивным учреждениям», утвержденные постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 июня 2013 г. №43 «Об утверждении Санитарных норм и правил «Требования к учреждениям дополнительного образования детей и молодежи, специализированным учебно-спортивным учреждениям» и признании утратившими силу постановлений Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 28 декабря 2005 г. №269 и от 10 апреля 2008 г. №65».

36. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 июля 2017 г. №78 «Об установлении медицинских показаний для обеспечения подгузниками (впитывающими трусиками), впитывающими простынями (пеленками), урологическими прокладками (вкладышами) детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, имеющих IV степень утраты здоровья, и инвалидов I группы»:

установлены медицинские показания для обеспечения подгузниками (впитывающими трусиками), впитывающими простынями (пеленками), урологическими прокладками (вкладышами) детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, имеющих IV степень утраты здоровья, и инвалидов I группы;

признано утратившим силу постановление Министерства здравоохранения от 21 мая 2012 г. №49 «Об установлении медицинских показаний для обеспечения подгузниками детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, имеющих IV степень утраты здоровья, и инвалидов I группы, признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 марта 2012 г. №21».

37. Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 июля 2017 г. №34/79 «О внесении изменений и дополнения в постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 марта 2012 г. №37/20»:

внесены изменения и дополнение в постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 марта 2012 г. №37/20 «Об установлении примерных месячных наборов продуктов питания для детей в возрасте до одного

года и от одного года до двух лет, форм норм отпуска продуктов питания детям первых двух лет жизни и персональной ведомости выдачи продуктов питания детям первых двух лет жизни».

38. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 июля 2017 г. №830 «Об организации скрининга и ранней диагностики рака»:

утверждены:

Положение о Республиканском координационном совете по скринингу и ранней диагностике рака и региональных рабочих группах (приложение 1 к приказу);

Положение о кабинете скрининга рака (приложение 2);

инструкция о порядке проведения скрининга рака молочной железы (приложение 3);

инструкция о порядке проведения скрининга колоректального рака (приложение 4);

инструкция о порядке проведения скрининга и ранней диагностика рака предстательной железы (приложение 5);

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 апреля 2011 г. №337 «О скрининге рака предстательной железы на 2011–2012 гг.»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.04.2012 г. №353 «О скрининге рака молочной железы на 2012–2015 годы»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.04.2012 г. №431 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения скрининга рака молочной железы в организациях здравоохранения г. Минска в 2012–2015 гг.»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 сентября 2013 г. №914 «О плане мероприятий по выявлению и скринингу предопухолевых заболеваний и рака толстой кишки в учреждении здравоохранения «Солигорская центральная районная больница» на 2013–2015 годы»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 сентября 2013 г. №970 «О проведении пилотного проекта по скринингу рака шейки матки в Советском и Центральном районах г. Минска в 2014–2016 гг.».

39. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 июля 2017 г. №831 «Об утверждении Положения о группе управления проектом скрининга рака молочной железы в рамках проекта БЕЛМЕД»:

утверждено Положение о группе управления проектом скрининга рака молочной железы в рамках проекта БЕЛМЕД (приложение к приказу).

40. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 августа 2017 г. №868 «Об утверждении паспорта пациента с имплантированным эндопротезом сустава»:

утверждены:

форма «Паспорт пациента с имплантированным эндопротезом сустава» (приложение 1 к приказу);
инструкция по заполнению формы «Паспорт пациента с имплантированным эндопротезом сустава» (приложение 2).

41. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 августа 2017 г. №870 «О выполнении протокола заседания Республиканского межведомственного совета по проблемам инвалидов»:

утвержден план мероприятий Министерства здравоохранения Республики Беларусь по выполнению протокола заседания Республиканского межведомственного совета по проблемам инвалидов от 15 июня 2017 г. №4-2-15/1пр-РМС (приложение к приказу).

42. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 августа 2017 г. №873 «О признании утратившими силу приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 мая 2014 г. №480 и отдельного структурного элемента приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 декабря 2011 г. №1245»:

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 мая 2014 г. №480 «Об утверждении клинического протокола диагностики и оказания экстренной хирургической помощи врачом челюстно-лицевым хирургом пациентам с травматической патологией челюстно-лицевой области»;

абзац четвертый пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 декабря 2011 года №1245 «Об утверждении клинических протоколов стоматологического профиля и

признании утратившими силу отдельных структурных элементов приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2006 г. №807, от 25 февраля 2008 г. №142».

43. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 августа 2017 г. №874 «Об утверждении Модели конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Республики Беларусь на 2017 год»:

утверждена прилагаемая модель конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Республики Беларусь на 2017 год.

44. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 августа 2017 г. №80 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области»»:

утвержден прилагаемый клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области».

45. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 августа 2017 г. №879 «Об утверждении Положения о республиканском кабинете генетической патологии кожи»:

утверждено прилагаемое Положение о республиканском кабинете генетической патологии кожи.

46. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 августа 2017 г. №884 «Об организации Республиканского центра экстракорпоральной мембранной оксигенации»:

приказано:

организовать в составе РНПЦ трансплантации органов и тканей учреждения здравоохранения «9 городская клиническая больница г. Минска» отдел кардиоторакальной хирургии;

создать на базе отделения анестезиологии и реанимации №5 учреждения здравоохранения «9-я городская клиническая больница г. Минска» Республиканский центр экстракорпоральной мембранной оксигенации с 1 августа 2017 года;

утверждено Положение о Республиканском центре экстракорпоральной мембранной оксигенации (приложение 1 к приказу).

47. Постановление Министерства спорта и туризма Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 августа 2017 г. №24/81 «О внесении изменения в постановление Министерства спорта и туризма Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 января 2017 г. №2/6»:

изложено в новой редакции приложение к постановлению Министерства спорта и туризма Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 января 2017 г. №2/6 «Об установлении рекомендуемого минимального возраста для занятия видами спорта».

48. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 августа 2017 г. №891 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июня 2015 г. №656»:

внесены изменения и дополнения в приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июня 2015 г. №656 «О некоторых вопросах централизованных закупок лекарственных средств и лечебного питания», приказ изложен в новой прилагаемой редакции.

49. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 августа 2017 г. №82 «О внесении дополнения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 февраля 2015 г. №19»:

дополнен пункт 1.2 списка 1 особо опасных наркотических средств и психотропных веществ, не используемых в медицинских целях, приложения к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 февраля 2015 г. №19 «Об установлении республиканского перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь».

50. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 августа 2017 г. №902 «О проведении дозорного эпидемиологического надзора на территории Республики Беларусь»:

утвержден протокол проведения дозорного эпидемиологического надзора среди уязвимых групп населения (приложение 1 к данному приказу).

51. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 августа 2017 г. №905 «Об утверждении Перечня основных манипуляций, необходимых для формирования профессиональных компетенций по специальности 2-79 01 01 «Лечебное дело»»:

утвержден Перечень основных манипуляций, необходимых для формирования профессиональных компетенций по специальности 2-79 01 01 «Лечебное дело» при прохождении учебной и преддипломной практики согласно приложению.

52. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 августа 2017 г. №915 «Об утверждении Плана мероприятий»:

утвержден План мероприятий Министерства здравоохранения Республики Беларусь по выполнению Плана мероприятий по реализации ст. 2 Закона Республики Беларусь от 10 июля 2017 года «О внесении дополнений и изменений в Закон Республики Беларусь «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека»», утвержденное заместителем премьер-министра Республики Беларусь В.И.Жарко 4 августа 2017 г. №38/140-34, 204-243/122 (приложению к приказу).

53. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 августа 2017 г. №916 «О внесении изменений и дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 октября 2016 г. №940»:

внесены изменения и дополнение в приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 октября 2016 г. №940 «Об утверждении годового плана централизованных государственных закупок лекарственных средств за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь в 2017 г.»:

подраздел J 01 «Антиинфекционные средства для системного применения» раздела J «Антиинфекционные средства для системного использования» изложен в новой редакции:

позиция «Итого по группе» подраздела J 01 «Антиинфекционные средства для системного применения» раздела J «Антиинфекционные средства для системного использования» изложена в новой редакции;

в подразделе J 04 «Средства, активные в отношении микобактерий» позиция «Изониазид» исключена;

позиция «Итого по группе» подраздела J 04 «Средства, активные в отношении микобактерий» изложена в новой редакции;

в подразделе J 07 «Вакцины» позиция «Вакцина гриппозная инактивированная» исключена;

позиция «Итого по группе» подраздела J 07 «Вакцины» изложена в новой редакции;

в разделе L «Противоопухолевые средства и иммуномодуляторы» в подразделе L03 «Иммуностимуляторы» позиции «Интерферон БЕТА-1а», «Интерферон БЕТА-1b» заменены позицией Интерферон БЕТА-1а (Интерферон БЕТА-1b).

54. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 августа 2017 г. №927 «О создании холдинга «Белфармпром»»:

приказано создать холдинг «Белфармпром», управляющей компанией которого выступит республиканское унитарное предприятие «Белфармпром», с включением в состав участников этого холдинга в качестве дочерних компаний акционерных обществ и республиканских унитарных предприятий согласно приложению к данному приказу;

на управляющую компанию *возложено* выполнение следующих функций:

разработка мероприятий, направленных на развитие и совершенствование деятельности участников холдинга;

представление интересов участников холдинга на внутреннем и внешних рынках;

организация и обеспечение производства, структуры и номенклатуры фармацевтической продукции, а также повышение ее качества и конкурентоспособности, развитие экспортного потенциала участников холдинга;

привлечение инвестиций для развития участников холдинга и создания новых организаций;

разработка и предоставление предложений по приоритетным направлениям научно-технического и инновационного развития участников холдинга;

анализ, обобщение, подготовка и внесение предложений республиканским органам государственного управления по урегулированию вопросов текущей деятельности участников холдинга на внутреннем и внешнем рынках;

выполнение иных, не противоречащих законодательству Республики Беларусь, функций по координации деятельности участников холдинга, в т.ч. по поручению Министерства здравоохранения.

55. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 августа 2017 г. №83 «Об установлении форм медицинских документов при оказании психиатрической помощи»:

установлены формы медицинских документов при оказании психиатрической помощи:

форма 001-2/у-17 «Журнал госпитализации пациентов в психиатрический стационар» (приложение 1);

форма 001-3/у-17 «Журнал отказов от госпитализации пациентов в психиатрический стационар» (приложение 2);

форма 030-1/у-17 «Контрольная карта диспансерного наблюдения за пациентом, страдающим психическим расстройством (заболеванием)» (приложение 3);

форма 066-1/у-17 «Карта пациента, выбывшего из психиатрического стационара» (приложение 4);

форма 025-п/у-17 «Карта учета пациента, обратившегося за оказанием психиатрической помощи в амбулаторных условиях» (приложение 5).

56. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 августа 2017 г. №931 «О внесении изменений и дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 мая 2016 г. №481»:

внесены изменения и дополнение в приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 мая 2016 г. №481 «Об утверждении перечня объектов республиканской собственности, находящихся только в собственности государства, и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь», приложение к приказу изложено в новой прилагаемой редакции.

57. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 августа 2017 г. №940 «О некоторых вопросах реализации Соглашения о займе»:

приказано обеспечить в установленном порядке реализацию Соглашения о займе между Республикой Беларусь и Международным банком реконструкции и развития от 25 ноября 2016 г. государственному учреждению «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» (РНПЦ МТ), являющемуся исполнительной организацией, ответственной за реализацию Соглашения, в пределах выделенной суммы займа Международного банка реконструкции и развития в сумме 125 млн долл. США.

58. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 августа 2017 г. №84 «Об установлении перечня лекарственных средств белорусского (российского) производства, обязательных для наличия в аптеках всех форм собственности, осуществляющих розничную реализацию лекарственных средств»:

установлен перечень лекарственных средств белорусского (российского) производства, обязательных для наличия в аптеках всех форм собственности, осуществляющих розничную реализацию лекарственных средств (приложение к данному постановлению);

признаны утратившими силу:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2013 г. №44 «Об установлении перечня лекарственных средств белорусского (российского) производства, обязательных для наличия в аптеках всех форм собственности, осуществляющих розничную реализацию лекарственных средств, и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 февраля 2014 г. №6 «О внесении изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2013 г. №44».

59. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 августа 2017 г. №955 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 июля 2011 г. №752 «О порядке отбора, направления, учета и обеспечения слуховыми аппаратами пациентов с нарушениями слуха, нуждающихся в слухопротезировании»»:

внесены изменения и дополнения в Инструкцию о порядке отбора, направления, учета и обеспечения слуховыми аппаратами пациентов с нарушениями слуха, нуждающихся в слухопротезировании;

приложение 1 и приложение 2 к Инструкции о порядке отбора, направления, учета и обеспечения слуховыми аппаратами пациентов с нарушениями слуха, нуждающихся в слухопротезировании, *исключены*;

приложение 3 к Инструкции о порядке отбора, направления, учета и обеспечения слуховыми аппаратами пациентов с нарушениями слуха, нуждающихся в слухопротезировании, *приказано считать* соответственно приложением 1.

60. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 августа 2017 г. №958 «Об открытии подготовки»:

приказано открыть подготовку по направлению образования «Профилактика, диагностика, лечение, реабилитация и организация здравоохранения» профиля образования «Здравоохранение» для реализации образовательной программы повышения квалификации руководящих работников и специалистов в:

республиканском унитарном предприятии «Научно-практический центр гигиены»;
государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии».

61. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 августа 2017 г. №959 «О создании и некоторых вопросах деятельности республиканской комиссии по анализу критических случаев при оказании медицинской помощи в акушерстве и гинекологии»:

приказано создать при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь республиканскую комиссию по анализу критических случаев при оказании медицинской помощи в акушерстве и гинекологии в составе согласно приложению;

утверждено прилагаемое Положение о республиканской комиссии по анализу критических случаев при оказании медицинской помощи в акушерстве и гинекологии.

62. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 августа 2017 г. №962 «Об утверждении перечня образовательных программ повышения квалификации медицинских (фармацевтических) работников со средним специальным медицинским (фармацевтическим) образованием на 2018 год»:

утверждены:

перечень образовательных программ повышения квалификации медицинских (фармацевтических) работников со средним специальным медицинским (фармацевтическим) образованием на 2018 год (приложение 1 к данному приказу);

перечень образовательных программ повышения квалификации медицинских (фармацевтических) работников со средним специальным медицинским (фармацевтическим) образованием для разработки в 2018 году (на 2019 год) (приложение 2);

признан утратившим силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 апреля 2014 г. №441 «Об унификации образовательных программ повышения квалификации руководящих работников и специалистов, имеющих среднее специальное образование по профилю образования «Здравоохранение»».

63. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 августа 2017 г. №978 «О введении в действие программной документации подготовки в клинической ординатуре»:

приказано:

вести в действие с 1 сентября 2017 г. планы подготовки в клинической ординатуре (приложение 1);

вести в действие с 1 сентября 2017 г. программы подготовки в клинической ординатуре (приложение 2);

вести в действие с 1 сентября 2017 г. изменения и дополнения в программы подготовки в клинической ординатуре в соответствии с перечнем (приложение 3).

64. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 августа 2017 г. №979 «О приеме в 2017 г. на факультеты довузовской подготовки, подготовительные отделения учреждений образования, осуществляющим подготовку специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием»:

утверждены цифры приема слушателей очной формы получения образования, которым в соответствии с законодательством предоставлено право на обучение за счет средств республиканского бюджета, на факультеты довузовской подготовки, подготовительные отделения учреждений образования, осуществляющих подготовку специалистов с высшим медицинским (фармацевтическим) образованием в 2017 году (приложение к приказу).

65. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 сентября 2017 г. №85 «О признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и отдельного структурного элемента постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

признаны утратившими силу:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 августа 2004 г. №32 «Об утверждении Инструкции об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17 лет» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2004 г., №141, 8/11396);

пункт 2 постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 ноября 2007 г. №105 «О внесении дополнений и изменений в некоторые постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь по вопросам охраны материнства и детства» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2007 г., №289, 8/17505);

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июля 2008 г. №114 «О внесении изменений и дополнений в Инструкцию об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17 лет» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., №172, 8/19094);

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 июля 2010 г. №80 «О внесении изменений и дополнения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 августа 2004 г. №32» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2010 г., №262, 8/22851).

66. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 сентября 2017 г. №1005 «Об утверждении годового плана централизованных государственных закупок лекарственных средств за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь в 2018 г.»:

утвержден годовой план централизованных государственных закупок лекарственных средств за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь в 2018 г. (приложение к приказу).

67. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 сентября 2017 г. №1007 «О внесении изменений»:

внесены изменения в приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 декабря 2016 г. №1326 «О реализации задач социально-экономического развития Республики Беларусь на 2017 год».

68. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 сентября 2017 г. №1010 «Об утверждении порядка отбора и направления граждан Беларуси на оказание комплексной медицинской помощи в рамках выполнения в 2017 г. мероприятия Союзного государства «Оказание комплексной медицинской помощи отдельным категориям граждан Беларуси и России, подвергшихся радиационному воздействию вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС»»:

утвержден порядок отбора и направления граждан Беларуси на оказание комплексной медицинской помощи в рамках выполнения в 2017 г. мероприятия Союзного государства «Оказание комплексной медицинской помощи отдельным категориям граждан Беларуси и России, подвергшихся радиационному воздействию вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» (приложение к приказу).

69. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 сентября 2017 г. №1030 «Об утверждении примерного Положения о Центре традиционной китайской медицины»:

утверждены:

примерное Положение о Центре традиционной китайской медицины (приложение 1 к приказу);

перечень медицинских показаний к использованию методов рефлексотерапии и традиционной китайской медицины в Центре традиционной китайской медицины (приложение 2);

перечень медицинских противопоказаний к использованию методов рефлексотерапии и традиционной китайской медицины в Центре традиционной китайской медицины (приложение 3).

70. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 сентября 2017 г. №1031 «О внесении дополнений и изменений в приказ Минздрава от 04.08.2011 г. №792»:

внесены изменения в приказ Минздрава от 04.08.2011 г. №792 «Об утверждении перечня медицинских показаний и порядка назначения аналогов инсулина для пациентов с сахарным диабетом».

71. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 сентября 2017 г. №1034 «Об экспертном совете по иммунизации Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

утверждены:

состав экспертного совета по иммунизации Министерства здравоохранения Республики Беларусь (приложение 1 к данному приказу);

положение об экспертном совете по иммунизации Министерства здравоохранения Республики Беларусь (приложение 2 к приказу);

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 апреля 2015 г. №408 «Об экспертном совете по иммунизации Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

72. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 сентября 2017 г. №1039 «Об организации работы совета учебно-методического объединения по среднему специальному медицинскому, фармацевтическому образованию на 2017–2018 учебный год»:

утвержден план работы совета учебно-методического объединения по среднему специальному медицинскому, фармацевтическому образованию на 2017–2018 учебный год (приложение к приказу).

73. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 сентября 2017 г. №1041 «Об организации работы совета учебно-методического объединения по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию на 2017–2018 учебный год»:

утвержден план работы совета учебно-методического объединения по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию на 2017–2018 учебный год (приложение к приказу).

74. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 сентября 2017 г. №1046 «Об утверждении Положения о главном внештатном специалисте Министерства здравоохранения Республики Беларусь и о составе главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

утверждены:

положение о главном внештатном специалисте Министерства здравоохранения Республики Беларусь (приложение 1);

состав главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Беларусь и их резерва (приложение 2);

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения от 20.12.2008 г. №1146 «Об утверждении Положения о главном внештатном специалисте Министерства здравоохранения Республики Беларусь и о составе главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

приказ Министерства здравоохранения от 08.08.2016 г. №746 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.02.2013 №135»;

приказ Министерства здравоохранения от 08.02.2013 г. №135 «Об утверждении состава главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Беларусь и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

приказ Министерства здравоохранения от 17.07.2013 г. №801 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.02.2013 №135»;

приказ Министерства здравоохранения от 19.07.2013 г. №812 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.02.2013 №135»;

приказ Министерства здравоохранения от 24.09.2013 г. №991 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.02.2013 №135»;

приказ Министерства здравоохранения от 12.12.2013 г. №1281 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.02.2013 №135»;

приказ Министерства здравоохранения от 26.10.2015 г. №1066 «О назначении внештатного специалиста»;

приказ Министерства здравоохранения от 04.03.2015 г. №198 «О назначении внештатного специалиста»;

приказ Министерства здравоохранения от 30.12.2015 г. №1307 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 февраля 2013 г. №135»;

приказ Министерства здравоохранения от 21.05.2015 г. №542 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 февраля 2013 г. №135»;

приказ Министерства здравоохранения от 22.12.2015 г. №1272 “О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.02.2013 №135”;

приказ Министерства здравоохранения от 28.07.2016 г. №708 “О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.02.2013 №135”.

75. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 сентября 2017 г. №86 «О внесении дополнений и изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июня 2016 г. №77»:

внесены дополнения и изменения в приложение к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июня 2016 г. №77 «Об установлении перечня медицинских показаний и медицинских противопоказаний для обеспечения граждан техническими средствами социальной реабилитации» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 07.07.2016, 8/31077).

76. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 сентября 2017 г. №1050 «Об утверждении на 2018 г. годового плана централизованных государственных закупок лекарственных средств и лечебного питания, проводимых комиссией по организации и проведению процедур государственных закупок лекарственных средств и лечебного питания»:

утверждены:

годовой план на 2018 г. централизованных государственных закупок лекарственных средств и лечебного питания, проводимых комиссией по организации и проведению процедур государственных закупок лекарственных средств и лечебного питания (приложение 1 к приказу);

перечень лекарственных средств и лечебного питания для осуществления централизованных государственных закупок организациями, подчиненными Министерству здравоохранения Республики Беларусь (приложение 2 к приказу).

77. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 сентября 2017 г. №1090 «О распределении обязанностей между руководством Министерства здравоохранения Республики Беларусь и курациями областей Республики Беларусь»:

утверждены:

распределение обязанностей между руководством Министерства здравоохранения Республики Беларусь, взаимозаменяемость во время отсутствия и курация регионов Республики Беларусь (приложение 1 к данному приказу);

перечень документов, право подписи которых имеет Министр здравоохранения Республики Беларусь, его заместители (приложение 2 к приказу);

установлено, что заместители Министра здравоохранения в связи с осуществлением предоставленных им полномочий по руководству отдельными направлениями деятельности Министерства здравоохранения Республики Беларусь, правомочны самостоятельно решать вопросы, относящиеся к их компетенции, и подписывать в связи с этим соответствующие документы;

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 августа 2016 г. №761 «О внесении дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 июня 2016 г. №626»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 декабря 2016 г. №1352 «О распределении обязанностей между руководством Министерства здравоохранения Республики Беларусь и курациями областей Республики Беларусь».

78. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 сентября 2017 г. №87 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 июня 2014 г. №49»:

внесены изменения и дополнения в приложение к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 июня 2014 г. №49 «Об установлении перечня медицинских противопоказаний к занятию видами спорта и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2011 г. №47».

79. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 октября 2017 г. №1128 «О некоторых вопросах премирования, выплаты единовременного пособия на оздоровление и материальной помощи государственным служащим и работникам, осуществляющим обеспечение деятельности и техническое обслуживание центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

утверждены:

прилагаемое Положение о порядке и условиях премирования государственных служащих и работников, осуществляющих обеспечение деятельности и техническое обслуживание центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

состав комиссии по премированию государственных служащих и работников, осуществляющих обеспечение деятельности и техническое обслуживание центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Беларусь согласно приложению;

прилагаемое Положение о порядке и условиях выплаты единовременного пособия на оздоровление государственным служащим и работникам, осуществляющим обеспечение деятельности и техническое обслуживание центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

прилагаемое Положение о порядке, условиях и размерах оказания материальной помощи в связи с непредвиденными материальными затруднениями государственным служащим и работникам, осуществляющим обеспечение деятельности и техническое обслуживание центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июля 2013 г. №787 «О некоторых вопросах ежемесячного премирования, выплаты единовременного пособия на оздоровление и материальной помощи государственным служащим в центральном аппарате Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 сентября 2013 г. №982 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июля 2013 г. №787»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 октября 2013 г. №1048 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июля 2013 г. №787»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 декабря 2013 г. №1224 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июля 2013 г. №787»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 января 2014 г. №47 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июля 2013 г. №787»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 мая 2014 г. №509 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июля 2013 г. №787»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 сентября 2014 г. №997 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июля 2013 г. №787 и признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 декабря 2013 г. №1224»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 июля 2015 г. №711 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июля 2013 г. №787»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 апреля 2016 г. №320 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июля 2013 г. №787».

80. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 октября 2017 г. №90 «О внесении изменения и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 декабря 2016 г. №123»:

внесены следующие изменение и дополнения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 декабря 2016 г. №123 «Об установлении перечня медицинских услуг, медицинских вмешательств»:

из преамбулы исключены слова «подпункта 8.4 пункта 8.»;

пункт 1 приложения к этому постановлению (перечень медицинских услуг, медицинских вмешательств) дополнен подпунктами 1.1888¹–1.1888⁴ (1.1888¹ – Эксплантация жировой ткани; 1.1888² – Эксплантация жировой ткани методом липоаспирации; 1.1888³ – Эксплантация жировой ткани методом липоэктомии; 1.1888³ – Эксплантация кожи).

81. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 октября 2017 г. №1154 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения от 10 мая 2007 г. №350»:

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 мая 2007 г. №350 «Об утверждении форм первичной медицинской документации по психиатрической (наркологической) службе».

82. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 октября 2017 г. №91 «Об утверждении Санитарных норм и правил «Требования к санитарно-защитным зонам организаций, сооружений и иных объектов, оказывающих воздействие на здоровье человека и окружающую среду» и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 мая 2014 г. №35»:

утверждены прилагаемые Санитарные нормы и правила «Требования к санитарно-защитным зонам организаций, сооружений и иных объектов, оказывающих воздействие на здоровье человека и окружающую среду»;

признано утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 мая 2014 г. №35 «Об утверждении Санитарных норм и правил «Требования к организации санитарно-защитных зон предприятий, сооружений и иных объектов, являющихся объектами воздействия на здоровье человека и окружающую среду» и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 февраля 2011 г. №11».

83. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 октября 2017 г. №92 «Об утверждении Санитарных норм и правил «Требования к контролю воздуха рабочей зоны», гигиенических нормативов «Предельно допустимые концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны», «Ориентировочные безопасные уровни воздействия вредных веществ в воздухе рабочей зоны», «Предельно допустимые уровни загрязнения кожных покровов вредными веществами» и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и постановления Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 28 октября 2004 г. №94»:

утверждены прилагаемые:

Санитарные нормы и правила «Требования к контролю воздуха рабочей зоны»;

Гигиенический норматив «Предельно допустимые концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны»;

Гигиенический норматив «Ориентировочные безопасные уровни воздействия вредных веществ в воздухе рабочей зоны»;

Гигиенический норматив «Предельно допустимые уровни загрязнения кожных покровов вредными веществами».

признаны утратившими силу:

постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 28 октября 2004 г. №94 «Об утверждении Гигиенического норматива 2.2.5.12-7-2004 «Ориентировочно безопасный уровень воздействия (ОБУВ) препарата «Таболин» в воздухе рабочей зоны»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2008 г. №240 «Об утверждении Санитарных норм, правил и гигиенических нормативов «Перечень регламентированных в воздухе рабочей зоны вредных веществ»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 ноября 2009 г. №124 «О внесении дополнения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2008 г. №240»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 декабря 2010 г. №172 «О внесении изменений и дополнений в Санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы «Перечень регламентированных в воздухе рабочей зоны вредных веществ»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 декабря 2011 г. №123 «О внесении изменений и дополнений в Санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы «Перечень регламентированных в воздухе рабочей зоны вредных веществ», утвержденные постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2008 г. №240» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 08.08.2012, 8/26214);

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 января 2015 г. №8 «О внесении дополнения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2008 г. №240» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 11.02.2015, 8/29579);

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 марта 2016 г. №52 «О внесении дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2008 г. №240» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 12.04.2016, 8/30824).

84. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 октября 2017 г. №1169 «О создании конкурсной комиссии по рассмотрению кандидатур для назначения стипендий Президента Республики Беларусь аспирантам, обучающимся в дневной форме получения образования в государственных учреждениях образования и государственных учреждениях, осуществляющих подготовку научных работников высшей квалификации, системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

утверждены:

состав конкурсной комиссии по рассмотрению кандидатур для назначения стипендий Президента Республики Беларусь аспирантам, обучающимся в дневной форме получения образования в государственных учреждениях образования и государственных учреждениях, осуществляющих подготовку научных работников высшей квалификации, системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь (приложение 1 к данному приказу);

Положение о конкурсной комиссии по рассмотрению кандидатур для назначения стипендий Президента Республики Беларусь аспирантам, обучающимся в дневной форме получения образования в государственных учреждениях образования и государственных учреждениях, осуществляющих подготовку научных работников высшей квалификации, системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь (приложение 2 к приказу);

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2013 г. №1010 «О создании конкурсной комиссии по рассмотрению кандидатур для назначения стипендий Президента Республики Беларусь аспирантам, обучающимся в дневной форме получения образования в государственных учреждениях образования и государственных учреждениях, обеспечивающих получение послевузовского образования, системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

85. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 октября 2017 г. №1170 «О некоторых вопросах направления граждан Республики Беларусь за пределы республики для получения медицинской помощи»:

утвержден состав комиссии по направлению граждан Республики Беларусь за пределы республики для получения медицинской помощи при Министерстве здравоохранения (приложение 1 к данному приказу);

установлена форма заключения главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения Республики Беларусь, курирующего область здравоохранения, к которой отнесено основное заболевание гражданина Республики Беларусь, о необходимости (отсутствии необходимости) направления гражданина Республики Беларусь за пределы республики для получения медицинской помощи (приложение 2 к приказу);

установлено, что Комиссия должна осуществлять работу в соответствии с Положением о порядке направления граждан Республики Беларусь за пределы республики для получения медицинской помощи, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 октября 2009 г. №1387 «Об утверждении Положения о порядке направления граждан Республики Беларусь за пределы республики для получения медицинской помощи и признании утратившими силу некоторых постановлений Совета Министров Республики Беларусь» и другими актами законодательства Республики Беларусь;

установлена персональная ответственность ряда должностных лиц за качество и своевременность выполнения возложенных на них данным приказом обязанностей;

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 сентября 2010 г. №1019 «О некоторых вопросах направления граждан Республики Беларусь за пределы республики для получения медицинской помощи»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 апреля 2011 г. №424 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 сентября 2010 г. №1019»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 августа 2011 г. №823 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 сентября 2010 г. №1019»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 февраля 2012 г. №132 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 сентября 2010 г. №1019»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 августа 2012 г. №967 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 сентября 2010 г. №1019»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 сентября 2013 г. №971 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 сентября 2010 г. №1019»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 декабря 2013 г. №1314 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 августа 2011 г. №823»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 января 2015 г. №5 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 сентября 2010 г. №1019»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 апреля 2015 г. №390 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 сентября 2010 г. №1019».

86. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 октября 2017 г. №1193 «О введении в действие системы качества фармацевтического инспектората»:

приказано создать фармацевтический инспекторат Министерства здравоохранения Республики Беларусь для эффективного осуществления функций Министерства здравоохранения Республики Беларусь по инспектированию промышленного производства лекарственных средств на соответствие требованиям Надлежащей производственной практики (требования GMP) и выдаче сертификатов соответствия промышленного производства лекарственных средств требованиям GMP;

утверждена организационная структура фармацевтического инспектората в составе управления фармацевтической инспекции и организации лекарственного обеспечения Министерства здравоохранения Республики Беларусь и управления надлежащих фармацевтических практик Республиканского унитарного предприятия «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении» (приложение 1 к приказу);

утвержден реестр фармацевтических инспекторов Республики Беларусь (приложение 2 к приказу); *введены в действие* с 16 октября 2017 года документированная система качества, включающая Руководство по качеству РК-01 «Система качества фармацевтического инспектората» (приложение 3 к приказу) и стандартные операционные процедуры;

определенным должностным лицам *приказано принять* необходимые меры по реализации данного приказа.

87. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 октября 2017 г. №1194 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.05.2017 №597»:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 мая 2017 г. №597 “О проведении государственных закупок медицинских изделий” *дополнен* пунктом 1¹ следующего содержания:

«1.1. Утвердить прилагаемый Комплекс дополнительных мер по профилактике коррупционных проявлений при осуществлении государственных закупок медицинских изделий».

88. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 октября 2017 г. №1208 «Об оптимизации системы инфекционного контроля»:

утверждены:

состав рабочих групп по оптимизации системы инфекционного контроля в организациях здравоохранения Гомельской, Минской областей и г. Минска (приложение 1 к данному приказу);

перечень организаций здравоохранения Гомельской, Минской областей и г. Минска для оптимизации системы инфекционного контроля (приложение 2 к приказу);

«Программа оптимизации системы инфекционного контроля в отдельных организациях здравоохранения, оказывающих стационарную медицинскую помощь на 4 квартал 2017–2018 годы» (приложение 3 к приказу).

89. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 октября 2017 г. №1213 «О расширении зоны функционирования автоматизированной информационной системы обращения электронных рецептов»:

утверждены:

перечень организаций здравоохранения, которые определены для первоочередного расширения сферы применения технологии обращения электронных рецептов (организации здравоохранения первой очереди) (приложение 1 к приказу);

перечень организаций здравоохранения, которые определены для последующего расширения сферы применения технологии обращения электронных рецептов (организации здравоохранения второй очереди) (приложение 2 к приказу).

90. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 октября 2017 г. №1241 «О мониторинге отдельных случаев в педиатрии и акушерстве»:

утверждены:

перечень критических состояний в акушерстве (приложение 1 к приказу);

форма оперативной информации о случаях смерти беременных, рожениц и родильниц, а также детей в возрасте от 0 до 18 лет (для предоставления в ГУ «РНПЦ Мать и дитя») (приложение 2 к приказу);

форма информирования о выездах врачей-специалистов по вызову государственного учреждения «Республиканский центр экстренной медицинской помощи» (приложение 3 к приказу);

признан утратившим силу приказ Минздрава от 18 сентября 2017 г. №1051 «Об организации мониторинга отдельных случаев в педиатрии и акушерстве».

91. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 октября 2017 г. №1242 «Об утверждении годового плана государственных закупок медицинских изделий в 2018 году»:

утвержден годовой план государственных закупок медицинских изделий за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь в 2018 году (приложение).

92. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 октября 2017 г. №1246 «Об организации работы врача-клинического фармаколога организации здравоохранения»:

утверждены:

Положение о враче-клиническом фармакологе организации здравоохранения (приложение 1 к данному приказу);

табель оснащения кабинета врача-клинического фармаколога организации здравоохранения (приложение 2 к приказу);

форма на использование лекарственного средства, включенного в Республиканский формуляр лекарственных средств с пометкой «назначается на основании заключения врачебного консилиума (за исключением бригад скорой медицинской помощи, отделений реанимации и интенсивной терапии)» (приложение 3 к приказу);

форма заявки на закупку и использование лекарственного средства, не включенного в Республиканский формуляр лекарственных средств (приложение 4 к приказу);

Положение о фармакотерапевтической комиссии организации здравоохранения (приложение 5 к приказу);

форма карты экспертной оценки рациональности фармакотерапии, проведенной пациенту в организации здравоохранения (приложение 6 к приказу);

форма акта оценки рациональности использования лекарственных средств в организации здравоохранения (приложение 7 к приказу);

форма карты оценки фармакотерапии случая с летальным исходом (приложение 8 к приказу);

форма для представления результатов ABC-VEN-анализа потребления лекарственных средств и финансовых расходов в организации здравоохранения (приложение 9 к приказу);

форма для представления результатов DDD-анализа потребления антибактериальных препаратов резерва в организации здравоохранения (приложение 10 к приказу);

форма годового отчета врача-клинического фармаколога организации здравоохранения (приложение 11 к приказу);

форма протокола заседания фармакотерапевтической комиссии организации здравоохранения (приложение 12 к приказу);

порядок комиссионного назначения отдельных лекарственных средств в организации здравоохранения (приложение 13 к приказу);

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 декабря 2010 г. №1310 «О работе с лекарственным формуляром».

93. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 октября 2017 г. №1250 «О некоторых вопросах проведения телемедицинского консультирования в Республике Беларусь»:
утверждены прилагаемые:

Положение о телемедицинском консультировании в Республике Беларусь;

Положение о Республиканском телемедицинском центре;

Положение о телемедицинском консультативном центре.

ВЫХОДНЫЕ ДАННЫЕ

“Вопросы организации и информатизации здравоохранения” – рецензируемый аналитико-информационный бюллетень. Издается с 1995 г., выходит 4 раза в год.

Зарегистрирован Министерством информации Республики Беларусь (свидетельство о государственной регистрации средства массовой информации № 383 от 15 мая 2009 г.).

Учредитель: государственное учреждение “Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения” (РНПЦ МТ).

Адрес редакции: 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 7а.

Главный редактор: Сачек Марина Михайловна.

Ответственный секретарь: Н.Е. Хейфец.

Редактор: Н.В. Новаш.

Компьютерная верстка: Н.Ф. Гелжец.

Подписано в печать 28.12.2017 г. Формат бумаги 60x84 1/8.

Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Уч.-изд. л. 14,6. Тираж 500 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.