

11. Об утверждении Инструкции о порядке организации прохождения медицинских осмотров обязанными лицами: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства внутренних дел Республики Беларусь от 15.07.2009 г. №80/222 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2009. – №184. – 8/21249.

12. Отчеты управлений здравоохранения облисполкомов и комитета по здравоохранению Минского горисполкома о работе организаций здравоохранения Республики Беларусь по реализации Декрета Президента Республики Беларусь от 24.11.2006 г. №18 «О дополнительных мерах по государственной защите детей в неблагополучных семьях» за 2009–2012 годы.

#### **ROLE OF HEALTH CARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF BELARUS IN STATE PROTECTION OF CHILDREN IN UNFAVOURABLE FAMILIES**

<sup>1</sup>E.L.Bogdan, <sup>2</sup>M.M.Sachek, <sup>1</sup>I.V.Malakhova, <sup>2</sup>F.E.Venskevich

<sup>1</sup> Ministry of Health of the Republic of Belarus, Minsk

<sup>2</sup> Republican Scientific and Practical Centre for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health, Minsk

Challenges, facing the health care system in the field of protection of rights and legitimate interests of children in unfavourable families and responsibility of parents who do not fulfill obligations to bring up and support their children, as well as normative legal acts adopted by the Ministry of Health for their solving, were identified. It was noted that due to health professionals' activities there was a tendency to the decrease of the number of children brought up in socially dangerous families. Actions, undertaken by health care institutions, including interagency cooperation ones, which should be clearly elaborated at the level of the Commission on Juvenile Cases and the Coordinating Council of the district (town), were characterized.

*Поступила 05.06.2013 г.*

## **ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ: КЛЮЧЕВЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ, МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ. СООБЩЕНИЕ 2**

<sup>1</sup>И.Н.Кожанова, <sup>2</sup>М.М.Сачек

<sup>1</sup> Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

*В статье обоснована необходимость создания в стране системы оценки медицинских технологий, изложены возможности ее организации, и определено потенциальное место системы в принятии управленческих решений.*

Состояние и развитие системы здравоохранения находятся под пристальным вниманием общественности и правительства Республики Беларусь. И это неудивительно, так как с этой системой каждый человек сталкивается на протяжении всей жизни. Здоровье – это самое дорогое, что есть у каждого, и это безусловный факт. Соответственно, очень часто оценку эффективности системы социальной защиты населения государства проводят по уровню развития здравоохранения и доступу насе-

ления к качественным медицинским услугам. В мире не существует «идеальной» или универсальной модели системы здравоохранения. Каждая страна сама определяет приемлемый путь обеспечения оптимального уровня медицинского обслуживания и исходит из собственных политических и экономических приоритетов. Современной тенденцией в сфере здравоохранения остается обеспечение равного и качественного доступа к медицинской помощи [1]. При изучении опыта многих стран отме-

чено, что, несмотря на ежегодный рост доли ВВП, расходуемой на здравоохранение, ни одна страна не может обеспечить всеобщий и неограниченный доступ населения к медицинской помощи. Более того, страна с самыми высокими расходами на здравоохранение – США – не является лидером в мире по основным показателям здоровья населения. Таким образом, решением задачи доступности качественной медицинской помощи является, в том числе, разработка механизмов и процессов рационального использования имеющихся ресурсов здравоохранения для принятия клинических, экономических и политических решений на основе научно доказанных фактов.

В Республике Беларусь демографическая и здравоохранительная политика стала основным приоритетом государства. Внимание здравоохранения сконцентрировано на улучшении организации первичной, скорой медицинской и специализированной помощи [1]. За последние 5 лет в стране обеспечено устойчивое развитие системы здравоохранения, существенно увеличен объем ее финансирования, который в 2012 году составил более 19 триллионов рублей (в 2008 г. – 4,7 трлн руб.) [2, 3]. Удельный вес расходов консолидированного бюджета на здравоохранение системы Минздрава в отношении к валовому внутреннему продукту увеличился с 3,5 до 3,9%. На 2013 год уровень обеспеченности финансовыми ресурсами здравоохранения системы Минздрава определен в размере 4,04% ВВП, то есть на уровне порогового значения индикатора социальной безопасности республики, предусмотренного Концепцией национальной безопасности Республики Беларусь, утвержденной Указом Президента Республики Беларусь от 9 ноября 2010 г. №575. Невзирая на небольшой, по сравнению с развитыми странами, объем финансирования, здравоохранение Республики Беларусь достигло в своем развитии значительных успехов. По интегральному показателю младенческой и материнской смертности наша страна занимает 4-е место в мире наряду с такими государствами, как Финляндия, Швеция, Норвегия. По индексу положения матерей – 24-е место (опережая такие страны, как Австрия, Япония, США), по индексу положения детей – 21-е место (опережая развитые страны мира, такие как США, Голландия, Дания, Венгрия). Экспертами международных организаций дана высокая оценка достижений отечественной системы здравоохранения. По индексу человеческого развития (Доклад о человеческом развитии 2013 года) Республика Беларусь занимает 50-ю позицию среди 187 стран в общем рейтинге, опережая все страны СНГ (Российская Федерация – 55-е место, Республика Казахстан – 69-е), и вхо-

дит в группу стран с высоким уровнем человеческого развития.

Однако, перед отечественным здравоохранением стоят серьезные задачи по развитию и совершенствованию оказания медицинской помощи населению. Для Республики Беларусь остается характерным процесс депопуляции – с 1993 года смертность устойчиво превышает рождаемость. Потенциальные последствия этого явления – уменьшение численности и старение населения. Если в 1991 г. в общей численности населения удельный вес лиц моложе трудоспособного возраста составлял 24,5%, лиц трудоспособного возраста – 56%, старше трудоспособного – 19,5%; то в 2012 г. удельный вес лиц моложе трудоспособного возраста составил 16,4%, трудоспособного возраста – 60,1% и старше трудоспособного – 23,5% [1, 4]. Данные процессы сопровождаются ростом (как и в странах Европы) неинфекционных заболеваний, таких как болезни системы кровообращения, дыхания, новообразования, болезни эндокринной системы. Это, в свою очередь, требует постоянного совершенствования системы здравоохранения, организации медико-социальной помощи, а, следовательно, и увеличения расходов на медицинскую помощь.

В последние годы в стране регистрируется рост рождаемости, и система здравоохранения должна быть готова к оказанию полного спектра медицинской помощи беременным женщинам, новорожденным, детям [1, 5]. Снижение уровня младенческой смертности – несомненный успех здравоохранения Республики Беларусь. Однако, сохраняющаяся заболеваемость новорожденных детей является фактором хронизации патологических состояний. И особенно актуальным становится не только сам факт смертности новорожденных детей, но и качество дальнейшей жизни ребенка, что требует проведения целого комплекса взаимосвязанных организационных и лечебно-диагностических мероприятий.

В настоящее время де-факто в Республике Беларусь сложилась система государственно-частного финансирования здравоохранения [2, 3, 6]. Общая сумма расходов на здравоохранение за 2012 год составила 28066543,0 млн руб. (3353347,1 тыс. долл. США), или 5,3% ВВП страны. Государственные расходы на здравоохранение, финансируемые из средств республиканского и местных бюджетов, составляют 77,8% общих затрат. Объем частного финансирования в системе здравоохранения достигает 21,6% (преимущественно лекарственные средства и медицинские товары в розничной аптечной сети).

В целом больничные организации на 95%, а амбулаторные – на 83,5% финансируются государством [3, 7, 8]. Таким образом, основным плательщиком в системе здравоохранения Республики Беларусь остается государство. В перспективе, с увеличением в стране числа пожилых людей с небольшими доходами можно ожидать повышения потребности в стационарном лечении и, соответственно, роста государственных расходов. Таким образом, необходимо развитие политики принятия управленческих решений в отношении выбора медицинских технологий для государственного финансирования в системе здравоохранения и развития импортозамещающих производств. Частью подобной стратегии является система оценки медицинских технологий (ОМТ).

В соответствии со статьей 14 Закона Республики Беларусь "О здравоохранении" в редакции Закона Республики Беларусь от 20.06.2008 г. №363-З "О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь "О здравоохранении"" оказание медицинской помощи пациентам осуществляется на основании клинических протоколов, являющихся, по сути, национальными технологическими стандартами и ставших неотъемлемой частью системы управления качеством медицинской помощи, рассматриваемой как совокупность международных, государственных, отраслевых решений и действий, направленных на поддержание качества, его гарантию. Протокол включает все этапы медицинской помощи (от первого обращения пациента за помощью до достижения какого-либо исхода), четко формулируя требования к каждому из них и одновременно описывая процессы (технологии) и результаты. Протоколы юридически защищают организации здравоохранения и врача при возникновении конфликтных ситуаций с пациентами. Именно через включение в протоколы вмешательств с доказанной эффективностью и обеспечивается совершенствование качества процесса оказания медицинской помощи – пациентам в первую очередь предлагаются те технологии, целесообразность применения которых обоснована в соответствии с современными требованиями медицинской науки. При этом основой выбора лекарственных медицинских технологий для бюджетного возмещения (при проведении государственных закупок за счет средств республиканского и местных бюджетов, оказании медицинской помощи в стационарных условиях, бесплатном обеспечении определенных категорий пациентов лекарственными средствами, выдаваемыми по рецептам врачей) служат Перечень

основных лекарственных средств и Республиканский формуляр [9, 10].

Медицинские технологии (включая лекарственные средства), которые попадают в вышеуказанные нормативные документы полностью или частично подлежат возмещению со стороны государства при оказании стационарной помощи и, частично, при оказании амбулаторной помощи (льготные категории населения) [8]. Амбулаторное лечение для большинства граждан страны осуществляется за собственные средства (за исключением услуг, оказываемых в государственных амбулаторных учреждениях) [3, 7]. Сами пациенты не могут оценить рациональность предлагаемых им врачами способов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. Поэтому контроль государства за содержанием клинических протоколов является способом как контроля за рациональным использованием бюджетных средств, так и заботой о рациональном использовании средств населения и возможностью оказания своевременной информационной поддержки специалистам здравоохранения. При этом критерии, на основании которых ответственные лица принимают решение о выборе медицинских технологий для нормативных документов и, соответственно, распределяют бюджетные средства и личные средства пациентов, сформулированы недостаточно четко.

В Беларуси сформирована стройная система регистрации лекарственных средств, регистрации побочных реакций лекарственных средств и существуют элементы экспертной ОМТ (комиссии и комитеты по разработке ограничительных списков и клинических протоколов, институт главных специалистов и т.д.) [11, 12]. При этом в инструкциях, регламентирующих разработку этих документов, отсутствуют экономические (или клинико-экономические) параметры для принятия решений [10, 13]. При достаточно определенных критериях клинической эффективности отсутствуют четкие экономические критерии приемлемости применения медицинской технологии или основания для выбора из нескольких альтернатив. Отсутствует система и стандартизованный подход – практика формализованной подготовки документов по клинико-экономическому анализу и его интерпретации и обоснованию соответствующего (экономического, социального, экологического, политического, морально-этического) бремени при внедрении/невнедрении медицинской технологии для общества, организации, личности. В стране, в отличие от развитых западных государств, отсутствует многолетний опыт аналитики в области частной медицины, ме-

дицинского страхования, медицинской промышленности [14]. В основном, принципы работы этих организаций пытаются копировать западные образы. В то же время в Беларуси существуют собственные особенности (экономические, социальные, эпидемиологические), которые могут быть учтены только путем разработки научно-практических программ в организациях, связанных со здравоохранением (государственных, частных, промышленных, страховых) или путем тщательной адаптации зарубежных разработок.

Таким образом, система ОМТ представляет собой мультидисциплинарную область, которая удовлетворяет стратегические потребности государственного сектора здравоохранения (решение о возмещении стоимости лечения пациентам или разделении рисков с производителями лекарственных средств в случае лечения высокочастотных нозологий инновационными способами, решение о применении оборудования или программ помощи определенным категориям пациентов и др.), сектора производства медицинских товаров и услуг (выбор технологий для импортозамещения, анализ емкости рынка и т.д.) и страхования (например, анализ перспективности формирования национальных страховых планов).

Так как система ОМТ представляет собой не только клиническую оценку эффективности, но и изучение социальных, этических, экономических и политических аспектов применения медицинской технологии, актуальным является определение порядка выполнения работ и перспектив ОМТ в структуре белорусского здравоохранения.

На принятие любого управленческого решения влияют множество факторов: опыт и знания лиц, принимающих решение, привычки и традиции, сложившаяся практика, ограниченность финансовых ресурсов, результаты опросов и исследований, аналитические данные и выводы экспертов, политическая воля, лоббирование интересов, обществен-

ное мнение. То есть процесс принятия управленческого решения является сложной совокупностью взаимодействий заинтересованных сторон [12, 15]. Можно выделить уровни принятия решений (микроуровень – решение на уровне конкретного пациента или работника системы здравоохранения; мезоуровень – решение на региональном уровне, на уровне учреждения здравоохранения; макроуровень – решение на уровне государства). В каждом случае лицам, принимающим решение, приходится учитывать разные экономические, социальные, политические, этические интересы и обстоятельства [16]. На рис. 1 представлена общая схема принятия управленческого решения и перспективное место ОМТ в этом процессе [12, 15, 16]. Чрезвычайная сложность и технологичность современной медицины требуют профессиональной ОМТ практически на всех этапах принятия управленческого решения в здравоохранении. Сбор информации о проблеме требует систематического подхода, использования наиболее авторитетных источников информации и ее точной статистической оценки. Формулировка цели и способов ее достижения требует разработки и полноценного анализа альтернативных сценариев с исследованием влияния возможных изменений ситуации. Механизм принятия решения должен быть максимально прозрачным и формализованным для того, чтобы в одинаковых ситуациях использовались одинаковые критерии принятия решения. ОМТ результатов на этапе внедрения позволит оценить правильность принятых решений и подготовить почву для дальнейшего эволюционного развития. ОМТ должна проводиться в течение жизненного цикла технологии, от этапов проектирования и исследования, стандартизации применения, до устаревания или утилизации. В зависимости от цели ОМТ может включать в себя исследование одного или нескольких свойств, или другие воздействия медицинских технологий и приложений. К ним могут относиться: безопасность,

Блок-схема принятия управленческого решения в системе здравоохранения



Рис. 1. Место применения ОМТ при принятии управленческого решения в системе здравоохранения

эффективность технологии, технические характеристики, экономические характеристики и последствия, а также социальные, правовые, этические или политические последствия.

Этапы ОМТ представлены на рис. 2. Инициатором проведения ОМТ могут выступать любые заинтересованные стороны, как государственные, так и частные структуры. Соответственно различными могут быть поставленные перед исследователями задачи. В случае государственного заказа более вероятно влияние политической и социаль-

ной составляющих принятия решения. В случае заказа со стороны частных компаний основной задачей будет являться полезность итогов исследования для собственно компании. Развитие ОМТ определяется, в первую очередь, нуждами политики; ее цель – оказать поддержку при разработке тактики принятия решений, поэтому основное условие успешного процесса ОМТ – выбор тем по рассмотрению для решения конкретных стратегических или тактических задач государства или организации любой формы собственности. Фор-



Рис. 2. Этапы оценки медицинских технологий

мулировка задач и основного вопроса исследования требует тщательной проработки, так как его четкость повышает точность прогноза. Качество как собственно исследования, так и экспертной оценки зависит от профессиональной компетентности специалистов, выполняющих работы. Как научная, так и экспертная команды должны включать клиницистов, медицинских статистиков, специалистов в области доказательной медицины, клинических фармакологов (в случае оценки лекарственных средств), специалистов по медицинской технике (в случае оценки медицинского оборудования), медицинской этике, экономике и т.д. В мировой практике не существует четких критериев и индикаторов квалифицированности специалистов в области ОМТ, так как все специалисты знакомятся с основами доказательной медицины и элементами ОМТ в университетах. Тем не менее, организации, проводящие ОМТ, для привлечения экспертов разрабатывают собственные квалификационные требования, в соответствии с которыми проводится отбор экспертов. Основным квалификационным требованием является наличие знания инструментов доказательной медицины, владение английским языком и четкое знание ме-

тодологии процесса ОМТ. Важный вопрос – непредвзятость исследователей. Это сложно гарантировать, особенно в случае заказа со стороны частной компании, заинтересованной в положительном результате исследования. Поэтому важно разделение научной (научно-практической) и экспертной ОМТ (рис.3, 4). Задачей научной ОМТ является собственно проведение исследования согласно задаче и предварительно сформулированному вопросу. Исследование, как правило, включает систематический поиск и анализ литературной, эпидемиологической и статистической информации и экономическую оценку (анализ соотношения затрат и эффективности или влияния внедрения новой технологии на бюджет здравоохранения) с возможной разработкой различного вида моделей течения и ведения заболеваний, при лечении (диагностике, профилактике, реабилитации) которых используется интересующая технология. В процессе проведения научной части ОМТ необходимым является взаимодействие между исследователями, заказчиком, а, возможно, и другими заинтересованными сторонами для своевременного получения необходимой информации и, при необходимости, корректиров-



Рис. 3. Схема процесса научной оценки медицинской технологии



Рис. 4. Схема процесса независимой экспертной оценки медицинской технологии

ки задач исследования [14]. Таким образом, результатом научной ОМТ является набор неких коэффициентов, соотношений, значений стоимости и эффективности или результат опроса (анкетирования) и т.д. Задачами экспертной ОМТ являются:

- интерпретация всех полученных показателей,
- оценка показателей с точки зрения достоверности,
- оценка правомочности использования методов научной ОМТ,
- определение целесообразности внедрения, финансирования,
- соответствие насущным финансовым, социальным, этическим, политическим и другим целям.

Специалисты, проводящие научную ОМТ, могут самостоятельно интерпретировать полученные результаты и формулировать практические выводы для лиц, принимающих решение. Это особенно актуально при микро- и мезоуровнях оценки (работа с частными компаниями или отдельными структурами системы здравоохранения). В случае макроуровня (уровень национального здравоохранения и экономики) при принятии решения имеют значение сопутствующие (социальные, экономические, политические и др.) факторы, оценка которых не может быть проведена без участия администраторов высокого уровня [14]. Собственно структуры экспертной ОМТ со стороны государства в Беларуси уже существуют (например, в виде Республиканской формулярной комиссии), но отсутствуют четкие прозрачные критерии принятия решений и пороговые значения показателей, оцениваемых в научной части ОМТ. То есть в настоящее время не представляется возможным объяснить, насколько именно новая технология должна быть эффективнее и может быть дороже для того, чтобы затраты на ее внедрение были возмещены государством; каким образом оценивать значимость экономических и социальных выгод при принятии управленческого решения. Негосударственные структуры могут выступать и как заказчики, и как эксперты ОМТ, а основным результатом (и мерой правильности) принятого решения является наличие прибыли.

Предоставляемый при научной оценке отчет по ОМТ должен содержать полную информацию об исследуемой технологии, с прозрачными и открытыми для анализа данными. В соответствии с мировыми стандартами выводы должны опираться на находящиеся в свободном доступе материалы [14, 16]. Если независимость и непредвзятость экспертной части ОМТ может быть легко обеспечена (анонимность экспертов), то это сложно сделать в отношении научной. Частные организации для проведе-

ния ОМТ могут использовать как собственные внутренние команды, так и внешние организации. При организации ОМТ на государственном уровне целесообразна соответствующая структура (отдел, подразделение государственного учреждения или самостоятельная независимая организация) с соответствующим штатом, бюджетом, полномочиями создания временных административно и финансово независимых команд, включающих специалистов в разных областях (клиницист, математик, статистик, специалист по медицинскому оборудованию и т.д.) в зависимости от задач исследования. Задачи отдела по ОМТ могут включать:

- информационную и аналитическую поддержку политики принятия управленческих решений организаторами здравоохранения;
- информационную и аналитическую поддержку деятельности поставщиков медицинских технологий;
- развитие потенциала белорусских специалистов, способных внедрить и проводить оценку медицинских технологий;
- разработку методологии проведения ОМТ;
- развитие национальной системы ОМТ;
- распространение информации о клинической значимости и рентабельности доступных медицинских технологий

С другой стороны, необходима систематическая подготовка экспертов в области доказательной медицины, статистики, клинико-экономического анализа.

Сегодня в стране проведение научной и экспертной ОМТ может быть осуществлено только во взаимодействии РНПЦ МТ как отраслевого организационно-методического центра и координатора работ и РНПЦ соответствующего профиля (при отсутствии профильного РНПЦ – службы главного специалиста).

Для развития системы ОМТ необходима политическая воля, прежде всего, организаторов здравоохранения, участие всех заинтересованных сторон – лиц, участвующих в принятии решений, объединений пациентов и врачей, представителей поставщиков медицинских технологий и т.д. – для обеспечения необходимыми ресурсами проведения ОМТ и применения отчетов ОМТ в практике. Таким образом, основными задачами ОМТ являются обоснование, разработка, экспертиза инвестиционных и научно-практических программ в системе здравоохранения и медицинской промышленности, формирование и пересмотр ограничительных документов, регламентирующих профилактику, диагностику, лечение, реабилитацию за счет бюджетного и частного финансирования (клинические

протоколы, перечень основных лекарственных средств, Республиканский формуляр), оценка перспектив новых медицинских продуктов на рынке Республики Беларусь, помощь в преодолении разногласий между специалистами системы здравоохранения при выборе медицинских технологий, обоснование долгосрочного планирования и повышение прозрачности принятия управленческих решений в системе здравоохранения.

Внедрение современной системы ОМТ для принятия решений станет важным рычагом повышения качества и будет способствовать реализации основных принципов государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Жарко, В.И.* Здравоохранение Республики Беларусь. Прошлое, настоящее и будущее / В.И.Жарко, И.В.Малахова, И.И.Новик, М.М.Сачек. – Минск: Минсктиппроект, 2012. – 320 с.
2. *Жарко, В.И.* Итоги работы по подготовке второго отчета страны по национальным счетам здравоохранения в Республике Беларусь / В.И.Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – №2. – С.4–5.
3. *Ткачева, Е.И.* Анализ работы здравоохранения Республики Беларусь за 2010–2012 годы сквозь призму международной методики национальных счетов здравоохранения / Е.И.Ткачева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – №2. – С.5–13.
4. *Злотников, А.Г., Раков А.А.* Современная демографическая политика Беларуси / А.Г.Злотников, А.А.Раков // Социология. – 2010. – №3. – С.116–128.
5. *Жарко, В.И.* Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2012 году и основных направлениях деятельности на 2013 год (доклад на итоговой коллегии Министерства здравоохранения 30 января 2013 года) / В.И.Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – №1. – С.3–12.
6. *Мажинская, А.А.* Анализ развития государственного и частного секторов белорусского здравоохранения / А.А.Мажинская // Экономика и управление. – 2012. – №3. – С.106–112.
7. Фармацевтический рынок Республики Беларусь 2012 год. Электронный ресурс: [www.intellix.by](http://www.intellix.by).
8. *Реутская, Л.А.* Национальная лекарственная политика Республики Беларусь / Л.А.Реутская // Рецепт. – 2008. – №3. – С.14–20.
9. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-ХП «О здравоохранении» (в ред. Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 г. №363-З «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»») // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2008. – №159. – 2/1460.
10. Об утверждении Республиканского формуляра: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.03.2013 г. №257.
11. *Жарко, В.И.* Некоторые аспекты правового регулирования в сфере здравоохранения Республики Беларусь / В.И.Жарко [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2007. – №4. – С.15–19.
12. Теория и практика принятия управленческих решений в здравоохранении // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2006. – №2. – С.47–48.
13. *Гракович, А.А.* Порядок разработки и внедрения клинических протоколов: Инструкция по применению / Министерство здравоохранения Республики Беларусь; БЕЛЦМТ; авт.: А.А.Гракович, А.К.Цыбин, И.В.Бровко [и др.]. – Регистрационный №38-0406 от 28.04.2006 г. – Минск, 2006. – 20 с.
14. *Kutzin, J.* Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой / Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения; ред.: J.Kutzin, Ch.Casin, M.Jakab. – Всемирная организация здравоохранения, 2011. – 463 с.
15. *Костикова, А.В.* Исторические аспекты развития теории принятия решений / А.В.Костикова // Философия науки. – 2012. – №4. – С.85–98.
16. *Garrido, M.V.* Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы. Современное состояние, проблемы и перспективы / M.V.Garrido, F.B.Kristensen, C.P.Nielsen, R.Busse // Серия исследований Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – Всемирная организация здравоохранения, 2010. – Вып. 14. – 229 с.
17. *Choi, B.* Can scientists and policymakers work together? / B.Choi [et al.] // Journal of Epidemiology and Community Health. – 2005. – No.59. – P.632–637.

#### HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: KEY DEFINITIONS, INTERNATIONAL EXPERIENCE AND POSSIBILITIES OF APPLICATION UNDER CONDITIONS OF HEALTH CARE OF THE REPUBLIC OF BELARUS. Report 2

<sup>1</sup>I.N.Kozhanova, <sup>2</sup>M.M.Sachek

<sup>1</sup>Belarusian State Medical University, Minsk

<sup>2</sup>Republican Scientific and Practical Centre of Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health, Minsk

The need for the health technology assessment system in the country was grounded and possibilities of its organization were stated. The potential place in the decision-making system was defined.

Поступила 16.07.2013 г.