

8. Davis P., Lay-Yee R., Briant R. et al. Adverse events in New Zealand public hospitals: occurrence and impact // New Zealand Medical Journal. – 2002. – Vol.115 (1167). – P.U271.
9. Department of Health Expert Group. An Organisation with a Memory. Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. – London: Department of Health, 2000.
10. To err is human: Building a safer health system / L.T.Kohn, J.M.Corrigan, M.S.Donaldson, Eds. – Institute of Medicine, National Academy Press, 1999.
11. Guthrie P. US creates blame-free adverse event reporting // Canadian Medical Association Journal. – 2005.
12. Основные показатели деятельности Государственной службы медицинских судебных экспертиз. – Минск, 2001–2006.
13. Итоги работы органов и учреждений здравоохранения в 2006 году и основные направления деятельности на 2007 год // Медицинский вестник. – 1 марта 2007 г. – №9 (791).
14. Интернет ресурс "Регионы России" // www.regions.ru. – 11 декабря 2003.
15. Клевно В.А., Черкалина Е.Н., Будяков О.С. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, выполненных в Российской Федерации и в Южном федеральном округе // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе. – Москва 2006.
16. Medical mistakes and dubious diagnoses: patients'experiences – population poll // Фонд "Общественное мнение" 01.02.2007 report.
17. Medical Error: How to Avoid If All Going Wrong and What To Do If It Does / National Patient Safety Agency. – London: NPSA, 2005.
18. World Alliance for Patient Safety: forward programme. – WHO, 2005.
19. Постоялко Л.А. Управление качеством медицинской помощи – краеугольный камень современной системы управления здравоохранением // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – №4.
20. Пилипцевич Н.Н., Абельская И.С., Павлович Т.П. Сохранение и укрепление здоровья народа – залог величия, могущества и богатства государства // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2004. – №2.

Поступила 02.03.2007 г.

## СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ)

М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

*Изложены способы оценки социальной эффективности здравоохранения. Предложена апробированная автором медико-социологическая методика оценки социальной эффективности здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья, которая включает оценку степени удовлетворенности потребителей медицинской помощью в шести основных аспектах (организационном, коммуникативном, квалификационном, информационном, стоимостном, этическом), проводимую по следующим направлениям: самооценка потребителями степени удовлетворенности; оценка недостатков; оценка степени доступности; теневой и легальный рынок; наличие неудовлетворенных потребностей; оценка «качества» рождений, включающая, в свою очередь, оценку прегравидарной подготовки пар (сопоставление данных медицинской документации и оценки потребителями) и запланированности беременностей; оценка взаимодействия потребителя (лечебно-диагностического, профилактического (включая оценку медицинской грамотности с использованием предложенных автором показателей), реабилитационного) и производителя медицинских услуг. Данная методика легла в основу предложенной маркетингово-мониторинговой модели управления социальной эффективностью здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи Беларуси.*

### Введение

Современное видение здравоохранения исходит из того, что оно не только способно, но и должно влиять на управляемые социальные сферы. Оценка вклада здравоохранения в формирование здоровья общества достигает 35% объема определяющих здоровье факторов [1, 2]. Особенно важной представля-

ется роль здравоохранения в отношении формирования репродуктивного здоровья, социальную обусловленность которого подчеркивают результаты исследований последних десятилетий.

В Республике Беларусь последовательно проводится работа по реализации Концепции охраны репродуктивного здоровья, сформулированной в

1994 г. [3]. Охрана здоровья матери и ребенка в Беларуси имеет лучшие результаты в СНГ, отражая высокую медицинскую эффективность отрасли [4, 5]. Реорганизационные мероприятия позволили значительно снизить младенческую и материнскую смертность, способствовали рациональному использованию ресурсов [6].

Тем не менее, состояние репродуктивного здоровья населения Беларуси, и в том числе наиболее важной с позиций демографической безопасности его группы – молодежи, можно охарактеризовать как кризисное. Сохраняются негативные тенденции в динамике показателей соматического и генитального статусов молодежи [7–10]. Несмотря на наметившуюся тенденцию изменения поведения населения Беларуси в сторону здорового образа жизни [11], самосохранительные установки молодежи по отношению к репродуктивному здоровью пока недостаточно сформированы [12–16].

В последние годы наметились положительные сдвиги в динамике показателей рождаемости, брачности и разводимости [17]; однако, за период времени, прошедший после переписи населения, ожидаемого роста рождаемости пока не наблюдается [18]. Согласно полученным данным [19], среднее планируемое (ожидаемое) молодыми людьми количество детей в семье составляет 164–168 на 200 родителей (100 молодых пар). Реализация идеальных установок (224 ребенка на 200 родителей) позволила бы увеличить рождаемость на одного ребенка на каждую молодую пару, но даже эти цифры значительно ниже демографических критериев эффективного воспроизводства. Прогнозная численность населения Беларуси к 2030 году составит 8 млн 765 тыс. чел. [20]. Демографические проблемы стали приоритетными в обеспечении национальной безопасности [21].

Особенно быстрые темпы депопуляционных изменений прогнозируются для сельского населения [22]. Положение усугубляют наблюдаемые в последние годы тревожные тенденции роста в разрыве значений показателей младенческой смертности и смертности детей первых пяти лет жизни между городским и сельским населением [23], отчасти связанные с недостатками структурной реорганизации здравоохранения, на практике не способствующей повышению доступности медицинской помощи для сельского населения [24].

Таким образом, высокая медицинская и экономическая эффективность здравоохранения в сфере репродуктивного здоровья контрастирует с недостаточной социальной эффективностью. Корни данного противоречия кроются в недооценке многоаспектности социальной роли здравоохранения, недостаточном учете взаимосвязи здравоохранения с деятельностью других социальных институтов. Неоправданное смещение приоритетов в сторону исключительно медицинской и экономической эффективно-

сти имеет результатом отсутствие четких методик практической оценки социального эффекта здравоохранения, недостаточное его исследование, и, наконец, собственно низкую социальную эффективность здравоохранения.

Цель данной работы – определить возможности управления социальной эффективностью здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи Беларуси на основе использования медико-социологического подхода.

#### **Оценка социальной эффективности здравоохранения в сфере репродуктивного здоровья**

При анализе данных социологического опроса молодежи [19], нами установлено, что фактор желанной беременности выступает положительным мотиватором при формировании идеальных репродуктивных установок у молодых женщин. В то же время, репродуктивные установки молодых женщин статистически значимо ниже ( $p < 0,0001$  для ожидаемого,  $p < 0,05$  – для идеального числа детей) таковых у молодых мужчин и являются определяющими в формировании и реализации скорректированных репродуктивных установок молодой супружеской пары.

Следовательно, осуществление комплексной пре-концептивной подготовки, следствием которой будет являться повышение коэффициента запланированности беременностей, может оказать не только сугубо медицинский, но и демографический – социальный и экономический – эффект. И, возможно, реальный и пока не используемый социальный эффект здравоохранения в сфере репродуктивного здоровья шире, чем позволяют судить имеющиеся данные.

Логично утверждать, что повышение социальной эффективности здравоохранения, в том числе в сфере охраны репродуктивного здоровья, может быть достигнуто за счет обеспечения высокого качества медицинской помощи. В рамках идеологии всеобщего управления качеством (TQM) под качеством медицинских услуг понимается не столько достижение уровня каких-либо их частных характеристик, сколько соответствие услуг нуждам и ожиданиям потребителей [25]. Следовательно, качество медицинской деятельности невозможно без маркетинга. Фундаментальной функцией руководителя здравоохранения становится контроль, а важнейшим принципом работы – опора на социальный маркетинг. Медико-социологические исследования качества медицинской деятельности могут рассматриваться в виде одного из наиболее эффективных инструментов современных технологий управления [26, 27].

Отсутствие достаточного медико-социологического контроля, характерное для последних десятилетий, привело к тому, что в настоящее время здравоохранение Беларуси и большинства стран постсоветского пространства, ориентируясь прежде всего на медицинскую результативность, получает лишь за-

поздалью информацию от потребителей услуг медицинского назначения в виде негативных показателей соматического и генитального статусов, потери общественного здоровья. При наличии объективной потребности молодежи в услугах медицинского назначения в области репродукции социальной нормой являются негативные модели взаимодействия со здравоохранением. Исследования мнения населения об оказании медицинской помощи в Беларуси свидетельствуют о высоком уровне неудовлетворительных оценок доступности медицинской помощи, ее качества и об отрицательной оценке пациентами отношений «врач–пациент» [28–30]. Неудовлетворенность населения и недостаточная информированность об услугах медицинского назначения субъективно (с позиции пациента) снижает доступность медицинской помощи, способствуя возникновению нерационального спроса.

Сложности во взаимоотношениях «врач–пациент» особенно актуальны в отношении молодежи. Социологи отмечают, что молодежь – понятие не столько возрастное, сколько социальное [31]. В то же время, по мнению академика РАМН А.В.Решетникова, медицину следует рассматривать в качестве совокупности социальных ролей врачей и больных [32]. Роль врача находится на более высоком уровне относительно роли больного, таким образом формируется неоправданная управленческая «вертикаль», в которой молодежь и особенно подростки наиболее уязвимы. Так, подростки не приходят на прием к гинекологу, работающему в женской консультации, из боязни быть замеченными знакомыми, осужденными медицинскими работниками; практически нет профилактических посещений [33]. Ситуация осложняется тем, что профилактическая работа организаций здравоохранения (ОЗ) по предупреждению ИППП является вторичной; первичной профилактике не уделяется должного внимания [34]. Обнадеживают первые результаты работы центров службы, «дружественной к подросткам» [35, 36]: позитивно налаживание взаимодействия с учреждениями образования, развитие волонтерского движения в поддержку здорового образа жизни, выход медицинской информации в Internet, взаимодействие со СМИ. Проблемы в области репродукции являются причинами обращения подростков в Центры более чем в половине случаев [36], однако, среди посетителей менее трети составляют юноши.

Вышеизложенное позволяет полагать, что резервом повышения качества медицинской помощи в Беларуси, и, следовательно, повышения социальной эффективности здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья, является медико-социологический анализ [37, 38], а именно: разработка и внедрение интердисциплинарных научно обоснованных методик социального маркетинга, которые позволили бы приблизить здравоохранение к нуж-

дам наиболее уязвимых и демографически важных категорий населения, в том числе молодежи [39]. Однако, унифицированные методики оценки социальной эффективности здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья, необходимые для разработки и реализации эффективных управленческих решений, отсутствуют.

Как известно [40, 41], социальная эффективность отражает результат деятельности здравоохранения по укреплению здоровья населения, измеряемый по снижению инвалидности, росту продолжительности жизни, повышению рождаемости и оцениваемый, применительно к репродуктивному здоровью, по методикам оценки стоимости сохраненной жизни и экономического эффекта от снижения частоты абортов [42, с.846]. Социальная эффективность напрямую связана с качеством медицинского обслуживания [27] и удовлетворением потребностей населения в услугах медицинского назначения [28] и в общем виде может быть оценена так же, как отношение числа случаев удовлетворенности пациентов медицинской помощью к общему числу оцениваемых случаев. Удовлетворенность пациентов отражает социальную приемлемость здравоохранения и влияет на здоровье населения [43].

Общим недостатком данных методик является отсутствие объективной оценки качества деятельности здравоохранения: социальный эффект либо чрезмерно «экономизирован», то есть сведен к узкой экономической оценке («меньше абортов – меньше затрат; выше естественный прирост – лучше работает здравоохранение»), либо субъективизирован: оценка основывается на мнении потребителя, экспертные возможности которого ограничены. В то же время, объективное измерение удовлетворенности потребителей услуг медицинского назначения, наряду с другими факторами, должно являться определяющим в управлении социальной эффективностью здравоохранения.

Проблема измерения удовлетворенности потребителей особенно интересовала организаторов здравоохранения в условиях его коммерциализации, и первые исследования в этой области осуществлялись за рубежом. В числе наиболее известных – модель S.Linder-Peiz, определяющая удовлетворенность как «индивидуальные оценки конкретных характеристик медицинской помощи» [44]. Оценивая удовлетворенность пациентов, многие авторы рассматривают отдельные характеристики медицинской помощи. Базовой является классификация характеристик медицинской помощи, предложенная J.Ware и соавт., включающая 8 измерений: межличностные взаимоотношения врача и пациента, квалификация врача, удобство и своевременность предоставления помощи, стоимость услуг, медицинская результативность, непрерывность, комфортабельность ОЗ, обеспеченность персоналом и оборудованием [44].

Очевидно, что измерение удовлетворенности пациентов не может выступать единственным критерием социальной эффективности здравоохранения, так как большинство из измерений, характеризующих медицинскую помощь, связаны с ее доступностью, и нередко оказывается, что субъективная оценка низкой доступности, высказываемая потребителями медицинских услуг, обусловлена недостаточной активностью самих пациентов, что особенно актуально в отношении молодежи. Разграничение сфер – «где заканчивается проблема доступности и начинается сфера самосохранительной активности» – сложная проблема [45]. Доказано, что удовлетворенность потребителей зависит не только от параметров системы здравоохранения, но и от характеристик потребителя, которые в рамках модели L.Aday и R.Andersen разделяются на три группы: факторы predisposition, включающие демографические и социально-структурные параметры (личностные ресурсы совладания с жизненными трудностями и система представлений о здоровье); факторы доступности, характеризующие имеющиеся в распоряжении потребителей финансовые и организационные ресурсы; факторы потребности, измеряемые посредством объективной оценки состояния здоровья и самооценки потребителями [44].

Предлагаемая и апробированная нами методика оценки социальной эффективности здравоохранения в сфере репродуктивного здоровья основана на сопоставлении и сравнительном анализе данных репрезентативного республиканского социологического опроса молодежи как специфического потребителя услуг медицинского назначения в области репродукции<sup>1</sup> и данных санитарно-статистического исследования, включающего выкопировку и анализ сведений первичной медицинской документации, то есть представляет собой аналитическое исследование объективной и субъективной оценки качества медицинской помощи в сфере охраны репродуктивного здоровья.

В оценку включены следующие аспекты:

1. Удовлетворенность потребителей медицинской помощью.

Характеристики медицинской помощи мы предлагаем объединить с выделением шести основных аспектов: организационного, коммуникативного, квалификационного, информационного, стоимостного, этического (особенно важными в сфере репродуктивного здоровья молодежи, как показывают результаты исследования, являются коммуникативный и этический аспект).

Оценка удовлетворенности потребителей осуществляется по следующим направлениям: самооценка потребителями удовлетворенности аспектом –

оценка недостатков – оценка доступности – теневой и легальный рынок – наличие неудовлетворенных потребностей.

2. «Качество» рождений: сопоставление данных медицинской документации и социологических данных о качестве прекоцептивной подготовки пар (охват, комплексность подготовки) и оценка коэффициента запланированности беременностей (как минимум, запланированности рождений).

3. Поведенческое взаимодействие потребителя и производителя медицинских услуг:

1) лечебно-диагностическое: социальный эффект можно считать полным при отсутствии пассивных (бездеятельность) и алогичных типов взаимодействия (самолечение, криминальные варианты);

2) профилактическое: востребованность здравоохранения как информационного источника; оценка медицинской грамотности;

3) реабилитационное: социальный эффект можно считать полным при сочетании отсутствия пассивного типа взаимодействия со стороны пациентов и выполнения стандартов медицинской помощи со стороны здравоохранения.

4. Оценка эффективности здравоохранения может быть дополнена медико-социологической информацией, полученной у профессионалов здравоохранения.

Особенно важным в профилактическом компоненте здравоохранения в отношении репродуктивного здоровья мы считаем оценку уровня медицинской грамотности [46]. Для ее осуществления предлагается использовать следующие показатели: *уровень положительной информированности (УПИ)* – относительный коэффициент, характеризующий уровень правильных ответов на вопросы по отдельным аспектам знаний, и *интегральный показатель медицинской грамотности (ИПГ)* – относительный коэффициент, характеризующий средний уровень положительной информированности (верных знаний по вопросам репродуктивного здоровья).

Следует отметить, что уже само по себе изучение медицинской грамотности населения оказывает положительный социальный обучающе-активизирующий эффект.

В отношении реабилитационного компонента здравоохранения в сфере репродуктивного здоровья, как показывают результаты исследования [47], особое внимание следует уделить оценке медико-психологической реабилитации после искусственного прерывания беременности.

Рассмотренная методика оценки социальной эффективности здравоохранения легла в основу предлагаемой нами модели управления, схематично представленной на рисунке.

<sup>1</sup> Методика социологического исследования изложена в журнале «Социология», №1, 2006 (с. 73–80)



**Заключение**

Предлагаемая медико-социологическая методика оценки социальной эффективности здравоохранения в сфере репродуктивного здоровья позволяет

оценить не только удовлетворенность пациентов, но и выделить объективные модели поведенческого взаимодействия потребителей услуг медицинского назначения со здравоохранением, оценить уровень

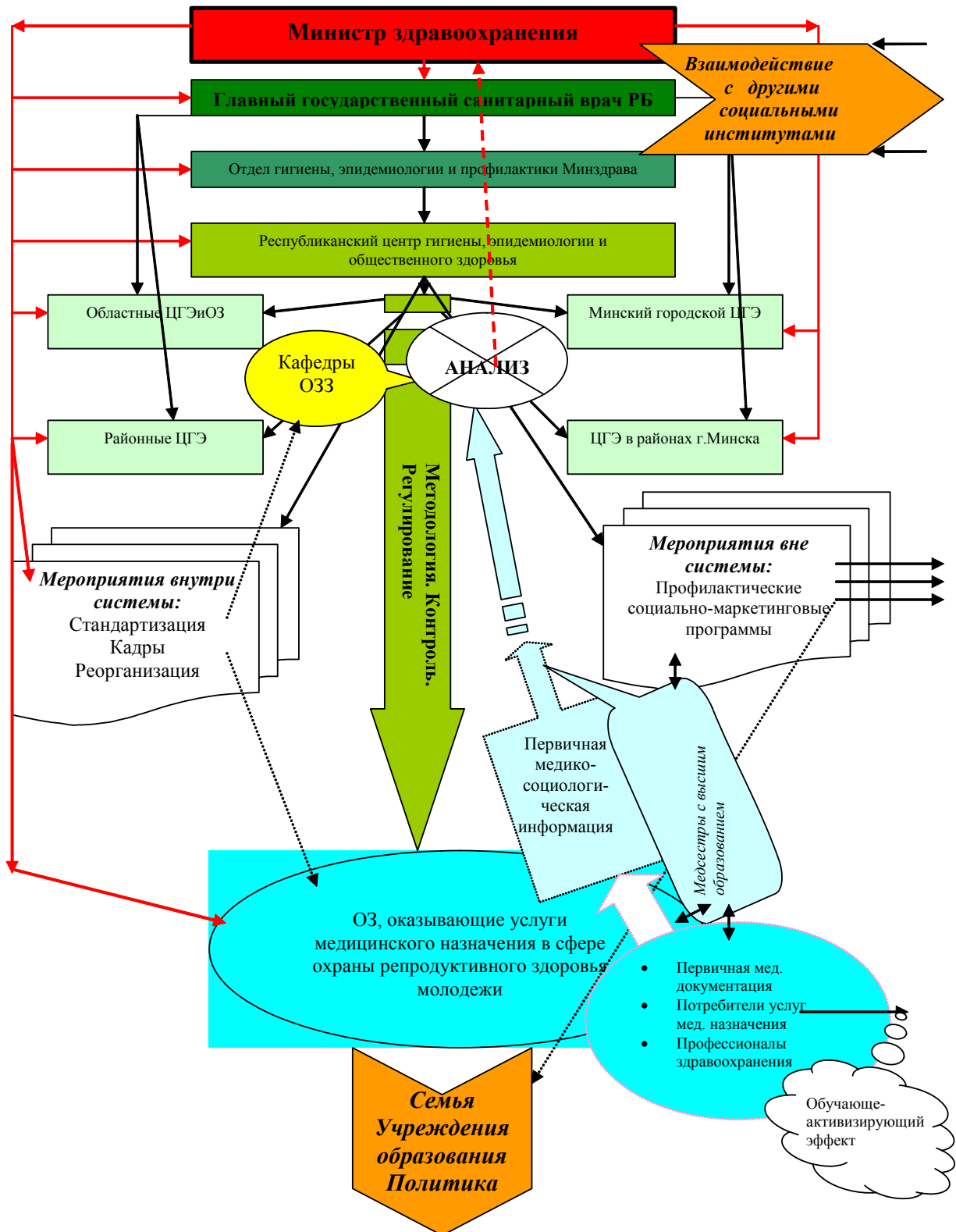


Схема маркетингово-мониторинговой модели управления социальной эффективностью здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья

профилактической и реабилитационной работы здравоохранения на основе сопоставления данных субъективной оценки с объективной информацией из медицинской документации.

Кадровым резервом внедрения предлагаемой маркетингово-мониторинговой модели управления социальной эффективностью здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья молодежи Беларуси, наиболее соответствующим для сбо-

ра и первичной обработки медико-социологических данных, лежащих в основе совокупности сведений, используемых при оценке социальной эффективности здравоохранения и разработке управленческих решений по ее повышению, являются, на наш взгляд, специалисты с высшим сестринским образованием. Они же могут служить эффективными исполнителями управленческих решений в медико-социальной сфере.

### Литература

1. Ключенович, В.И. Общественное здоровье: концептуальные подходы при создании модели управления / В.И. Ключенович // Мед. новости. – 2005. – №3. – С.65–70.
2. Шарабчиев, Ю.Т. Новая парадигма здравоохранения: причины, обуславливающие необходимость смены парадигмы / Ю.Т.Шарабчиев // Мед. новости. – 2005. – №3. – С.11–22.
3. Репродуктивное здоровье: проблемы и возможности: Информационный бюллетень ЮНФПА / ЮНФПА, М-во здравоохранения Респ. Беларусь. – Минск, 2001. – №1. – С.4.
4. Пересада, О.А. Направления улучшения репродуктивного здоровья женщин и снижения материнской смертности в Республике Беларусь / О.А.Пересада // Здоровье населения – основа благополучия страны: Материалы V съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Мин-во здравоохран. РБ, Белорусская ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П.Руденко [и др.]. – Минск, 2006. – С.15–18.
5. Роль и место перинатальных технологий в демографическом процессе / Р.А.Часнойть [и др.] // Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию: Тезисы респ. науч.-практ. конф., Минск, 27–29 ноября 2003 г. / ЮНФПА, Мин. труда и соц. защиты РБ. – Минск, 2003. – С.161–162.
6. Лискович, В.А. Научное обоснование организации этапной акушерско-гинекологической помощи (на примере Гродненской области): Автореф. ... дис. канд. мед. наук: 14.00.33; 14.00.01 / В.А.Лискович; Бел. гос. мед. ун-т. – Минск., 2003. – 23 с.
7. Здоровье матери и ребенка = Mother and Child Health: Информационно-аналитические материалы / Н.С.Богданович [и др.]; под ред. Л.И.Матуш [и др.]. – Минск: ЮНИПАК, 2002. – 96 с.
8. Можейко, Л.Ф. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков / Л.Ф.Можейко, М.В.Буйко // Вопр. организации и информатизации здравоохран. – 2005. – №4. – С.50–52.
9. О состоянии здоровья детей и подростков, проблемах и развитии детского здравоохранения / В.В.Колбанов [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохран. – 2006. – №1. – С.17–20.
10. Состояние здоровья молодежи по данным социально-гигиенического мониторинга / М.В.Яковлева [и др.] // Здоровье населения – основа благополучия страны: Материалы V съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Мин-во здравоохран. РБ, Белорусская ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П.Руденко [и др.]. – Минск, 2006. – С.334–336.
11. Современные тенденции изменения поведения населения Беларуси в сторону здорового образа жизни / А.С. Секач [и др.] // Здоровье населения – основа благополучия страны: Материалы V съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Мин-во здравоохран. РБ, Белорусская ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П.Руденко [и др.]. – Минск, 2006. – С.290–293.
12. Динамика состояния репродуктивного здоровья населения Беларуси / З.А.Севковская [и др.] // Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию: Тезисы респ. науч.-практ. конф., Минск, 27–29 ноября 2003 г. / ЮНФПА, Мин. труда и соц. защиты РБ. – Минск, 2003. – С.204–205.
13. Медицинские последствия парентерального употребления наркотиков в Республике Беларусь / А.В.Козловский [и др.] // Мед. новости. – 2003. – №5. – С.41–45.
14. Социально-поведенческие факторы, влияющие на распространение венерических болезней среди подростков / П.Д.Гуляй [и др.] // Мед. новости. – 2004. – №12. – С.57–58.
15. Сурмач, М.Ю. Особенности формирования мотивации к здоровой репродукции и безопасному сексуальному поведению у студенческой молодежи / М.Ю.Сурмач // Мед. новости. – 2003. – №8. – С.42–44.
16. Сурмач, М.Ю. Медицинская информированность, поведенческие установки и самооценка здоровья подростков группы акушерского риска / М.Ю.Сурмач // Здоровье населения – основа благополучия страны: Материалы V съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Мин-во здравоохран. РБ, Белорусская ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П.Руденко [и др.]. – Минск, 2006. – С.306–309.
17. Калинина, Т.В. О демографической безопасности Республики Беларусь / Т.В.Калинина // Здоровье населения – основа благополучия страны: Материалы V съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Мин-во здравоохран. РБ, Белорусская ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П.Руденко [и др.]. – Минск, 2006. – С.183–186.
18. Шахотько, Л.П. Демографическое развитие Республики Беларусь в годы после переписи 1999 г. и проблемы безопасности / Л.П.Шахотько // Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию: Тезисы респ. науч.-практ. конф., Минск, 27–29 ноября 2003 г. / ЮНФПА, Мин. труда и соц. защиты РБ. – Минск, 2003. – С.133–136.
19. Сурмач, М.Ю. Методика изучения социологических аспектов медико-социальной проблемы репродуктив-

- ного здоровья молодежи Беларуси / М.Ю.Сурмач // Социология. – 2006. – №1. – С.73–80.
20. Современные тенденции и прогноз демографической ситуации и воспроизводства населения в Республике Беларусь / Л.Н.Ломать [и др.] // Здоровье населения – основа благополучия страны: Материалы V съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Мин-во здравоохран. РБ, Белорусская ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П.Руденко [и др.]. – Минск, 2006. – С.174–176.
  21. Станишевская, Л.С. Теоретические основы демографической безопасности / Л.С.Станишевская // Белор. экономика: анализ, прогноз, регулирование. – 2005. – №5. – С.36–42.
  22. Лихачев, Н.Е. Демографические проблемы современного белорусского села: социологический анализ / Н.Е. Лихачев // Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию: Тезисы респ. науч.-практ. конф., Минск, 27–29 ноября 2003 г. / ЮНФПА, Мин. труда и соц. защиты РБ. – Минск, 2003. – С.22–24.
  23. Гулицкая, Н.И. Медико-демографические проблемы здоровья сельского населения Республики Беларусь / Н.И.Гулицкая, Л.Н.Ломать // Вопр. организации и информатизации здравоохран. – 2006. – №1. – С.27–32.
  24. Пилипцевич, Н.Н. Важнейшие исходные компоненты совершенствования деятельности отрасли здравоохранения / Н.Н.Пилипцевич, Т.П.Павлович // Здоровье населения – основа благополучия страны: Материалы V съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Мин-во здравоохран. РБ, Белорусская ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П.Руденко [и др.]. – Минск, 2006. – С.30–36.
  25. Лукашев, А.М. Реформирование здравоохранения и медико-демографический прогноз / А.М.Лукашев, А.С. Акопян, Ю.В.Шиленко; под ред. Н.Ф.Герасименко. – М.: Изд-во «Оверлей», 2001. – 96 с.
  26. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества / О.П.Щетин [и др.] // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2005. – №5. – С.3–6.
  27. Решетников, А.В. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи / А.В.Решетников, Л.М.Астафьев // Социология медицины. – 2005. – №1 (6). – С.32–38.
  28. Антипова, С.И. Изучение мнения населения об оказании медицинской помощи в Беларуси / С.И.Антипова, Е.В.Горячева // Мед. новости. – 2005. – №2. – С.54–56.
  29. Сурмач, М.Ю. Оценка женщинами фертильного возраста проблем репродуктивного здоровья / М.Ю.Сурмач // Журнал ГрГМУ. – 2003. – №4. – С.70–72.
  30. Сурмач, М.Ю. Медицинское обслуживание молодых женщин с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом / М.Ю.Сурмач // Вопр. организации и информатизации здравоохран. – 2006. – №2. – С.47–51.
  31. Данилов, А.Н. Молодежь кризисных лет: Иллюзии и новые надежды / А.Н.Данилов. – Минск: ООО «Харвест», 1999. – 320 с.
  32. Решетников, А.В. Социологическое осмысление медицины / А.В.Решетников // Социология медицины. – 2003. – №1. – С.3–16.
  33. Кудина, О.Л. Амбулаторное звено в системе оказания акушерско-гинекологической помощи детям и подросткам / О.Л.Кудина, С.П.Кондрашова // Здоровье населения – основа благополучия страны: Материалы V съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Мин-во здравоохран. РБ, Белорусская ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П.Руденко [и др.]. – Минск, 2006. – С.107–110.
  34. Тюхлова, И.Н. Организация работы медицинских учреждений по первичной профилактике инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции / И.Н.Тюхлова, А.Л. Навроцкий // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке: Материалы IV съезда социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения РБ, Минск, 30 ноября – 1 декабря 2000 г. / Мин-во здравоохран. РБ; ред. совет: И.Б.Зеленкевич [и др.]. – Минск, 2000. – С.308–309.
  35. Неверо, Е.Г. Организация и развитие в г. Минске службы, дружественной к подросткам / Е.Г.Неверо, Н.М.Предко // Здоровье населения – основа благополучия страны: Материалы V съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Мин-во здравоохран. РБ, Белорусская ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П.Руденко [и др.]. – Минск, 2006. – С.125–128.
  36. Оценка подростками услуг, предоставляемых Центром дружественного отношения к молодежи / Л.П.Плахота [и др.] // Здоровье населения – основа благополучия страны: Материалы V съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / Мин-во здравоохран. РБ, Белорусская ассоциация социал-гигиенистов и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П.Руденко [и др.]. – Минск, 2006. – С.279–282.
  37. Сурмач, М.Ю. Медико-социологическое осмысление проблем профилактического здравоохранения / М.Ю. Сурмач // Актуальные проблемы охраны здоровья, окружающей среды и подготовки кадров для профилактического здравоохранения Республики Беларусь: Материалы респ. науч.-практ. конф., посвящ. 40-летию мед.-проф. фак. БГМУ, Минск, 29–30 апр. 2004 г. / Мин-во здравоохран. РБ, БГМУ; под ред. В.И.Ключевича. – Минск, 2004. – Ч.2. – С.307–309.
  38. Сурмач, М.Ю. Медико-социологический анализ как средство разработки способов воздействия на демографические процессы и состояние репродуктивного потенциала молодежи Республики Беларусь / М.Ю. Сурмач // Мед. новости. – 2007. – №2. – С.35–39.
  39. Сурмач, М.Ю. Проблемы реформирования системы охраны репродуктивного здоровья в Беларуси / М.Ю. Сурмач // Россия и социальные изменения в современном мире: Материалы междунар. науч. конф. «Ломоносов-2004»: Сборник статей молодых ученых, Москва, 6 июня 2004 г. / МГУ им. М.В.Ломоносова, РоСА; ред. кол.: В.И.Добренков [и др.]. – М., 2004. – С.152–158.
  40. Вальчук, Э.А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э.А.Вальчук, Н.И.Гулицкая, Ф.П.Царук. – Минск: БЕЛМАПО, 2003. – 381 с.
  41. Инструкция по применению методики расчета эффективности медицинских технологий в здравоохранении: утв. Минздравом Респ. Беларусь 31.12.2003. – Минск, 2003. – 23 с.
  42. Юрьев, В.К. Общественное здоровье и здравоохранение / В.К.Юрьев, Г.И.Куценко. – Санкт-Петербург:

- ООО «Издательство «Петрополис»», 2000. – 914 с.
43. Ефименко, С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента / С.А.Ефименко // Социология медицины. – 2006. – №1. – С.9–14.
44. Предиаторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения / Н.Л.Русинова [и др.] // Социология медицины. – 2006. – №2. – С.24–31.
45. Назарова, И.Б. Доступность системы здравоохранения (медицинской помощи) и самосохранительная активность граждан / И.Б.Назарова // Социология медицины. – 2006. – №2. – С.43–53.
46. Сурмач, М.Ю. Формирование позитивного самосохранительного поведения как фактор повышения уровня репродуктивного здоровья / М.Ю.Сурмач // Здоровая мать – здоровый ребенок: Материалы VIII съезда педиатров РБ, Минск, 23–24 нояб. 2006 г. / Мин-во здравоохран. РБ, Респ. науч.-практ. центр «Мать и дитя». – Минск, 2006. – С.424–428.
47. Сурмач, М.Ю. Особенности медико-психологической реабилитации при искусственном прерывании беременности / М.Ю.Сурмач // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сборник научных статей. – Минск, 2006. – Вып.8. – С.240–243.

Поступила 01.03.2007 г.

## ЭЛЕКТРОННЫЙ ДОКУМЕНТООБОРОТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Л.Н.Величко, Л.П.Качура, Ю.Н.Метлицкий, В.О.Чернышев

ЗАО "НПП БелСофт", г. Минск

*В работе с системотехнических позиций обосновывается актуальность создания и ведения электронного документооборота на всех уровнях иерархического управления здравоохранением, приводятся недостатки бумажного и достоинства электронного документооборота, затрагиваются основы его построения, описывается практическая реализация инструментальной платформы, выполненной на базе АСЭД "Дело".*

### Введение

При комплексной информатизации организаций здравоохранения (ОЗ) центральным звеном является создание и ведение электронного документооборота на всех уровнях иерархического управления отраслью. При этом большое значение имеет динамика движения информационных потоков, обеспечивающих внутренние связи между отдельными структурными подразделениями ОЗ и интерфейсы с внешней средой. Предпроектный анализ информационных потоков и документооборота позволяет выявить места образования, использования и хранения документальных сообщений, определить маршруты их движения, порядок их расчленения или объединения. В результате анализа выявляются объемы, характер и сроки выполнения работ по информатизации для отдельных ОЗ и входящих в них подразделений и звеньев, определяются объемы документооборота, а также плотность информационных потоков, дублирование информации, ее избыточность как по содержанию показателей в документах, так и по количеству выдаваемых и используемых экземпляров и др.

Накопленные в результате этого анализа статистические данные служат основой для оценки пропускной способности, скорости передачи, обработки и представления информации соответствующими компьютерными, сетевыми и телекоммуникационными средствами на текущий период с учетом выявленных тенденций роста интенсивности ин-

формационных потоков в течение ближайшего времени. Все это предопределяет электронную обработку структуризованных сообщений и создание автоматизированной системы электронного документооборота (АСЭД), обеспечивающей рациональные связи и маршруты движения циркулирующей информации.

Управление любой ОЗ основывается на использовании документов (приказов, распоряжений, планов, протоколов). Поэтому о документообороте следует говорить как об основном инструменте системы управления. В этом смысле документооборот надлежит рассматривать как документальное отражение и обеспечение управленческих процессов. Документационное обеспечение управления охватывает три основные задачи применительно к программным системам автоматизации:

- документирование (создание документов, подерживающих и регистрирующих управленческую деятельность, т.е. их подготовка, оформление, согласование и т.п.);
- организация документооборота;
- систематизация архивного хранения документов.

Как показывает практический опыт, в настоящее время в мировой экономике документооборот в целом характеризуется:

1. Недостаточной информированностью руководства о целостной объективной картине состояния