

утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь : Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.12.2012 № 185702 // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2012.

5. О совершенствовании диспансеризации населения области : приказ управления здравоохранения Брестского областного исполнительного комитета, 04 июля 2017 г., № 20 // ЭТАЛОН. Решения органов местного управления и самоуправления / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
6. Антипова, С. И. Некоторые проблемы организации диспансерного динамического наблюдения / С. И. Антипова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – № 1. – с. 58-64.

## ОТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ К КЛИНИКО-ЗАТРАТНЫМ ГРУППАМ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Побиванцева Н. Ф.

УЗ «Брестский областной кардиологический диспансер», г. Брест, Республика Беларусь

**Резюме.** В статье рассмотрены инновационные подходы к технологии и организации работы с пациентами групп высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска болезней системы кровообращения в качестве инструмента перехода к клинико-затратным группам, направленным на обеспечение эффективности и качества оказания специализированной медицинской помощи. Показана необходимость в создании республиканского кардиорегистра в виде электронного ресурса, объединяющего работу врача общей практики как первоисточника информации о пациенте с болезнями системы кровообращения и специалистов кардиопрофиля третьего и четвертого уровня оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи.

**Ключевые слова.** Диспансеризация, группы кардиоваскулярного риска, болезни системы кровообращения, клинико-затратные группы.

## FROM DISPENSERIZATION TO DIAGNOSTIC-RELATED GROUPS OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Pobivantseva N. F.

Brest Regional Cardiological Dispensary

**Summary.** The article discusses innovative approaches to the technology and organization of work with patients of high and very high cardiovascular risk groups of cardiovascular diseases as a tool for the transition to diagnostic-related groups aimed at ensuring the efficiency and quality of specialized medical care. The need to create a republican cardioregistry in the form of an electronic resource that combines the work of a general practitioner as the primary source of information about a patient with cardiovascular diseases and cardioprofile specialists of the third and fourth levels of specialized, including high-tech care, is shown.

**Key words.** Clinical examination, groups of cardiovascular risk, diseases of the circulatory system, diagnostic-related groups.

**Цель.** Исследования являлось обосновать необходимость выделения групп высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска среди пациентов с болезнями системы кровообращения для уменьшения вклада этой патологии в расходы государства на обеспечение клинико-затратных групп. Для этого на примере сельских и городских терапевтических участков Каменецкой ЦРБ проведен сравнительный анализ доступности и качества оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения (БСК) до и после формирования групп высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска за период 2012-2019 годы. Показан эффект нового организационного механизма.

**Результаты и их обсуждение.** Вопросам диспансеризации населения Республики Беларусь на протяжении нескольких десятилетий уделялось большое значение организаторами здравоохранения в связи с неочевидной ролью этого профилактического направления для успешности решения задач, стоящих перед здравоохранением. Совершенно обоснованно проведение всеобщей диспансеризации явилось мероприятием Президентской, Национальной и государственных программ в области охраны здоровья. Так, Национальные программы демографической безопасности Республики Беларусь, начиная с 2007 года обозначили задачу проведения диспансеризации как инструмента для обеспечения демографической стабильности страны, основанной на снижении смертности, заболеваемости и инвалидности населения и связанных с этими процессами экономическими дефинициями [1].

Способы организации профилактической работы с населением в отрасли здравоохранения всегда вызвали множество мнений в медицинском сообществе, но то, что диспансеризация является важным инструментом и ключевой организационной технологией на сегодняшний день не подлежит сомнению. Ряд авторов (С.Е. Квасов и соавторы) [2] отмечают, что выявление донологических и преморбидных состояний организма необходимо проводить у различных контингентов населения, в том числе для оценки функциональных резервов организма. По их мнению, это позволит выделить группы «повышенного риска», что даст возможность в последствии создавать и адаптировать программы лечебно-диагностических мероприятий, способствующих улучшению адаптационных резервов организма и ограничить переход к патологическим состояниям. Весьма интересной в данной работе нам кажется мысль, что «критерии здоровья популяций до последнего времени основываются на таких показателях как заболеваемость, инвалидность, смертность, которые по существу, отражают не состояние здоровья, а состояние патологии». Исключительно важна методика скрининга факторов риска развития БСК как основной социально-значимой патологии, влияющей на медико-демографические и экономические процессы.

Нами уже опубликованы данные, полученные в процессе анализа статистических показателей результатов работы Брестского региона, выявившие зависимость уровня смертности, инвалидности и заболеваемости по причине основных нозологических форм болезней системы кровообращения от уровня и качества диспансеризации [3]. Кроме того, отмечено, что заболеваемость формировалась за счет выявляемости БСК в острых формах, таких как острый инфаркт миокарда, острая недостаточность мозгового кровообращения и т. д., требующих госпитализации пациентов на высокотратные койки отделений кардиологии, неврологии, реанимации, кардио и эндоваскулярной хирургии. Этот существенный вывод должен лечь в основу новой организационной модели развития здравоохранения республики в наметившейся перспективе перехода к клинико-затратным группам, диспансеризации «одного дня» и финансировании учреждений здравоохранения из принципа «деньги за пациентом».

Ряд авторов утверждают, что проводимый в рамках диспансеризации скрининг факторов риска развития БСК и дальнейшее дообследование для определения клинико-функционального диагноза пациента с дальнейшим применением клинического протокола [4] является весьма экономически и ресурсозатратным в связи с избыточным включением в медицинское обследование методов скрининга и дополнительных медицинских вмешательств. Показано, что затраты на массовые профилактические обследования населения по поводу хронических неинфекционных

заболеваний и факторов их риска можно существенно сократить за счет тщательного планирования объема и структуры исследований.

А. М. Калинина и соавторы в своей статье [5] отмечают, что БСК в Российской Федерации так же продолжают оставаться приоритетными в организационной технологии массовых обследований и отмечают, что контроль качества диспансеризации имеют важнейшее значение как для обеспечения диагностической полноты, так и оценки рационального использования ресурсов. Совершенно справедливо подчеркнуть, что повысить качество диспансеризации может информатизация диспансеризации, которая направлена на уменьшение влияния человеческого фактора, возможной фальсификации и искажения данных (приписки, недостоверные данные). Для реализации этой важной задачи нами также видится перспективной необходимостью создания республиканского кардиорегистра в виде электронного ресурса, объединяющего работу врача общей практики как первоисточника информации о пациенте с БСК и специалистов кардиопрофиля третьего и четвертого уровня оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи, посредством формирования баз данных. Создание такой информационной системы обеспечит возможность контроля достоверности и оценки качества оказания помощи, её доступности, планирования расходов на улучшение материально-технической базы учреждений здравоохранения, потребность в кадрах, а также исключение возможности проявления коррупционной составляющей при определении потребности в высокотехнологических вмешательствах.

На наш взгляд, оптимизация работы первичного звена и совершенствование организационной модели работы с БСК в таком аспекте позволит рационально использовать материально-технические и кадровые ресурсы, в том числе снизить нагрузку по обеспечению клинико-затратных групп, внедряемых в Республике на данном этапе. Нами проработан [6] и предложен для внедрения на уровне Республики Беларусь новый организационный механизм, в основе которого в качестве платформы должна стать работа с пациентами из групп кардиоваскулярного риска. Индивидуальный подход в зависимости от прогноза течения заболевания и профилактика осложнений, относящихся к клинико-затратным, позволят маршрутизировать потоки пациентов по уровням оказания помощи и задействовать имеющиеся кадровые ресурсы. Кроме того, планирование работы с пациентами этих групп, позволит адаптировать материально-технические возможности учреждений здравоохранения к потребности в оказании помощи пациентам с БСК. Как известно, планирование затрат, расчет и квотирование медицинских услуг позволят рационально и максимально

качественно и доступно обеспечить помощь тому контингенту, который в этом наиболее нуждается.

Если рассуждать о качестве оказания помощи пациентам с БСК, распределение по группам кардиоваскулярного риска позволит обеспечить консультативной помощью врачом-кардиологом группы высокого и очень высокого риска, что так же скажется на снижении количества обострений БСК и их осложнений, относящихся к клинико-затратным, таким как острый инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, декомпенсации сердечной деятельности, а так же кардиохирургические вмешательства. Компетенции врача общей практики не позволяют обеспечить должное качество и соответствие современным требованиям оказания помощи пациентам групп высокого риска.

В доказательство актуальности обозначенного нами направления приведем данные, полученные в Российской Федерации в ходе мониторинга качества диагностического обследования в отношении полного выявления сердечно-сосудистых заболеваний. Показана низкая частота (не больше 10%) метода углубленного диагностического обследования, как назначенного (приблизительно 20% от прошедших скрининг ФР), так и выполненного: БЦА 61%, невролог 84%, липидограмма 85%.

Зарубежные авторы так же отмечают достаточно низкий уровень углубленных исследований сердечно-сосудистой системы при наблюдении пациента врачом общей практики относительно рекомендаций, выдаваемых врачом-кардиологом [7]: стресс-тесты 71,8% обращений к кардиологу (28,4% у врача общей практики), эхокардиография 38,9% и 15,8 соответственно, терапия статинами: назначаются 72% и 65% соответственно, ЧКВ 5% к 1%, коронароангиография 11,2% против 0,3% у врача общей практики.

В рамках финансируемой научной работы совместно с ГУ «РНПЦ «Кардиология» в течение 2021 года нами изучалась данная гипотеза на примере Каменецкой ЦРБ. Среди прочих задач необходимо было доказать эффективность отбора пациентов с БСК в группы кардиоваскулярного риска с формированием баз данных о них, полученных при проведении лечебно-диагностических методик, в том числе высокотехнологичных, для организации поточности пациентов по уровням оказания помощи. В зависимости от группы риска и индивидуального прогноза течения заболевания определялась очерёдность и сроки медицинских вмешательств. По итогу этой работы выявилась потребность в усилении координирующей роли врача кардиолога первичного звена и создание межрайонных кардиологических центров для реализации поставленных задач, в том числе улучшение медико-демографических показателей по разделу БСК.

На 25.01.2022 окончательная выборка по сельским участкам составила 1025 человек (667 – Беловежская АВОП и 358 – Видомлянская АВОП) и 1346 по городским участкам (874 – участок № 1 Высоковской поликлиники и 472 – участок № 4 Каменецкой поликлиники). Суммарно 2371 человек. Изучалась работа с пациентами из групп высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска на протяжении 8 лет с периодом до создания межрайонного кардиологического центра на функциональной основе (2010-2015 годы) и после его организации (2016-2019). Проводилось сравнение полученных результатов.

Средний возраст пациентов составил 49,1 года: в сельской популяции – 52,8 года; по городским жителям – 46,3 года.

Учитывая, что межрайонные кардиологические центры осуществляют свою деятельность на функциональной основе, что не позволяет охватить все население, акцент был сделан на трудоспособных пациентов обоих полов, а в общей популяции – в большей степени на мужское население, проживающее в сельской местности.

Проведенный анализ числа посещений пациентов УЗ «Каменецкая ЦРБ» к врачам-кардиологам различных уровней (районный, областной, республиканский) выявил улучшение доступности специализированной кардиологической помощи за четырехлетний период 2016-2019 годов с момента внедрения в практику организационного эксперимента в сравнении с периодом 2012-2015 годов. Отмечен рост числа посещений к специалисту районного уровня в 2,1 раза, к специалисту областного уровня – более чем в 3 раза. Более значительный рост произошел на городских участках: в 3,2 раза к специалисту районного уровня и 4,8 к специалисту областного уровня при 1,7 раз/2,8 раза в выборке по сельским участкам.

За анализируемый период по данным государственной отчетности (ф. 1-организация) и по результатам выборки из первичной медицинской документации пациентов УЗ «Каменецкая ЦРБ» по исследуемым терапевтическим участкам представлены результаты динамики количества диагностических исследований. Отмечается увеличение количества УЗ-исследований всего с 2012 по 2019 гг. с 15847 до 33052 (+108,6%), из них сердечно-сосудистой системы с 954 до 1449 (+ 51,9%).

Анализируя демографическую ситуацию по Каменецкому району с 2012 по 2019 годы, можно отметить снижение смертности в трудоспособном возрасте с 516,6 на 10000 трудоспособного населения в 2012 году до 471,8 в 2019 году (на 8,7%), в том числе среди мужчин с 760,9 до 722,1 (на 5,1%), среди женщин – с 224,7 до 151,8 (на 32,4%). Среди городского трудоспособного населения смертность снизилась с 332,3 до 270,7 (на 18,5%), среди сельского трудоспособного населения – с 637,6 до 611,5 (на 4,1%). Тем самым проведенная работа подтвердила целесообразность выделения групп высокого

и очень высокого кардиоваскулярного риска в качестве организационного механизма в работе с пациентами с БСК на любой платформе – при диспансеризации и без нее.

Анкетирование как среди пациентов, так и среди медицинских работников, подтвердило предположение об эффективности такой формы работы. Выборка по анкетам пациентов составила 791 человек, по медицинским работникам – 304 человека, суммарно 1095. Участники анкетирования в целом позитивно оценивают качество оказания медицинской помощи врачом-кардиологом: более 2/3 пациентов им удовлетворены.

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования подходов к диспансеризации либо проработке нового механизма, более обоснованного и акцентированного на конечный результат (социально-экономический и демографический). В новой модели необходимо увязать количество проводимых мероприятий с оценкой качества оказания помощи. По нашему мнению, при проведении вторичной профилактики в амбулаторно-поликлинических условиях в разделе болезней системы кровообращения, обосновано выделение групп кардиоваскулярного риска, организация работы с таким контингентом в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения БСК и распределение по уровням оказания помощи в зависимости от предполагаемого вмешательства, формирование единых баз данных о таких пациентах посредством каналов в целях уменьшения для здравоохранения бремени клинико-затратных групп.

#### **Список литературы**

1. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 гг. : утверждена Указом Президента Республики Беларусь от 26.03.2007 № 135.
2. Инновационная модель системы диспансеризации работающих / С. Е. Квасов [и др.] // Журнал Медицинский альманах. – 2010. – № 1 (10) март. – С. 20-23.
3. Побиванцева, Н. Ф. Медико-демографическая ситуация в связи с болезнями системы кровообращения в Брестской области как основа организационно-управленческих решений // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2020. – Т. 18, № 2. – С. 152-160.
4. Максикова, Т. М. К вопросу о сокращении объема диспансеризации и профилактических осмотров / Т. М. Максикова, А. Н. Калягин // Менеджмент в здравоохранении. – Иркутск, 2019. – № 1. – С. 35-40.
5. Результаты выявления болезней системы кровообращения при диспансеризации взрослого населения: опыт первых 2 лет / А. М. Калинина [и др.] // Терапевтический архив. – г. Москва, 2016. – № 1. – С. 46-51.
6. Сурмач, М. Ю. Организация работы с группами кардиоваскулярного риска на различных технологических уровнях оказания медицинской помощи / М. Ю. Сурмач, Н. Ф. Побиванцева // Факторы риска, популяционное (индивидуальное) здоровье в гигиенической донозологической диагностике / Материалы 15-й Евразийской научной

конференции «Донозология-2020» /Под общей редакцией доктора медицинских наук, профессора Захарченко М. П. – СПб., 2020. – С. 470-471.

7. Виллевалде, С. В. Ассоциации показателей обеспеченности квалифицированными кадрами и исходов при сердечно-сосудистых заболеваний / С. В. Виллевалде [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2020. – № 25 (S4). – С. 62-70.

## **ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ ГРУЗИЯ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА «SPRING»**

**Разводовская Я. В., Сурмач М. Ю.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Беларусь

**Резюме.** В статье представлен опыт проведения экспертной оценки качества деятельности медицинских университетов Республики Грузия, осуществлённой по критериям Всемирной Федерации Медицинского Образования (WFME) в рамках выполнения запланированных мероприятий международного проекта Erasmus KA2 «Определение целей и инструментов экспертной оценки для медицинского образования (здравоохранения)» (SPRING = «Setting peer review instruments and goals for medical (health) education»)

**Ключевые слова:** экспертная оценка, медицинское образование, международный проект.

## **EXPERIENCE OF EXPERT ASSESSMENT OF THE ACTIVITIES OF HIGHER MEDICAL EDUCATION INSTITUTIONS OF THE REPUBLIC OF GEORGIA WITHIN THE FRAMEWORK OF THE INTERNATIONAL PROJECT «SPRING» IMPLEMENTATION**

**Razvodovskaya Ya. V., Surmach M. Yu.**

Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

**Summary.** The article presents the experience of conducting an expert assessment of the quality of activities of medical universities in the Republic of