

Научная статья

УДК 614 (476)

DOI: 10.17816/pmj425133-142

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

И.Н. Мороз^{1*}, Т.Г. Светлович²

¹Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,

²Белорусский институт системного анализа, г. Минск, Республика Беларусь

CHALLENGES IN ORGANIZING INTEGRATED CARE FOR THE POPULATION IN BELARUS

I.N. Moroz^{1*}, T.G. Svetlovich²

¹Belarusian State Medical University, Minsk,

²Belarusian Institute of System Analysis, Minsk, Republic of Belarus

Цель. Оценить готовность системы здравоохранения и социальной защиты, негосударственных структур к реализации интегрированного подхода при оказании медицинской помощи, в том числе медико-социальной и паллиативной помощи, и социальных услуг нуждающимся гражданам.

Материалы и методы. При проведении исследования использовались социологический (анкетирование) и статистический методы. В качестве инструментария исследования использовался опросник Scaling integrated care in context, SCIROCCO, разработанный в рамках проекта SCIROCCO Exchange EU Capacity Action for integrated care («Обмен опытом ЕС по наращиванию потенциала в области интегрированной помощи»), применяемого в европейских странах для оценки готовности системы здравоохранения и социальной защиты, негосударственных организаций к внедрению интегрированной помощи. В исследовании приняли участие 325 (79,1 %) работников органов и организаций здравоохранения, 78 (19,0 %) работников учреждений социального обслуживания, 8 (1,9 %) работников медико-социальной службы Красного Креста «Дапамога» Белорусского Красного Креста.

Результаты. Средний уровень оценки готовности системы здравоохранения и социальной защиты к реализации интегрированного подхода при оказании медико-социальной и паллиативной помощи, социальных услуг нуждающимся гражданам статистически значимо различался в зависимости от категории работников (Kruskal – Wallis test: $H = 22,3$; $p_3 = 0,0001$). Наиболее высокая оценка готовности к

© Мороз И.Н., Светлович Т.Г., 2025

e-mail: moroz_iri@bk.ru

[Мороз И.Н. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, ORCID: 0000-0002-7430-3237; Светлович Т.Г. – кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник отдела научно-методического обеспечения государственной экспертизы, ORCID: 0009-0006-5414-0190].

© Moroz I.N., Svetlovich T.G., 2025

e-mail: moroz_iri@bk.ru

[Moroz I.N. (*contact person) – DSc (Medicine), Professor, Head of the Department of Public Health and Healthcare, <http://orcid.org/0000-0002-7430-3237>; Svetlovich T.G. – PhD (Medicine), Associate Professor, Leading Researcher of the Department of Scientific and Methodological Support for State Expertise, ORCID: 0009-0006-5414-0190].

реализации интегрированного подхода дана работниками учреждений социального обслуживания, значение медианы (Me) которой достигало 3,2 балла ($Q_{25}=1,6$; $Q_{75}=4,0$), наиболее низкая – работниками здравоохранения ($Me=1,9$ балла ($Q_{25}=1$; $Q_{75}=3$)). Оценка работниками медико-социальной службы Красного Креста была выше, чем у работников здравоохранения, но ниже, чем у работников учреждений социального обслуживания, и составила $Me=2,7$ балла ($Q_{25}=1,7$; $Q_{75}=3$).

Выводы. Оценка респондентами уровня готовности системы здравоохранения и социальной защиты к реализации интегрированного подхода по оказанию медико-социальной и паллиативной помощи, социальных услуг нуждающимся гражданам является невысокой и статистически значимо различается в зависимости от категории работников, что необходимо учитывать при организации данных видов помощи.

Ключевые слова. Интегрированный подход, интегрированная помощь, готовность, система здравоохранения и социальной защиты, негосударственные структуры, медико-социальная помощь, паллиативная помощь, социальные услуги.

Objective. To assess the readiness of the healthcare and social protection systems, non-governmental institutions to implement an integrated approach to the provision of medical care, including medico-social and palliative care, and social services to people in need.

Materials and methods. Sociological (questionnaire) and statistical methods were used while conducting the study. The questionnaire "Scaling integrated care in context, SCIROCCO", developed within the framework of the project "SCIROCCO Exchange EU Capacity Action for integrated care" was used as a research tool. This questionnaire is used in European countries to assess the readiness of the healthcare and social protection systems and non-governmental organizations to implement integrated care. The study involved 325 (79.1 %) employees of healthcare agencies and organizations, 78 (19.0 %) employees of social service institutions, 8 (1.9 %) employees of the Red Cross Medico-Social Service "Dapamoha" of the Belarus Red Cross.

Results. There was a statistically significant difference in the average level of assessment of readiness of the healthcare and social protection systems to implement an integrated approach to providing medico-social and palliative care and social services to the citizens in need, depending on the category of workers (Kruskal-Wallis test: $H=22.3$; $p_3=0.0001$). The highest assessment of readiness to implement an integrated approach was demonstrated by employees of social service institutions, with the median value (Me) reaching 3.2 points ($Q_{25}=1.6$; $Q_{75}=4.0$), the lowest one was shown by healthcare workers ($Me=1.9$ points ($Q_{25}=1$; $Q_{75}=3$)). The assessment done by the employees of the medical and social service of the Red Cross was higher than that of the healthcare workers, but lower than that of the employees of social service institutions, and amounted to $Me=2.7$ points ($Q_{25}=1.7$; $Q_{75}=3$).

Conclusions. The respondents' assessment of the level of readiness of the healthcare and social protection systems to implement an integrated approach to providing medico-social and palliative care and social services to citizens in need is low and statistically significantly differs depending on the category of workers, which must be taken into account when organizing these types of assistance.

Keywords. Integrated approach, integrated care, readiness, healthcare and social protection system, non-governmental institutions, medico-social care, palliative care, social services.

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия мировое общество обеспокоено вопросами организации медицинской и социальной помощи нуждающимся гражданам с ограниченными функциональными возможностями, основанной на интегрированном подходе, что

обусловлено ростом потребности населения в данных видах помощи. Основными факторами, влияющими на рост потребности, является старение населения и рост уровня хронических заболеваний. Интенсификация процессов демографического старения населения, возникновение новых потребностей и возможностей для людей старшего

возраста, необходимость создания условий для реализации их потенциала обуславливают разработку национальных стратегий с целью повышения качества их жизни¹.

Предоставление медицинской и социальной помощи этой категории граждан (людям старшего возраста, с хроническими заболеваниями), как правило, имеет фрагментарный характер, как внутри, так и между секторами здравоохранения и социальной защиты, сопровождается увеличением нагрузки на медико-социальные службы и требует привлечения дополнительных ресурсов, в том числе финансовых и кадровых. Реформирование систем предоставления медицинской и социальной помощи с целью более эффективного удовлетворения потребностей нуждающихся людей предполагает переход к модели, позволяющей лучше координировать работу специалистов и учреждений и обеспечивающей активное участие в этом процессе самих получателей услуг и лиц, ухаживающих за ними.

Преодоление несогласованности и раздробленности, формирование интегрированной системы здравоохранения и социальной защиты стало самостоятельным направлением государственной политики различных стран мира. Проводятся исследования по поиску направлений и механизмов интеграции с учетом специфики национального здравоохранения и социальной защиты, оценки готовности системы здравоохранения и социальной защиты, негосударственных структур к реализации интегрированного подхода по оказанию медицинской и социальной помощи нуждающимся гражданам.

Цель исследования – оценить готовность системы здравоохранения и социальной защиты, негосударственных структур к

реализации интегрированного подхода при оказании медицинской помощи, в том числе медико-социальной и паллиативной помощи, и социальных услуг (далее – готовности к реализации интегрированного подхода) нуждающимся гражданам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При проведении исследования использовались социологический (анкетирование) и статистический методы.

Методика проведения социологического исследования включала анкетирование (метод анкетного опроса) работников системы здравоохранения, социальной защиты, Белорусского Красного Креста в двух районах Республики Беларусь – Островецком районе Гродненской области и Вилейском районе Минской области. В качестве инструментария исследования использовался опросник *Scaling integrated care in context*, SCIROCCO, разработанный в рамках проекта SCIROCCO Exchange EU Capacity Action for integrated care («Обмен опытом ЕС по наращиванию потенциала в области интегрированной помощи»), применяемый в европейских странах для оценки готовности системы здравоохранения и социальной защиты, негосударственных организаций к внедрению и реализации интегрированной помощи [1].

На момент подготовки исследования русскоязычная версия этого инструмента отсутствовала. Англоязычная версия *Scaling integrated care in context*, SCIROCCO была переведена и социально адаптирована, проведена оценка ее валидности и надежности. Версия анкеты *Scaling integrated care in context*, SCIROCCO на русском языке включает 10 вопросов. В него не вошли 2 вопроса из оригинального опросника, которые касаются оценки критериев «Устранение препятствий» и «Инновационный менеджмент». Было получено положительное заключение

¹ Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. Национальная стратегия Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030», available at: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22000693>

эксперта на адаптированную анкету как инструментария, соответствующего требованиям проведения социологического исследования.

В анкете используется термин «интегрированная помощь» с пояснением, что под ним понимают организацию долговременной медицинской помощи и социальных услуг, включающих индивидуальный уход и основанных на комплексном подходе их оказания нуждающимся гражданам и координации деятельности организаций системы здравоохранения, социального обслуживания, негосударственных и иных организаций, с целью повышения эффективности предоставления услуг и качества жизни их получателей.

Респондентам предлагалось по шестибальной шкале оценить критерии, характеризующие готовность к реализации интегрированного подхода. Оценка готовности по критериям измерялась от 0 баллов (соответствует «не выполнено», «отсутствует/доступно») до 5 баллов (соответствует «полностью выполнено», «полностью присутствует/доступно»).

Объем исследования составил 411 единиц наблюдений, который соответствует исследованию повышенной точности (при уровне значимости $p = 0,05$) [2]. В исследовании приняли участие 325 (79,1 %) работников органов и организаций здравоохранения, 78 (19,0 %) работников учреждений социального обслуживания, 8 (1,9 %) работников медико-социальной службы Красного Креста «Дапамога» Белорусского Красного Креста (далее – медико-социальной службы Красного Креста).

Среди респондентов преобладают женщины, удельный вес которых составляет 89,1 %. Средний возраст респондентов составляет 42,8 (95 % ДИ 41,6–43,9) года. В возрастной структуре респондентов удельный вес лиц в возрасте до 30 лет составляет

15,3 %, 30–44 года – 39,2 %, 45–59 лет – 39,2 %, 60 лет и старше – 6,3 %. Стаж работы анкетированных в среднем составляет 17,7 (95 % ДИ 16,5–18,9) года. Удельный вес респондентов со стажем работы до 5 лет достигает 18,2 %, от 5 до 15 лет – 27,3 %, от 15 до 25 лет – 24,3 %, от 25 лет и более – 30,2 %.

Почти 73 % респондентов имеют квалификационную категорию (в том числе вторую – 26,2 %, первую – 30,4 %, высшую – 16,1 %), 27,3 % – не имеют квалификационной категории. Наибольший удельный вес респондентов с квалификационной категорией отмечается среди работников здравоохранения (78,5 %), наименьший – среди работников социального обслуживания (51,3 %) (Chi-square test: $\chi^2 = 42,6$; $p = 0,00001$). Половина работников Белорусского Красного Креста имеют квалификационную категорию: 4 из 8 респондентов (50 %).

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием непараметрических методов исследования, в том числе методов описательной статистики, оценки достоверности (Chi-square test: χ^2 , p). Описание средних значений осуществлялось с использованием медианы (Me , Q_{25} – Q_{75}). Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство респондентов (91,7 %) осознают необходимость развития интегрированной помощи, в том числе 92 % работников здравоохранения, 89,7 % работников социальной защиты и 100 % работников Белорусского Красного Креста.

Средний уровень оценки готовности системы здравоохранения и социальной защиты к реализации интегрированного подхода при оказании медико-социальной и паллиативной помощи нуждающимся граж-

данным статистически значимо различался в зависимости от категории работников (Kruskal – Wallis test: $H = 22,3$; $p_3 = 0,0001$). Наиболее высокая оценка готовности системы здравоохранения и социальной защиты к реализации интегрированного подхода дана работниками социальной защиты, значение медианы (Me) которой достигает 3,2 балла ($Q_{25} = 1,6$; $Q_{75} = 4,0$), наиболее низкая – работниками здравоохранения ($Me = 1,9$ балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$)). Оценка работниками медико-социальной службы Красного Креста выше, чем у работников здравоохранения, но ниже, чем у работников социальной защиты, и составляет 2,7 балла ($Q_{25} = 1,7$; $Q_{75} = 3$).

Среди работников здравоохранения пилотных районов отмечается статистическая значимость различия уровней оценки критериев, характеризующих готовность системы здравоохранения и социальной защиты к развитию интегрированной помощи (далее – критериев готовности к развитию ИП) (Kruskal – Wallis test: $H = 101,4$; $p = 0,0001$). Наиболее высокая оценка отмечается для критериев «потенциал существующей системы здравоохранения и социальной защиты по оценке рисков здоровья и прогнозированию спроса граждан в удовлетворении потребностей в ИП» ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 4$)) и «координация (по вертикали и горизонтали) предоставляемой ИП» ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 4$)); наиболее низкая – для критериев «готовность структуры и управления к ИП» ($Me = 1$ балл ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$)), «готовность цифровой инфраструктуры к ИП» ($Me = 1$ балл ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$)), «координация процессов по оказанию ИП в рамках существующей системы здравоохранения и социальной защиты» ($Me = 1$ балл ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$)), «система финансирования ИП» ($Me = 1$ балл ($Q_{25} = 0$; $Q_{75} = 3$)), «готовность существующей системы здравоохранения и социальной защиты к формированию мотивации граждан участвовать в процессе принятия решений,

касающихся их здоровья и предоставления услуг ИП» ($Me = 1$ балл ($Q_{25} = 0$; $Q_{75} = 3$)).

Среди работников Белорусского Красного Креста отмечается статистическая значимость различия уровней оценки критериев готовности к развитию ИП (Kruskal – Wallis test: $H = 101,4$; $p = 0,0001$) для следующих критериев. Наиболее высокая оценка отмечается для критериев «система финансирования ИП» ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 2,5$; $Q_{75} = 3,5$)), «уровень координации (по вертикали и горизонтали) предоставляемой ИП» ($Me = 4$ балла ($Q_{25} = 3$; $Q_{75} = 4$)), «способность ИП укреплять систему здравоохранения и социальной помощи, иных организаций, в том числе повышению профессионального уровня работников, внедрения новых технологий, внедрению новых профессий, совершенствованию качества оказания медицинской помощи и социальных услуг нуждающимся гражданам» ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 2$; $Q_{75} = 3,5$)). Наиболее низкая оценка дана критериям «готовность существующей системы здравоохранения и социальной защиты к формированию мотивации граждан участвовать в процессе принятия, решений, касающихся их здоровья и предоставления услуг ИП» ($Me = 1$ балл ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 2$)) и «готовность структуры и управления к ИП» ($Me = 1,5$ балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$)).

Среди работников социальной защиты отмечается статистическая значимость различия уровней оценки критериев готовности к развитию ИП (Kruskal – Wallis test: $H = 101,4$; $p = 0,0001$) для следующих критериев. Наиболее высокая оценка отмечается для критериев «уровень координации (по вертикали и горизонтали) предоставляемой ИП» ($Me = 4$ балла ($Q_{25} = 4$; $Q_{75} = 5$)), «потенциал существующей системы здравоохранения и социальной защиты по оценке рисков здоровья и прогнозированию спроса граждан в удовлетворении потребностей в ИП» ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 2$; $Q_{75} = 5$)), «способность

ИП укреплять систему здравоохранения и социальной помощи, иных организаций, в том числе повышению профессионального уровня работников, внедрению новых технологий, внедрению новых профессий, совершенствованию качества оказания медицинской помощи и социальных услуг нуждающимся гражданам» ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 2$; $Q_{75} = 4$)); наиболее низкая – для критерия «готовность структуры и управления к ИП» ($Me = 2$ балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 4$)).

Оценка критерия «готовность к изменениям существующей системы здравоохранения и социальной защиты для развития ИП» статически значимо различалась у различных категорий работников (Kruskal – Wallis test: $H = 21,5$; $p = 0,0001$). Уровень оценки данного критерия работниками здравоохранения и медико-социальной службы Красного Креста соответствовал мнению опрошенных о том, что проводится работа по достижению согласия среди заинтересованных структур и разрабатывается стратегия развития интегрированной помощи, медиана которого соответственно составляла 2 балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$) и 2 балла ($Q_{25} = 2$; $Q_{75} = 2$). Уровень оценки работниками социального обслуживания указанного критерия был выше, чем у работников здравоохранения и медико-социальной службы Красного Креста; среди них преобладал удельный вес респондентов, оценивших данный критерий на 4 и 5 баллов, и соответственно составил 24,4 и 15,4 %. Это свидетельствует о том, что стратегия развития ИП разработана и утверждена, определены ответственные исполнители ее реализации ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 2$; $Q_{75} = 4$)).

Оценка критерия «готовность структуры и управления в существующей системе здравоохранения и социальной защиты для развития ИП» статически значимо различалась среди различных категорий работников (Kruskal – Wallis test: $H = 13,1$;

$p = 0,0014$). Уровень оценки работниками здравоохранения и медико-социальной службы Красного Креста данного критерия, медиана которого соответственно составляла 1 ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$) и 1,5 балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$), соответствует мнению опрошенных, что есть понимание необходимости преобразования системы управления и структур для оказания ИП. Уровень оценки работниками социальной защиты указанного критерия был выше ($Me = 2$ балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 4$)), чем у работников здравоохранения и медико-социальной службы Красного Креста; среди них преобладал удельный вес респондентов, оценивших данный критерий на 4 и 5 баллов, и соответственно составил 20,5 и 10,3 %. Это свидетельствует, что определены организации и алгоритм взаимодействия оказания ИП. Данная оценка соответствует мнению респондентов, что утверждена комплексная программа с финансированием, определены полномочия органов управления и структур по оказанию ИП (20,5 %); разработан и принят заинтересованными сторонами план мероприятий по развитию ИП (10,3 %).

Оценка критерия «готовность цифровой структуры существующей системы здравоохранения и социальной защиты для развития ИП» статически значимо различалась среди различных категорий работников (Kruskal – Wallis test: $H = 18,3$; $p = 0,0001$). Работники здравоохранения дали наиболее низкую оценку данного критерия, уровень которой достигал 1 балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$), это свидетельствует о том, что есть понимание необходимости использования цифровых технологий, но нет стратегии и/или плана по развитию единой цифровой инфраструктуры для поддержки ИП. Медиана оценки работниками медико-социальной службы Красного Креста составляла 2,5 балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 4$) и соответствует мнению опрошенных, что

определены планы по внедрению цифровой инфраструктуры на региональном/национальном уровне, включая набор согласованных технических стандартов в системе здравоохранения и социальной защиты, но они еще не реализованы. Уровень оценки работниками социальной защиты данного критерия был выше ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 4$)), чем у работников здравоохранения и Белорусского Красного Креста; среди них преобладал удельный вес респондентов, оценивших данный критерий на 4 и 5 баллов, и соответственно составил 17,9 и 21,8 %. Полученный уровень оценки свидетельствует, что цифровая инфраструктура для поддержки ИП внедряется в экспериментальном порядке, но пока не охватывает весь регион, существует набор согласованных стандартов, позволяющих осуществлять совместные закупки новых систем; проводится работа по объединению информационно-коммуникационных технологий.

Оценка критерия «координация процессов по оказанию ИП в рамках существующей системы здравоохранения и социальной защиты» статистически значимо различается среди различных категорий работников (Kruskal – Wallis test: $H = 24,3$; $p = 0,0001$). Работники здравоохранения дали наиболее низкую оценку данного критерия, уровень которой достигает 1 балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$), и это свидетельствует, что заинтересованные стороны разрабатывают некоторые инструкции и признают необходимость стандартизации процессов координации при оказании ИП, но официальных планов по ее разработке нет. Среди работников здравоохранения преобладает удельный вес респондентов, которые считают, что заинтересованные стороны разрабатывают некоторые инструкции и признают необходимость стандартизации процессов координации при оказании ИП, но

официальных планов по ее разработке нет, а также нет никаких формальных инструкций, описаний, соглашений или стандартов по внедрению инновационных процессов координации при оказании ИП ни в наличии, ни в стадии разработки, отсюда, соответственно, составил 35,1 и 18,2 %. Уровень оценки данного критерия работниками медико-социальной службы Красного Креста составил 2,5 балла ($Q_{25} = 1,5$; $Q_{75} = 3,5$) и соответствует мнению опрошенных, что осуществляются некоторые стандартизированные процессы координации при оказании ИП; используются инструкции, некоторые инициативы и процессы координации официально описаны, но систематический подход не планируется. Уровень оценки работниками социальной защиты данного критерия был выше ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 4$)), чем у работников здравоохранения и Белорусского Красного Креста; среди них преобладает удельный вес респондентов, оценивших данный критерий на 4 и 5 баллов, – 28,2 и 20,5 %. Это свидетельствует, что услуги, пути и процессы координации при оказании ИП официально описаны заинтересованными сторонами в стандартизированном виде, запланирована разработка стандартов, но они не внедрены.

Установлены статистически значимые различия оценки респондентами критерия «система финансирования ИП в рамках существующей системы здравоохранения и социальной защиты» в зависимости от категории работников (Kruskal – Wallis test: $H = 23,3$; $p = 0,0001$). Наиболее низкая оценка критерия «система финансирования ИП» отмечалась среди работников здравоохранения, значение медианы которой достигало 1 балла ($Q_{25} = 0$; $Q_{75} = 3$); среди них преобладает удельный вес респондентов, оценивших данный критерий на 0 и 1 балл, – 31,7 и 25,8 %. Это указывает, что финансирование доступно, но в основном для пилотных про-

ектов и апробации. Уровень оценки данного критерия работниками Белорусского Красного Креста ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 2,5$; $Q_{75} = 3,5$)) и социальной защиты ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 4$)) был выше, чем у работников здравоохранения, и соответствует мнению опрошенных, что имеется финансирование из республиканского / местных бюджетов, или международное финансирование или в рамках государственно-частного партнерства для расширения масштабов деятельности.

Уровень оценки критерия «потенциал существующей системы здравоохранения и социальной защиты по оценке рисков здоровья и прогнозированию спроса граждан в удовлетворении потребностей в ИП» статистически значимо различался среди различных категорий работников (Kruskal – Wallis test: $H = 8,8$; $p = 0,012$). Уровень оценки данного критерия работниками здравоохранения ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 4$)) и социальной защиты ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 2$; $Q_{75} = 5$)) был выше, чем у работников Белорусского Красного Креста ($Me = 2,5$ балла ($Q_{25} = 1,5$; $Q_{75} = 4,5$)), и свидетельствует, что определение рисков здоровья при оказании ИП используется для конкретных групп, например, тех, кто подвержен риску стать частыми потребителями услуг ИП (пожилые люди, лица с хроническими заболеваниями, с инвалидностью, со сниженными функциональными возможностями). Уровень оценки данного критерия работниками Белорусского Красного Креста составил 2,5 балла ($Q_{25} = 1,5$; $Q_{75} = 4,5$) и свидетельствует, что определение рисков здоровья при оказании ИП используется в некоторых проектах на экспериментальной основе.

Оценка респондентами критерия «готовность существующей системы здравоохранения и социальной защиты к формированию мотивации граждан участвовать в

процессе принятия решений, касающихся их здоровья и предоставления услуг ИП» статистически значимо различалась у работников различных категорий (Kruskal – Wallis test: $H = 18,7$; $p = 0,0001$). Уровень оценки работниками здравоохранения ($Me = 1$ балл ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$)) и Белорусского Красного Креста ($Me = 1$ балл ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 2$)) данного критерия был достаточно низким и соответствует мнению опрошенных, что участие граждан признано важным элементом оказания ИП, но меры по расширению прав и возможностей граждан находятся в стадии разработки. Уровень оценки работниками социальной защиты данного критерия был выше ($Me = 3$ балл ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 4$)), чем у работников здравоохранения и Белорусского Красного Креста; среди них преобладал удельный вес респондентов, оценивших данный критерий на 4 и 5 баллов, – 16,7 и 10,3 %. Это свидетельствует, что проводятся консультации с гражданами по вопросам оказания ИП, и граждане имеют доступ к медицинской информации и данным о состоянии здоровья.

Оценка респондентами критерия «использование методов оценки качества и эффективности развития ИП» статистически значимо различалась у различных категорий работников (Kruskal – Wallis test: $H = 11,9$; $p = 0,002$). Уровень оценки работниками здравоохранения и Белорусского Красного Креста данного критерия, медиана которого соответственно составляла 2 балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$), соответствует мнению опрошенных, что оценка качества оказания ИП осуществляется, но проводится не систематически. Уровень оценки работниками социальной защиты данного критерия был выше ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 2$; $Q_{75} = 4$)), чем у работников здравоохранения и Белорусского Красного Креста, и свидетельствует, что осуществляется систематическая оценка качества оказания некоторых услуг ИП.

Оценка респондентами критерия «координация (по вертикали и горизонтали) предоставляемой ИП» была наиболее высокой по сравнению с другими критериями, уровень которой статистически значимо различался у различных категорий работников (Kruskal – Wallis test: $H = 18,9$; $p = 0,0001$). Уровень оценки работниками здравоохранения данного критерия был ниже ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 4$)), чем у работников Белорусского Красного Креста ($Me = 4$ балла ($Q_{25} = 3$; $Q_{75} = 4$)) и социальной защиты ($Me = 4$ балла ($Q_{25} = 4$; $Q_{75} = 5$)), что соответствует мнению опрошенных о том, что достигнуто взаимодействие между уровнями помощи (между различными видами медицинской помощи, например, первичной, специализированной, медико-социальной и паллиативной медицинской) или между уровнями помощи системы социальной защиты. Уровень оценки работниками Белорусского Красного Креста и социальной защиты данного критерия свидетельствует, что улучшена координация по обеспечению потребностей в услугах системы здравоохранения и социальной защиты.

Оценка респондентами критерия «способность ИП укреплять систему здравоохранения и социальной помощи, иных организаций, в том числе повышению профессионального уровня работников, внедрения новых технологий, внедрению новых профессий, совершенствованию качества оказания медицинской помощи и социальных услуг нуждающимся гражданам» статистически значимо различался среди различных категорий работников (Kruskal – Wallis test: $H = 16,5$; $p = 0,0003$). Уровень оценки работниками здравоохранения данного критерия был ниже, чем у работников Белорусского Красного Креста и социальной защиты, медиана которого соответственно составляла 2 балла ($Q_{25} = 1$; $Q_{75} = 3$), и соответствует мнению опрошен-

ных, что расширяется сотрудничество по укреплению потенциала для развития ИП в регионе. Уровень оценки данного критерия работниками Белорусского Красного Креста ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 2$; $Q_{75} = 3,5$)) и социальной защиты ($Me = 3$ балла ($Q_{25} = 2$; $Q_{75} = 4$)), свидетельствует, что осуществляется обучение по вопросам оказания ИП, но не внедряется повсеместно.

Выводы

Таким образом, оценка респондентами уровня готовности системы здравоохранения и социальной защиты к реализации интегрированного подхода при оказании медицинской помощи и социальных услуг нуждающимся гражданам статистически значимо различается в зависимости от категории работников, которую необходимо учитывать при организации данных видов помощи. Результаты, полученные в ходе исследования, могут быть использованы при подготовке нормативных правовых актов по вопросам организации медико-социальной и паллиативной медицинской помощи – разработки стратегии внедрения интегрированного подхода при оказании медико-социальной и паллиативной медицинской помощи; разработки и внедрения стандартов медико-социальной помощи, оказываемой в том числе на дому; разработки алгоритмов взаимодействия системы здравоохранения и социального обслуживания и негосударственных организаций при оказании медико-социальной и паллиативной медицинской, социальных услуг нуждающимся гражданам (пожилым людям, людям с хроническими заболеваниями, с инвалидностью, со сниженными функциональными возможностями)².

² Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы (Приложение 7), available at: https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/letter/22100028_1611349200.pdf

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК / REFERENCES

1. Peytremann-Bridevaux I., Schussel  Fillettaz S., Berchtold P., Michelle Grossglauser M., Pavlickova A., Gilles I. Healthcare system maturity for integrated care: results of a Swiss nationwide survey using the SCIROCCO tool. *BMJ Open* 2021; 11: e041956. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-041956
2. Лихванцев В.В., Ядгаров М.Я., Берикашвили Л.Б., Каданцева К.К., Кузовлев А.Н. Определение объема выборки. *Анестезиология и реаниматология* 2020; 6: 77–87. DOI: 10.17116/anaesthesiology-2020-06177 / Lihvantcev V.V., Yadgarov M.Ya., Berikashvili L.B., Kadanieva K.K., Kuzovliov A.N. Sample size estimation. *Russian Journal of Anesthesiology and Reanimatology* 2020; 6: 77–86. DOI: 10.17116/anaesthesiology-2020-06177 (in Russian).
3. Шевский В.И., Шейман И.М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения. Вопросы государственного и муниципального управления 2013; 3: 24–47 / Shevsky V.I., Sheiman I.M. Problems of creating an integrated health system. *Public Administration Issues* 2013; 3: 24–47 (in Russian).

Финансирование. Исследование проведено в рамках проекта Белорусского Красного Креста при финансовой поддержке Швейцарского Красного Креста (иностранный безвозмездный вклад).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов:

Мороз И.Н. – определение концепции, проведение исследования, работа с данными, анализ данных, написание чернового текста статьи, пересмотр и редактирование рукописи.

Светлович Т.Г. – определение концепции, проведение исследования, работа с данными, анализ данных, написание чернового текста статьи, пересмотр и редактирование рукописи.

Все авторы одобрили версию для публикации, а также согласились нести ответственность за все аспекты настоящей работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой ее части.

Ограничение исследования. Проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации, одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера, протокол № 6 от 10.09.2025.

Поступила: 29.07.2025

Одобрена: 16.09.2025

Принята к публикации: 09.10.2025

Просьба ссылаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом: Мороз, И.Н. Проблемы организации интегрированной помощи населению в Республике Беларусь / И.Н. Мороз, Т.Г. Светлович // Пермский медицинский журнал. – 2025. – Т. 42, № 5. – С. 133–142. DOI: 10.17816/pmj425133-142

Please cite this article in English as: Moroz I.N., Svetlovich T.G. Challenges in organizing integrated care for the population in Belarus. *Perm Medical Journal*, 2025, vol. 42, no. 5, pp. 133–142. DOI: 10.17816/pmj425133-142