

Оценка мнения работников здравоохранения, социального обслуживания и негосударственного сектора об организации интегрированной помощи

¹И. Н. Мороз, ²Т. Г. Светлович

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

²Белорусский институт системного анализа и информационного обеспечения научно-технической сферы, Минск, Беларусь

Цель исследования. Оценить мнение работников здравоохранения, социального обслуживания и негосударственного сектора об организации интегрированной помощи нуждающимся гражданам.

Материал и методы. Объект исследования представлен работниками здравоохранения, социального обслуживания и негосударственных организаций, оказывающих медико-социальную помощь (далее – респонденты). Предмет исследования – мнение респондентов об организации интегрированной помощи в Республике Беларусь. При проведении исследования использовались социологический (анкетирование) и статистический методы. Был использован 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 и реализации интегрированной помощи. Объем исследования составил 411 респондентов, большинство из которых имеют многолетний опыт и квалификацию в оказании медицинской помощи и социальных услуг, их мнение позволяет оценить готовность системы здравоохранения и социальной защиты к реализации интегрированного подхода при оказании медицинской помощи и социальных услуг нуждающимся гражданам. Стаж работы респондентов в организациях здравоохранения, учреждениях социального обслуживания и негосударственных организациях, оказывающих услуги медико-социальной помощи, в среднем составил 17,7 (95 % ДИ (16,5–18,9)) года, почти 73 % респондентов имеют квалификационную категорию.

Результаты. Мнение респондентов о готовности системы здравоохранения и социальной защиты к преобразованиям по развитию интегрированной помощи было неоднозначным. Почти 71 % респондентов считают, что системы здравоохранения и социальной защиты готовы к преобразованиям по развитию интегрированной помощи, 27,5 % – не готовы, около 2,0 % – не смогли ответить. Большинство (91,2 %) респондентов единодушно во мнении о необходимости развития интегрированной помощи в стране независимо от района исследования и категории работников (критерий хи-квадрат $\chi^2 = 1,78$, $p = 1,8$).

Заключение. Большинство (91,2 %) респондентов заинтересованы в развитии интегрированной помощи в стране. Почти 71 % респондентов считают, что системы здравоохранения и социальной защиты готовы к преобразованиям по развитию интегрированной помощи, вместе с тем отмечают, что некоторые направления, касающиеся нормативного правового регулирования, координации и управления деятельности, финансирования, методологии оценки, цифровизации, нуждаются в совершенствовании.

Ключевые слова: интегрированная помощь, готовность, система здравоохранения и социальной защиты, негосударственные организации, медицинская помощь, социальные услуги, долговременный уход, мнение, респонденты.

Objective. To assess the opinion of health, social service and non-state sector workers on the organisation of integrated care to citizens in need.

Materials and methods. The object of the study is represented by healthcare workers, social service providers, and employees of non governmental organisations that provide medical and social assistance (hereinafter referred to as respondents). The subject of the study is the respondents' opinions on the organisation of integrated care in Belarus. The study used sociological (questionnaires) and statistical methods. The questionnaire Scaling Integrated Care in Context (SCIROCCO), developed within the project SCIROCCO Exchange EU Capacity Action for Integrated Care was used as a research tool, which is used in European countries to assess the readiness of the healthcare and social protection systems and non-governmental organizations to implement and deliver integrated care. The scope of the study was 411 respondents, most of whom have many years of experience and qualifications in providing medical care and social services, whose opinion allows us to assess the readiness of the healthcare and social protection system to implement an integrated approach in providing medical care and social services to citizens in need. The average work experience in healthcare organisations, social service institutions and non-governmental organizations providing medical and social assistance services among respondents was 17.7 (95 % CI (16.5–18.9)) years, almost 73 % of the respondents have a qualification category.

Results. Respondents' opinions on the readiness of the healthcare and social protection systems for transformations to develop integrated care were mixed. Nearly 71 % of respondents believe that the healthcare and social protection systems are ready for transformations to develop integrated care, 27.5 % are not ready, and approximately 2 % could not answer. The majority of respondents (91.2 %) unanimously agreed on the need to develop integrated care in the country, regardless of the study region or worker category (Chi-square test $\chi^2 = 1.78$, $p = 1.8$).

Conclusion. The majority of respondents (91.2 %) are interested in developing integrated care in the country. Nearly 71 % of respondents believe that the healthcare and social protection systems are ready for transformation to develop integrated care, but note

that some areas related to regulatory frameworks for coordination and management of activities, financing, evaluation methodology, and digitalization require improvement.

Key words: integrated care, preparedness, healthcare and social protection system, non-governmental organisations, medical care, social services, long-term care, opinion, respondents.

HEALTHCARE. 2026; 9: 45–56

ASSESSMENT OF THE OPINIONS OF HEALTH CARE, SOCIAL SERVICES AND NON-GOVERNMENTAL SECTOR WORKERS REGARDING THE ORGANIZATION OF INTEGRATED CARE

I. Moroz, T. Svetlovich

В последние десятилетия многие исследователи отмечают, что меняющиеся потребности и социальная структура населения требуют применения нового подхода к предоставлению услуг в сфере здравоохранения и социальной защиты.

Широкое признание во всем мире получила концепция интегрированной помощи (ИП). Интегрированная помощь наиболее подходит для людей со сложными медицинскими проблемами или потребностями в долговременном уходе и направлена на укрепление здоровья и благополучия. В ее основе лежит стремление к повышению качества и безопасности медицинской помощи и социальных услуг посредством преодоления фрагментации помощи, постоянного и взаимовыгодного партнерства [1].

Международный фонд интегрированной помощи выделяет девять основополагающих принципов, определяющих условия, необходимые для поддержки внедрения ИП, структура которых была впервые опубликована в 2020 г. и обновлена в 2026 г. после 18-месячного процесса пересмотра и валидации [2].

1. Формирование и реализация общей цели ИП, которая основана на совместном взаимодействии организаций общественного сектора, органов здравоохранения, организаций первичной медико-санитарной помощи, больниц, социальных служб, поставщиков услуг долговременного ухода, а также лиц, принимающих решения, на региональном и национальном уровнях путем согласования услуг и персонала для обеспечения ориентированной на человека и сообщество, скоординированной, непрерывной, справедливой и отвечающей местным потребностям медицинской и социальной помощи.

2. Детерминанты здоровья. Интегрированная помощь предполагает, что все участники системы обязуются учитывать факторы, влияющие на здоровье, благополучие и доступ к всесторонней помощи, в том числе к качественному жилью, продовольственная безопасность, гарантированная занятость и др.

3. Партнерство. Люди, нуждающиеся в уходе, члены их семей и сообщества, в которых они жи-

вут, признаются поставщиками услуг и лицами, принимающими решения в системе, в качестве партнеров по ИП. Люди как партнеры участвуют в согласовании на местном уровне приоритетов ИП на основе их общей цели и желаемых результатов.

4. Командная работа. Работа в команде по ИП обеспечивает интеграцию, координацию и преемственность. Это означает, что люди, нуждающиеся в помощи, и профессионалы сотрудничают, формально и неформально, чтобы планировать и предоставлять услуги, которые наиболее важны для получателей услуг.

5. Координация. Координация и непрерывность помощи являются центральными элементами услуг ИП.

6. Управление и лидерство. На практике речь идет о том, как принимаются решения, кто участвует и как люди работают вместе для достижения общих целей. Управление означает, как структурируются решения: кто имеет право голоса, как устанавливаются приоритеты и как отслеживается прогресс. Лидерство в области ИП создает общее направление и мотивирует людей в командах, организациях и сообществах работать вместе.

7. Цифровые технологии и информация. Интегрированная помощь зависит от способности получать, делиться и действовать на основе правильной информации в нужное время. Цифровые инструменты являются одним из механизмов, который поддерживает этот процесс, но ИП также укрепляется с помощью низкотехнологичных или нетехнических подходов к эффективному обмену информацией (план ухода, справка о состоянии здоровья и т. д.).

8. Финансирование. Согласованные платежи и механизмы финансирования стимулируют сотрудничество между всеми поставщиками услуг по ИП и поощряют командную работу в различных секторах для поддержки координации ухода, сокращения фрагментации и повышения качества ухода.

9. Обучение. Система ИП рассматривается как обучающаяся, формирующаяся поставщиками услуг совместно с людьми, нуждающимися в помощи, и местными сообществами с учетом их

жизненного опыта и значимых для них ценностей. Она непрерывно адаптируется и совершенствуется на основе фактических данных, включая информацию и обратную связь, интегрированные в повседневную практику [2].

Согласно подходу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по предоставлению ИП пожилым людям (ICOPE) управление и предоставление услуг осуществляется таким образом, чтобы обеспечивать непрерывность оказания медицинской и социальной помощи, ориентированной на человека. Этот подход включает в себя укрепление здоровья, профилактику, диагностику, лечение, реабилитацию и паллиативную помощь, а также социальные услуги, в том числе долговременный уход. Предоставление услуг интегрировано по секторам, условиям и местам оказания на протяжении всей жизни. Подход ВОЗ ICOPE помогает переориентировать службы здравоохранения и социальной защиты на персонализированную и скоординированную помощь, что способствует оптимизации внутреннего потенциала и функциональных возможностей пожилых людей [3].

Общемировая тенденция к старению населения, увеличению продолжительности жизни отмечается и в Республике Беларусь. У пожилых людей в силу возраста и хронических заболеваний имеются ограничения в возможностях, и им необходима помощь как медицинская, так и социальная. В Республике Беларусь помимо Конституции действует ряд ключевых законодательных актов, которые формируют правовые основы для оказания медицинской помощи и социального обслуживания населения, а также устанавливают различные права и нормы в отношении пожилых людей. Кроме того, отдельные компоненты организации и порядка осуществления медико-социальной помощи, паллиативной медицинской помощи, социальных услуг, долговременного ухода включены в нормативные правовые акты по вопросам социального обслуживания и здравоохранения [4; 5].

В Республике Беларусь выполняются программы и стратегии в области социальной защиты и здравоохранения, среди которых Государственная программа «Здоровье нации» на 2026–2030 годы¹, Государственная программа «Общество равных возможностей» на 2026–2030 годы², Нацио-

нальная стратегия Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030»³, направленные на повышение доступности и качества социальной поддержки и оказания медицинской помощи с учетом дифференцированных потребностей людей старшего возраста.

Так, в соответствии с определенными в Национальной стратегии Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030» задачами должно быть обеспечено достижение следующих результатов:

- совершенствование государственной политики и законодательства, принимаемого в отношении пожилых граждан, обеспечение межсекторного и межведомственного подхода к решению проблем старения;
- усиление социальной сплоченности и укрепление межпоколенческих связей в целях формирования общества для всех возрастов;
- переосмысление роли пожилых граждан в обществе и популяризация образа благополучного старения, в том числе в средствах массовой информации;
- повышение материального благосостояния и социальной защищенности пожилых граждан;
- расширение возможностей для обучения и занятости граждан предпенсионного и пенсионного возраста, а также неформального образования пожилых граждан;
- укрепление здоровья, снижение уровня заболеваемости и инвалидности среди пожилых граждан, повышение эффективности оказания медицинской помощи, в том числе гериатрической, пожилым гражданам;
- повышение качества и доступности социальных услуг для пожилых граждан;
- создание адаптированной к потребностям пожилых граждан инфраструктуры и среды жизнедеятельности.

Вместе с тем следует отметить, что в настоящее время остаются нерешенными вопросы, которые касаются порядка межведомственного взаимодействия государственных органов и организаций, обеспечения ресурсами, определения нуждаемости и оказания услуг в рамках системы долговременного ухода и включение граждан в систему долговременного ухода, что и определило необходимость проведения исследования, цель которого

¹О Государственной программе «Здоровье нации» на 2026–2030 годы : постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 30 декабря 2025 г. № 798 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=C22500798> (дата обращения: 18.06.2026).

²О Государственной программе «Общество равных возможностей» на 2026–2030 годы : постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 24 декабря 2025 г. № 763 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22500763> (дата обращения: 18.06.2026).

³О Национальной стратегии Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030» : постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 3 декабря 2020 г. № 693 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22000693> (дата обращения: 28.07.2026).

заклучалась в оценке мнения респондентов об организации ИП нуждающимся гражданам [5; 6].

Материал и методы

При проведении исследования использовались социологический (анкетирование) и статистический методы. Методика проведения социологического исследования включала анкетирование работников организаций здравоохранения, социального обслуживания, РОО «Белорусское Общество Красного Креста» в двух районах Республики Беларусь – Островецком (Гродненская область) и Вилейском (Минская область) (далее – респонденты). В качестве инструментария социологического 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»), который применяется в европейских странах для оценки готовности системы здравоохранения и социальной защиты, негосударственных организаций к внедрению и реализации ИП.

При планировании исследования русскоязычная версия этого инструмента отсутствовала, в связи с чем перевод пунктов англоязычной версии SCIROCCO и его адаптация осуществлялись с учетом лингвистических и социальных контекстов. Адаптация анкеты включала прямой и обратный переводы, анализ формулировок на предмет соответствия содержанию, стилистике, терминологии, используемой в стране. На основании сопоставления двух обратных переводов и оригинала была создана и апробирована тест-версия анкеты. Для оценки ее надежности использовался коэффициент альфа Кронбаха, значение которого достигало 0,89, это свидетельствовало о том, что русскоязычная версия анкеты является надежным инструментом для изучения оказания ИП в стране. Оценка валидности была осуществлена с использованием метода «известных групп».

Версия анкеты SCIROCCO на русском языке включает 10 вопросов (из нее были исключены 2 вопроса оригинального опросника, которые касаются оценки критериев «Устранение препятствий» и «Инновационный менеджмент»). Это объясняется необходимостью упростить процесс заполнения анкеты респондентами в связи с неоднозначностью и сложностью формулировок данных пунктов, а также необходимостью сделать инструмент более адаптированным к конкретным условиям использования (таблица). Было получено положительное заключение эксперта на адаптированную анкету как инструмент, соответствующий требо-

ваниям проведения социологического исследования [5; 7].

В анкете используется термин «интегрированная помощь» с пояснением, что под ним понимается организация долговременной медицинской помощи и социальных услуг, включающих индивидуальный уход и основанных на комплексном подходе их оказания нуждающимся гражданам, и координация деятельности организаций системы здравоохранения, учреждений социального обслуживания, негосударственных и иных организаций с целью повышения эффективности предоставления услуг и качества жизни их получателей [5].

Респондентам предлагалось по 6-балльной шкале оценить критерии, характеризующие их мнение о готовности системы здравоохранения и социальной защиты к реализации интегрированного подхода при оказании медицинской помощи и социальных услуг нуждающимся гражданам. Оценка готовности по критериям измерялась от 0 баллов (соответствует «не выполнено», «отсутствует/недоступно») до 5 баллов (соответствует «полностью выполнено», «полностью присутствует/доступно»).

Данное исследование проведено при поддержке Швейцарского Красного Креста в рамках проекта «Консолидация опыта и развитие программы Белорусского Общества Красного Креста по здоровому и активному старению и оказанию медико-социальной помощи на дому (фаза 2)». Конфликт интересов отсутствует.

Было проанкетировано 437 респондентов. Из анализа было исключено 26 (5,9 %) анкет в связи с ответами респондентов на вопросы анкеты 10–19 «нет информации, опыта, компетенций», «не знаю». Объем исследования составил 411 единиц наблюдений, что соответствует исследованию повышенной точности (при уровне значимости $p = 0,05$) по методике К. А. Отдельновой [8]. 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 Белорусского Красного Креста «Дапамога». Большинство респондентов имеют значительный опыт и квалификацию, их мнение позволяет оценить готовность системы здравоохранения и социальной защиты к реализации интегрированного подхода при оказании медицинской помощи и социальных услуг нуждающимся гражданам. Средний стаж работы анкетлируемых составил 17,7 (95 % ДИ (16,5–18,9)) года. Почти 73 % респондентов имеют квалификационную категорию: вторую – 26,2 %; первую – 30,4 %; высшую – 16,1 %.

Характеристика англоязычной и русскоязычной (адаптированной) версии опросника **Scaling Integrated Care in Context**

Characteristics of the English and Russian (adapted) versions of the **Scaling Integrated Care in Context** questionnaire

Англоязычная версия		Русскоязычная (адаптированная) версия
Критерии оценки	Цель	Вопросы к критериям оценки
1	2	3
1. Readiness to change/ Готовность к преобразованиям	Обеспечение более интегрированного набора услуг за счет создания новых ролей, процессов и методов работы, а также новых систем для поддержки обмена информацией и сотрудничества между различными командами по уходу	Готовность к преобразованиям/изменениям: «Оцените готовность к изменениям существующей системы здравоохранения и социальной защиты для развития интегрированной помощи»
2. Structure and governance/ Структура и управление	Многолетние программы с эффективным регулированием процесса изменений, финансированием и коммуникациями, а также с возможностью влиять на новые методы работы, необходимые для обеспечения интегрированного ухода на региональном или национальном уровне	Готовность структуры и управления: «Оцените готовность структуры и управления в существующей системе здравоохранения и социальной защиты для развития интегрированной помощи»
3. eHealth services/ Электронные услуги в сфере здравоохранения	Опираясь на существующие электронные сервисы здравоохранения, объединяя их новыми способами для поддержки интеграции и дополняя их новыми возможностями (повышенная безопасность и мобильность), можно обеспечить непрерывное сотрудничество, измерение и управление результатами, а граждане будут принимать более активное участие в оказании медицинской помощи	Готовность цифровой инфраструктуры: «Оцените готовность цифровой инфраструктуры существующей системы здравоохранения и социальной защиты для развития интегрированной помощи»
4. Standardisation and Simplification/ Стандартизация и оптимизация	Упрощение количества используемых систем и форматов хранения данных за счет консолидации центров обработки данных, стандартизации меньшего количества систем и согласования технических стандартов, которые будут использоваться в регионе или стране	Взаимодействие и координация: «Оцените координацию процессов по оказанию интегрированной помощи в рамках существующей системы здравоохранения и социальной защиты»
5. Funding/Финансирование	Для изменения систем ухода с тем, чтобы они могли предложить более эффективную интеграцию, необходимы первоначальные инвестиции и финансирование. Для обеспечения финансирования первоначальных и текущих затрат необходимо использовать весь спектр механизмов, начиная от региональных/национальных бюджетов и заканчивая «стимулирующими» фондами, государственно-частными партнерствами и механизмами разделения рисков	Финансирование: «Оцените систему финансирования интегрированной помощи»
6. Removal of inhibitors/ Устранение препятствий	Финансируемые программы и хорошая инфраструктура электронного здравоохранения могут столкнуться с препятствиями (юридические проблемы управления данными, сопротивление изменениям со стороны отдельных лиц или профессиональных организаций, культурные барьеры на пути использования технологий, неблагоприятные финансовые факторы и отсутствие навыков), которые необходимо выявить на ранней стадии, чтобы разработать план по их устранению и минимизировать их влияние	—

Продолжение таблицы

1	2	3
7. Population approach/ Подход, ориентированный на население	Интегрированная помощь может быть построена в интересах граждан, которые не обеспечиваются существующими системами ухода, чтобы помочь им лучше управлять своим здоровьем и потребностями в уходе, а также избежать вызовов скорой помощи и госпитализации и сократить время пребывания в стационаре. Таким образом, граждане смогут дольше сохранять свое здоровье и меньше зависеть от услуг по уходу по мере старения	Оценка риска здоровья и прогнозирование спроса: «Оцените потенциал существующей системы здравоохранения и социальной защиты по оценке рисков здоровья и прогнозированию спроса граждан в удовлетворении потребностей в интегрированной помощи»
8. Citizen empowerment/ Расширение прав и возможностей граждан	Простые в использовании услуги, такие как запись на прием к врачу, самоконтроль за состоянием здоровья и альтернативы визитам к врачу, должны быть доступны гражданам, поскольку, как показывают данные, они готовы принимать более активное участие в собственном уходе. Это означает предоставление таких услуг и тарифов, которые обеспечивают удобство, предоставляют возможность выбора, стимулируют самообслуживание и участие в управлении здоровьем, учитывая необходимость устранения риска медицинского и социального неравенства	Формирование мотивации граждан участвовать в процессе принятия решений, касающихся их здоровья: «Оцените готовность существующей системы здравоохранения и социальной защиты к формированию мотивации граждан участвовать в процессе принятия решений, касающихся их здоровья и предоставления услуг интегрированной помощи»
9. Evaluation methods/ Методы оценки	Требуется инвестирование, основанное на фактических данных, что означает оценку влияния каждого изменения. Важным методом здесь является оценка медицинских технологий, которая может быть использована для обоснования затрат на расширение масштабов интегрированного ухода до регионального или национального уровня	Методы оценки качества и эффективности: «Используются ли методы оценки качества и эффективности развития интегрированной помощи»
10. Breadth of ambition/ Масштабы	Интегрированная помощь включает в себя множество уровней интеграции, таких как интеграция между первичным и вторичным уходом, между всеми заинтересованными сторонами, участвующими в процессе ухода, или между многими организациями. Долгосрочной целью должны стать полностью интегрированные услуги по уходу, обеспечивающие полный набор беспрепятственных взаимодействий с гражданами, что приведет к улучшению качества ухода и повышению результативности	Уровень координации/взаимодействия: «Оцените уровень координации (по вертикали и горизонтали) предоставляемой интегрированной помощи» (ИП включает в себя множество уровней взаимодействия, например взаимодействие только в рамках системы здравоохранения или системы социальной защиты (то есть вертикальная интеграция) или взаимодействие может включать медицинских работников системы здравоохранения, социальных работников системы социальной защиты, а также работников других организаций, участвующих в оказании помощи нуждающимся гражданам, в том числе негосударственных организаций, волонтерский сектор и неформальный уход (то есть горизонтальная интеграция). Целью координации является интеграция услуг долговременной медицинской помощи и социальных услуг, которая обеспечит беспрепятственное взаимодействие в интересах граждан, что приведет к улучшению качества ухода

1	2	3
11. Innovation management/ Инновационный менеджмент	Необходимо управлять инновационным процессом, чтобы добиться наилучших результатов для системы оказания услуг по уходу и обеспечить поощрение и вознаграждение хороших идей. Инновации врачей, медсестер и социальных работников необходимо признавать и расширять, чтобы они приносили пользу всей системе, а также учитывать мнение университетов и частных компаний, которые все чаще готовы участвовать в открытых инновациях для разработки новых технологий, тестирования усовершенствований процессов и предоставления новых услуг, отвечающих потребностям граждан. Кроме того, есть смысл обратиться к другим регионам и странам, которые решают те же задачи, чтобы перенять их опыт	–
12. Capacity building/ Наращивание потенциала	Наращивание потенциала – это процесс, в ходе которого люди и организации получают, совершенствуют и сохраняют навыки и знания, необходимые для компетентного выполнения своей работы. Необходимо создавать новые роли, развивать новые навыки, а системы оказания медицинской помощи должны стать «обучающимися» системами, постоянно стремящимися к повышению качества, стоимости и доступности, чтобы они стали более адаптируемыми и устойчивыми. Необходимо обеспечить накопление знаний и их использование для совершенствования следующего комплекса проектов, что приведет к повышению производительности и росту успешности	Укрепление потенциала системы здравоохранения и социальной защиты, иных организаций: «Считаете ли вы, что развитие интегрированной помощи может способствовать укреплению системы здравоохранения и социальной защиты, 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»

Наибольший удельный вес респондентов с квалификационной категорией отмечен среди работников здравоохранения (78,5 %), наименьший – среди работников социальной службы (51,3 %) (критерий хи-квадрат $\chi^2 = 42,6$, $p = 0,00001$).

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием непараметрических методов исследования, в том числе методов описательной статистики, оценки статистически значимых различий (критерий хи-квадрат χ^2 , p). Описание средних значений осуществлялось с использованием медианы (Me [Q25; Q75]). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.

Результаты и обсуждение

Мнение респондентов о готовности системы здравоохранения и социальной защиты к преобразованиям по развитию ИП было неоднозначным. Почти 71 % респондентов считают, что системы здравоохранения и социальной защиты готовы к преобразованиям по развитию ИП, 27,5 % – нет, около 2 % – не смогли ответить. Поч-

ти 30 % работников организаций здравоохранения, 19,2 % работников учреждений социального обслуживания, 3 (37,5 %) из 8 работников медико-социальной службы Белорусского Красного Креста пилотных районов отмечают неготовность системы здравоохранения и социальной защиты к преобразованиям по развитию ИП. Вместе с тем большинство респондентов единодушны во мнении о необходимости развития ИП в стране независимо от района исследования и категории работников ($\chi^2 = 1,78$, $p = 1,8$). Удельный вес респондентов, осознающих необходимость развития ИП, составил 91,2 %, в том числе почти 92,0 % работников здравоохранения, 89,7 % работников социальной защиты и абсолютное большинство (8 (100 %)) работников медико-социальной службы Белорусского Красного Креста заинтересованы в необходимости развития ИП в стране.

Результаты исследования показали, что средний уровень оценки готовности системы здравоохранения и социальной защиты к реализации интегрированного подхода при оказании медико-социальной и паллиативной помощи нуж-

дающимся гражданам был достаточно низким – 2 [1; 3] балла. Среди респондентов наиболее высокая оценка отмечена для критериев «потенциал существующей системы здравоохранения и социальной защиты по оценке рисков здоровья и прогнозированию спроса граждан в удовлетворении потребностей в ИП» (3 [1; 4] балла), «координация (по вертикали и горизонтали) предоставляемой ИП» (3 [1; 4] балла), наиболее низкая оценка – для критериев «система финансирования ИП» (0 [0; 4] баллов), «готовность структуры и управления в существующей системе здравоохранения и социальной защиты для развития ИП» (1 [1; 3] балл), «готовность цифровой инфраструктуры к ИП» (2 [1; 3] балла).

Оценка респондентами критерия «готовность к изменениям существующей системы здравоохранения и социальной защиты для развития ИП» (2 [0; 3] балла) свидетельствовала о том, что проводится работа по достижению согласия среди заинтересованных структур, разрабатывается стратегия развития ИП. Невысокий уровень оценки данного критерия обусловлен тем, что 10 % респондентов считают, что нет осознания потребности в изменениях, 28,2 % – есть осознание острой потребности в изменениях, но отсутствует видение или стратегия развития ИП, 28,7 % – проводится работа по достижению согласия среди заинтересованных структур, разрабатывается стратегия развития ИП. Лишь 8,5 % респондентов уверены в том, что стратегия развития ИП разработана и утверждена, определены ответственные исполнители ее реализации; 14,4 % респондентов полагают, что общественность информирована о стратегии развития ИП, ей понятны направления развития ИП, есть понимание и стремление к изменениям; 10,2 % респондентов считают, что достигнуто согласие заинтересованных структур по развитию ИП, обеспечена общественная поддержка, организовано активное взаимодействие заинтересованных структур.

Оценка респондентами критерия «готовность структуры и управления в существующей системе здравоохранения и социальной защиты для развития ИП» была одной из наиболее низких по сравнению с другими критериями (1 [1; 3] балл) и соответствовала мнению опрошенных о том, что есть понимание необходимости преобразования системы управления и структур для оказания ИП. Невысокий уровень оценки был обусловлен тем, что более половины (55,5 %) респондентов оценили данный критерий от 0 до 1 балла, эти значения свидетельствовали о существовании разрозненной структуры и управления на местах (13,4 %) и о наличии понимания необходимости преоб-

разования системы управления и структур для оказания ИП (42,1 %). Около 15 % респондентов полагали, что определены организации и алгоритм взаимодействия для оказания ИП; 11,7 % – установлены органы управления и организации, координирующие оказание ИП на региональном и национальном уровнях; 9,5 % – утверждена комплексная программа с финансированием, определены полномочия органов управления и структур по оказанию ИП; 8,5 % респондентов уверены в том, что план мероприятий по развитию ИП разработан и принят заинтересованными сторонами.

Оценка респондентами критерия «готовность цифровой структуры существующей системы здравоохранения и социальной защиты для развития ИП» (1 [1; 3] балла) свидетельствовала о том, что существует понимание необходимости использования цифровых технологий, но нет стратегии и/или плана по развитию единой цифровой инфраструктуры для поддержки ИП. Низкий уровень оценки был обусловлен тем, что более половины (53,8 %) респондентов, оценив данный критерий от 0 до 1 балла, убеждены в необходимости принятия управленческих решений, касающихся создания и совершенствования цифровой инфраструктуры для развития ИП. Каждый десятый (11,7 %) респондент убежден в том, что цифровая инфраструктура для поддержки ИП отсутствует; 42,1 % респондентов считают, что существует понимание необходимости использования цифровых технологий, но нет стратегии и/или плана по развитию единой цифровой инфраструктуры для поддержки ИП. Около 13 % респондентов уверены в том, что определен(ы) план(ы) по внедрению цифровой инфраструктуры на региональном/национальном уровне, включая набор согласованных технических стандартов в системе здравоохранения и социальной защиты, но они еще не реализованы; 10 % респондентов считают, 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; 11,4 % респондентов полагают, что цифровая инфраструктура для поддержки ИП развернута в широких масштабах, но не используется всеми заинтересованными сторонами; 11,4 % респондентов убеждены в существовании универсальной широкомасштабной цифровой инфраструктуры на региональном/национальном уровне, используемой всеми заинтересованными сторонами, информационные системы полностью совместимы.

Медиана оценки критерия «координация процессов по оказанию ИП в рамках существующей системы здравоохранения и социальной защиты» составила 2 [1; 4] балла и соответствовала мнению опрошенных о том, что осуществляются некоторые стандартизированные процессы координации при оказании ИП, используются инструкции, некоторые инициативы и процессы координации официально описаны, но систематический подход не планируется. Вместе с тем оценка данного критерия респондентами неоднозначна. Большинство (32,4 %) респондентов считают, что заинтересованные стороны разрабатывают некоторые инструкции и признают необходимость стандартизации процессов координации при оказании ИП, но официальных планов по ее разработке нет; 15,3 % респондентов полагают, что нет никаких формальных инструкций, описаний, соглашений или стандартов по внедрению инновационных процессов координации при оказании ИП ни в наличии, ни на стадии разработки; 15,8 % респондентов ответили, что осуществляются некоторые стандартизированные процессы координации при оказании ИП, используются инструкции, некоторые инициативы и процессы координации официально описаны, но систематический подход не планируется; 8,8 % респондентов считают, что услуги, пути и процессы координации при оказании ИП официально описаны заинтересованными сторонами в стандартизированном виде, запланирована разработка стандартов, но они не внедрены; 15,6 % респондентов полагают, что большинство процессов координации при оказании ИП систематизированы, стандартизированы и внедрены во всей стране/регионе; 12,2 % респондентов ответили, что систематический подход к стандартизации процессов координации при оказании ИП внедрен во всей стране/регионе, процессы координации при ИП распространяются, поддерживаются и пересматриваются в соответствии со стандартами.

Средний уровень оценки критерия «финансирование ИП в рамках существующей системы здравоохранения и социальной защиты» был наиболее низкий среди анализируемых (0 [0; 4] баллов), это соответствовало мнению опрошенных о том, что нет дополнительного финансирования для поддержки перехода к ИП. Вместе с тем следует отметить, что оценка респондентов, характеризующая процесс финансирования ИП, была различна. Каждый третий (27,5 %) респондент считает, что нет дополнительного финансирования для поддержки перехода к ИП; 23,8 % респондентов уверены в том, что финансирование доступно, но в основном для пилотных проектов и апробации; 9 % – консолидированное финансирование доступно

через конкурсы/гранты для отдельных поставщиков услуг и внедрения на региональном уровне; 14,4 % – имеется финансирование из республиканского/местных бюджетов, или международное финансирование, или в рамках государственно-частного партнерства для расширения масштабов деятельности; 20 % – доступно финансирование из республиканского/местных бюджетов и/или схемы возмещения расходов организациям, оказывающим интегрированную помощь; 5,4 % – обеспечен многолетний бюджет и/или схемы возмещения, доступные для всех заинтересованных сторон, для обеспечения дальнейшего развития услуг ИП.

Оценка респондентами критерия «потенциал существующей системы здравоохранения и социальной защиты по оценке рисков здоровья и прогнозированию спроса граждан в удовлетворении потребностей в ИП» была выше (3 [1; 4] балла), чем оценка других критериев. Уровень оценки данного критерия свидетельствовал о том, 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). Однако мнение респондентов при оценке данного критерия было неоднозначным. Каждый десятый (10,5 %) респондент считает, что определение рисков здоровья при оказании ИП не проводится; каждый пятый (18,0 %) полагает, что определение рисков здоровья при оказании ИП в масштабах всего населения рассматривается, но не начато; 12,2 % респондентов думают, что определение рисков здоровья при оказании ИП используется в некоторых проектах на экспериментальной основе; 24,1 % респондентов уверены, что определение рисков здоровья при оказании ИП используется для вышеуказанных конкретных групп; 15,3 % респондентов убеждены, что определение рисков здоровья при оказании ИП используется, но не систематически и не для всего населения; 20 % респондентов уверены в том, что определение рисков здоровья при оказании ИП используется систематически и для всего населения.

Средняя оценка критерия «готовность существующей системы здравоохранения и социальной защиты к формированию мотивации граждан участвовать в процессе принятия, решений, касающихся их здоровья и предоставления услуг ИП» (2 [1; 3] балла) свидетельствует о том, что разработаны меры по расширению прав и возможностей граждан, но граждане не имеют доступа к медицинской информации и данным о состоянии

здоровья. Средний уровень оценки критерия сложился под влиянием различных мнений респондентов о формировании мотивации граждан участвовать в процессе принятия решений, касающихся их здоровья и предоставления услуг ИП. Каждый десятый (10,5 %) респондент считает, что участие граждан не рассматривается как элемент оказания ИП; 36,3 % респондентов полагают, что участие граждан признано важным элементом оказания ИП, но меры по расширению прав и возможностей граждан находятся в стадии разработки; 8,0 % респондентов предполагают, что разработаны меры по расширению прав и возможностей граждан, но граждане не имеют доступа к медицинской информации и данным о состоянии здоровья; 25,3 % респондентов уверены, что проводятся консультации с гражданами по вопросам оказания ИП и граждане имеют доступ к медицинской информации и данным о состоянии здоровья; 10,5 % респондентов допускают, что существуют стимулы и инструменты для мотивации и поддержки участия граждан в процессе принятия решений, касающихся их здоровья; 9,5 % респондентов убеждены, что граждане полностью вовлечены в процесс принятия решений, касающихся их здоровья и предоставления услуг ИП.

Медиана оценки респондентами использования методов оценки качества и эффективности развития ИП составила 2 [1; 3] балла, это значение соответствовало мнению опрошенных о том, что оценка качества оказания ИП осуществляется, но проводится не систематически. Анализируя варианты ответов, следует отметить, что почти каждый пятый (19,7 %) респондент считает, что оценка качества оказания ИП не проводится или находится в стадии разработки; 16,1 % респондентов полагают, что оценка качества оказания ИП запланирована; 19,5 % – думают, что оценка качества оказания ИП осуществляется, но проводится не систематически; 23,6 % – убеждены, что осуществляется систематическая оценка качества оказания некоторых услуг ИП; 7,8 % – предполагают, что проводится систематическая оценка качества оказания большинства услуг ИП; 13,4 % респондентов допускают, что осуществляется систематическая оценка качества оказания всех услуг ИП, обеспечена оперативность реагирования на результаты оценки.

При оценке данного критерия респондентами было предложено рассмотреть вопрос об информировании заинтересованных сторон о методах оценки качества и эффективности развития ИП, совершенствовании методологии оценки качества и эффективности развития ИП, разработке нормативных правовых актов, регламентирующих

использование методов оценки качества и эффективности развития ИП работниками системы здравоохранения и социальной защиты, негосударственными структурами и иными организациями.

Средний уровень оценки критерия «координация (по вертикали и горизонтали) предоставляемой ИП» (3 [1; 4] балла) обусловлен тем, что 22,1 % респондентов считают, 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; 18 % респондентов уверены в том, что улучшена координация по обеспечению потребностей в услугах системы здравоохранения и социальной защиты; 14,4 % – убеждены в том, что созданы и функционируют полностью интегрированные службы здравоохранения и социальной защиты по предоставлению услуг ИП, а именно обеспечено взаимодействие как по вертикали, так и по горизонтали (между системой здравоохранения и социальной защиты и другими службами ухода, включая негосударственные и иные организации, неформальный сектор (волонтеры, семья); обеспечен беспрепятственный переход для пациента между службами ухода и внутри них).

Средний уровень оценки респондентами критерия «способность ИП укреплять систему здравоохранения и социальной помощи, иных организаций, в том числе способствовать повышению профессионального уровня работников, внедрению новых технологий, новых профессий, совершенствованию качества оказания медицинской помощи и социальных услуг нуждающимся гражданам» (2 [1; 4] балла) соответствовал мнению опрошенных о том, что расширяется сотрудничество по укреплению потенциала для развития ИП в регионе. Анализ вариантов ответов показал, что 9 % респондентов не рассматривают развитие ИП как потенциал укрепления системы здравоохранения и социальной помощи, иных организаций; 23,4 % – считают, что существуют некоторые подходы к укреплению потенциала для развития ИП на местах; 21,4 % – уверены в том, что расширяется сотрудничество по укреплению потенциала для развития ИП в регионе; 18,5 % – полагают, что обучение по вопросам оказания ИП существует, но не внедряется повсеместно; 17,0 % – уверены в том, что широко внедряется систематическое обучение по вопросам оказания ИП, происходят обмен знаниями, внедрение новых навыков, снижается текучесть персонала; 10,7 % – убеждены в том, что создана система ИП, ориентированная

на человека, основанная на постоянной оценке и совершенствовании оказания услуг нуждающимся гражданам.

Проведенное исследование позволило комплексно оценить текущее состояние, барьеры и перспективы внедрения моделей интегрированной медицинской помощи в Республике Беларусь. Полученные результаты свидетельствуют о том, что интеграция медицинских и социальных услуг находится на этапе перехода от фрагментированных пилотных проектов к формированию системных механизмов межведомственного взаимодействия.

В отличие от опыта ряда стран Европейского союза, где интеграция поддерживается единым бюджетом здравоохранения и социальной сферы, в условиях белорусской модели сохраняется строгое разделение финансирования между Министерством здравоохранения и Министерством труда и социальной защиты, отмечается недостаток взаимодействия и координации при оказании помощи людям старшего возраста с множественными хроническими заболеваниями, что не позволяет обеспечить эффективность медицинской помощи и социальных услуг данной категории граждан.

Вместе с тем сильной стороной белорусской системы здравоохранения является сохранение жесткой вертикали управления и развитой сети государственных организаций здравоохранения. Это позволяет внедрять новые модели и стандарты директивным путем быстрее, чем в странах с децентрализованными или преимущественно частными системами медицинского страхования, и могло бы способствовать развитию интегрированной помощи.

Авторы признают наличие ряда ограничений в представленном исследовании. Сбор данных ограничивался пилотными регионами (Островецкий район Гродненской области и Вилейский район Минской области), что не позволяет в полной мере экстраполировать результаты на всю страну, особенно на крупные городские агломерации и отдаленные сельские районы с разной плотностью населения. Отдельные респонденты, участвовавшие в опросе, могли не обладать исчерпывающими знаниями по всем критериям оценки интегрированной помощи.

В качестве перспективных направлений для дальнейших исследований можно выделить проведение сравнительного анализа эффективности интегрированной помощи по сравнению с традиционным (фрагментированным) подходом. Также научно-практический интерес представляет изучение готовности самих пациентов и их родственников (неформальный уход) к активному вовлечению в программы ИП.

Выводы

1. Большинство работников здравоохранения, социального обслуживания и негосударственных организаций, оказывающих медико-социальную помощь, принявших участие в опросе (91,2 %), заинтересованы в развитии ИП в стране.

2. Около 71 % респондентов считают, что системы здравоохранения и социальной защиты готовы к преобразованиям по развитию ИП.

3. Оценка респондентами критериев, характеризующих готовность системы здравоохранения и социальной защиты к реализации интегрированного подхода при оказании медико-социальной и паллиативной помощи, социальных услуг нуждающимся гражданам, была невысокой – 2,0 [1; 3] балла.

4. Полученные результаты указывают на необходимость принятия мер для успешной реализации модели интегрированной помощи, включая следующие компоненты:

- совершенствование нормативно-правового регулирования координации деятельности и управления ею – разработка совместных межведомственных нормативных правовых актов Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, регламентирующих организацию и финансирование интегрированной помощи;

- цифровизация ИП – внедрение и развитие централизованной информационной системы здравоохранения, предусматривающей доступ работников государственных и негосударственных организаций, участвующих в оказании ИП;

- повышение профессионального уровня работников здравоохранения, социального обслуживания и негосударственных организаций по вопросам интегрированной помощи (кейс-менеджмент, методологии оценки и др.).

Литература

1. Goodwin, N. *Understanding Integrated Care* / N. Goodwin // *International Journal of Integrated Care*. – 2016. – Vol. 16, № 4. – doi: 10.5334/ijic.2530.

2. Lennox-Chhugani, N. *IFIC's nine pillars of integrated care: revision and validation 2024–2025* / N. Lennox-Chhugani. – International Foundation for Integrated Care, 2026. – 52 p. – URL: <https://integratedcarefoundation.org/wp-content/uploads/2026/04/IFIC-Nine-Pillars-of-Integrated-Care-Report-on-Revision-and-Validation-2024-2025.pdf> (date of access: 21.07.2026).

3. *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, second edition, 2024* / World Health Organization. – URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7516b015-e205-43d1-883f-01f2c31af261/content> (date of access: 31.07.2026).

4. Некоторые аспекты медико-социальной помощи в Республике Беларусь / М. М. Сачек, И. В. Малахова, Т. В. Дудина, М. Г. Василевская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2020. – № 4. – С. 4–15.

5. 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.

6. Мычко, О. В. Прогресс и трудности развития паллиативной помощи в Республике Беларусь / О. В. Мычко, Т. Г. Светлович // Pallium. Паллиативная и хосписная помощь. – 2021. – № 3. – С. 44–47.

7. Healthcare system maturity for integrated care : results of a Swiss nationwide survey using the SCIROCCO tool / I. Peytremann-Bridevaux, S. Schussele Fillietaz, P. Berchtold [et al.] // BMJ Open. – 2021. – № 11. – doi: 10.1136/bmjopen-2020-041956.

8. Определение объема выборки / В. В. Лихванцев, М. Я. Ядгаров, Л. Б. Берикашвили [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 2020. – № 6. – С. 77–87.

References

1. Goodwin N. Understanding Integrated Care. *Int J Integr Care*. 2026; 16(4): 6. doi: 10.5334/ijic.2530.

2. Lennox-Chhugani N. IFIC's nine pillars of integrated care: revision and validation 2024–2025. *International Foundation for Integrated Care*; 2026. Available at: <https://integratedcarefoundation.org/wp-content/uploads/2026/04/IFIC-Nine-Pillars-of-Integrated-Care-Report-on-Revision-and-Validation-2024-2025.pdf> (accessed: 21.07.2026).

3. WHO. *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, second edition*; 2024. Available at: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7516b015-e205-43d1-883f-01f2c31af261/content> (accessed: 31.07.2026).

4. Sachek M.M., Malahova I.V., Dudina T.V., Vasilevskaya M.G. Some aspects medical and social assistance providing in healthcare system of the Republic of Belarus. *Voprosy organizacii i informatizacii zdavoohraneniya*. 2020; 4: 4–15. (in Russian)

5. Moroz I.N., Svetlovich T.G. Problems of integrated care organisation to the population in Belarus. *Permskij medicinskij zhurnal*. 2025; 42(5): 133–142. (in Russian)

6. Mychko O.V., Svetlovich T.G. Progress and obstacles for PC in the Republic of Belarus. *Pallium. Palliativnaya i hospisnaya pomoshch'*. 2021; 3: 44–47. (in Russian)

7. Peytremann-Bridevaux I., Schussele Fillietaz S., Berchtold P., et al. Healthcare system maturity for integrated care: results of a Swiss nationwide survey using the SCIROCCO tool. *BMJ Open*. 2021; 11. doi:10.1136/bmjopen-2020-041956.

8. Lihvancev V.V., Yadgarov M.Ya., Berikashvili L.B., et al. Sample size determination. *Anesteziologiya i reanimatologiya*. 2020; 6: 77–87. (in Russian)

Контактная информация:

Мороз Ирина Николаевна – д. м. н., профессор, зав. кафедрой
общественного здоровья и здравоохранения

Белорусский государственный медицинский университет

Пр. Дзержинского, 83, 220083, г. Минск

Сл. тел. +375 17 379-89-65

ORCID: 0000-0002-7430-3237

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования: И. Н. М.

Сбор информации и обработка материала: И. Н. М., Т. Г. С.

Написание текста: И. Н. М., Т. Г. С.

Редактирование: И. Н. М., Т. Г. С.

Светлович Татьяна Георгиевна. ORCID: 0009-0006-5414-0190

Конфликт интересов отсутствует

Поступила 04.08.2026

Принята к печати 08.09.2026