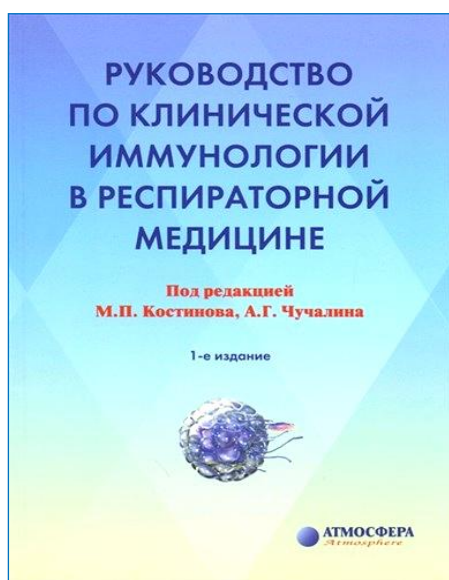




Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

*Ежемесячный дайджест
материалов из периодических изданий,
поступивших в областную научную
медицинскую библиотеку МИАЦ*

№1 (январь), 2019



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	29

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Мурашко, М. Росздравнадзор назвал новые задачи организаторов здравоохранения / М. Мурашко, И. Иванов // Здравоохранение. – 2019. – № 1. – С. 46-56.

Какие задачи стоят перед организаторами здравоохранения в 2019 году.

В последние десятилетия отмечается снижение преждевременной смертности и рост продолжительности жизни населения. Это задало высокий темп развития отрасли, однако важнейший импульс был дан майским указом Президента 2018 года, который обозначил четкие стратегические задачи в области здравоохранения. Об этом факте говорит то, что три из девяти национальных целей развития Российской Федерации до 2024 года касаются непосредственно системы здравоохранения.

Такое внимание к отрасли следует рассматривать как благоприятный фактор, потому как вклад в человеческий капитал и пациент-ориентированность здравоохранения – эффективное вложение в развитие общества. Оно оказывает синергетический эффект на экономическое развитие государства в целом.

По большому счету, перед организаторами здравоохранения сейчас, как и во все времена, стоят две основные цели: снижение преждевременной смертности населения и одновременное увеличение средней продолжительности жизни.

Средством достижения задач, поставленных в Указе Президента Российской Федерации, стала реализация национального проекта «Здравоохранение». Основными результатами реализации Проекта должно стать снижение смертности:

- населения трудоспособного возраста с 473,4 в 2017 году до 350 случаев на 100 тыс. населения в 2024 году (на 26 процентов);
- от болезней системы кровообращения с 587,6 в 2017 году до 450 случаев на 100 тыс. населения в 2024 году (на 23,4 процента);
- от новообразований, в том числе злокачественных, с 200,6 случаев в 2017 году до 185 случаев на 100 тыс. населения в 2024 году (на 7,8 процента);
- младенческой – с 5,6 в 2017 году до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей в 2024 году (на 19,6 процента).

Наиболее короткий путь к достижению целей – сосредоточить внимание на резервах снижения смертности на каждом этапе жизненного цикла человека.

Снижение материнской и детской смертности.

Основной вклад в потенциальную продолжительность жизни формируется на этапах планирования семьи, беременности и родов. Создание условий для увеличения рождаемости, охрана материнства и детства, укрепление института семьи – приоритетные социальные задачи.

В руках организаторов здравоохранения уже есть мощные инструменты снижения смертности. С 2011 года действует программа родовых сертификатов, которые позволяют дополнительно финансировать труд врачей и оснащение медорганизаций, обеспечивая тем самым ресурсы для оказания максимально качественной медпомощи. Задача организатора – правильно воспользоваться этим инструментом.

Наибольшим потенциалом снижения смертности обладает порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (утв. приказом Минздрав; от 01.11.2012 № 572н). Он создал логичную уровневую систему оказания помощи беременным. В большинстве регионов уже реализована государственная программа развития (строительства) перинатальных центров, которые стоят во главе системы помощи беременным. Однако в ряде регионов даже при функционировании перинатальных центров система оказания помощи имеет пробелы и недостаточно эффективна при наличии всех необходимых ресурсов.

Задачи организаторов здравоохранения – проводить мониторинг показателей младенческой и материнской смертности, анализировать потери на этапах маршрутизации беременных, своевременно принимать организационные решения и выстраивать качественную систему по единым принципам в вверенных им регионах.

Существенный вклад в структуру детской смертности и инвалидизации вносят наследственные и врожденные заболевания. Но у нас есть инструменты для своевременного

выявления таких состояний. Уже более 30 лет проводится обследование детей на врожденный гипотиреоз и фенилкетонурию. С 2006 года неонатальный скрининг расширен обследованием новорожденных на адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию. С 2012 года введен пренатальный скрининг. К сожалению, имея на руках такие эффективные методы, организаторы здравоохранения допускают нарушения на этапах организации скрининга, технологий проведения и его доступности, а также вопиющие случаи проведения скрининга на платной основе. Это недопустимо!

Чтобы ответить на вызовы, стоящие перед отраслью, всем организаторам здравоохранения, причастным к организации скрининга, необходимо в кратчайшие сроки устранить все несоответствия. За каждым днем промедления стоят смерти и случаи инвалидизации детей.

Снижение смертности населения трудоспособного возраста.

Здоровью лиц трудоспособного возраста уделено огромное внимание, как в национальном проекте «Здравоохранение», так и в приоритетном проекте «Формирование здорового образа жизни». Главные наши задачи в данном направлении – повысить доступность медпомощи, приблизить к населению первичную медико-социальную помощь, а также создать пациент-ориентированную систему здравоохранения.

К сожалению, есть мнение, что медицина лишь на 15 процентов влияет на продолжительность жизни человека. Однако такая позиция не выдерживает никакой критики в современных условиях. Мы видим, что, проводя информационную работу, делая медицину комфортной и доступной, мы можем модифицировать суммарно до 55 процентов факторов риска смерти.

Задачи организаторов – обеспечить работу центров здоровья и кабинетов профилактики в субъекте РФ, контролировать их деятельность. Проводить мониторинг приверженности ЗОЖ и распространенности вредных привычек. Организовать и подготовить социальную рекламу, проводить информационную работу в СМИ. Обеспечивать межведомственное взаимодействие в целях проведения мероприятий по популяризации ЗОЖ.

Если мы обратимся к причинам смертности в трудоспособном возрасте, то увидим, что на первые места начинают выходить ИБС, инсульты и другие заболевания, которые мы привыкли ассоциировать со старшим возрастом. Инструмент сохранения человеческого капитала этой возрастной группы – диспансеризация. Государство вкладывает в этот инструмент значительные материальные и человеческие ресурсы и требует от организаторов здравоохранения правильно его применять.

Практика Росздравнадзора показывает, что, к сожалению, не все организаторы здравоохранения отвечают на этот вызов государства. Среди типичных нарушений: отсутствие контроля ответственных лиц органа исполнительной власти за проведением диспансеризации, невыполнение плана диспансеризации, низкий уровень работы с контингентом. Так, доля отказов от отдельных видов онкоскрининга составляет 25 процентов.

Ежегодно в эпидсезоны мы теряем граждан нашей страны из-за смертей от гриппа, ОРВИ и их осложнений. Относиться к этим потерям как к неизбежным недопустимо! Уже доказано, что с ежегодным увеличением охвата вакцинацией граждан снижается смертность не только от гриппа, но и от пневмоний и прочих осложнений, с ним связанных. Наиболее уязвимы так называемые декретированные группы – больные диабетом, ХОБЛ, ХСН, беременные. Поэтому помимо вакцинации от гриппа им следует разъяснять необходимость дополнительной вакцинации пневмококковой вакциной.

Росздравнадзор разработал чек-листы самоконтроля готовности к эпидсезону. Это эффективный и современный инструмент, который должны использовать все организаторы здравоохранения, причастные к вакцинации.

Снижение смертности граждан старшего возраста.

В структуре смертности данной возрастной группы далеко вперед выходят причины смерти от болезней системы кровообращения и онкологические заболевания.

Анализируя смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, Росздравнадзор отмечает, что доля случаев с летальным исходом в непрофильных медицинских организациях выше, чем в профильных. Это свидетельствует о нарушении порядков оказания медицинской помощи.

Данные показатели должны служить основанием для проведения внеплановых проверок в медицинских организациях, которые не входят в схему маршрутизации и в которых наиболее высокий процент случаев смерти.

По итогам 2017 года количество чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) – более 250 тысяч. Это 32 процента от общего количества операций на ангиографических установках. В соответствии с национальным проектом запланировано увеличить количество ЧКВ на 31,7 процента, до 332 тысяч. Анализируя данные по нагрузке на ангиографические установки, можно сделать вывод, что подобный результат достижим при увеличении средней нагрузки до 7 операций в сутки. Добиться этого можно как с помощью увеличения нагрузки на имеющиеся ангиографические установки в отстающих регионах, так и с помощью закупки дополнительного оборудования.

От организаторов здравоохранения требуется соблюдать маршрутизацию пациентов, контролировать выполнение порядков и клинических рекомендаций, обеспечивать доступность телемедицинских консультаций в отдаленных районах, контролировать нагрузку на медицинское оборудование, не допускать его простой.

Что же касается онкологических заболеваний, то залог успеха в их лечении – ранняя диагностика и быстрый старт лечения. Организаторам здравоохранения необходимо обращать пристальное внимание на организацию уровневой системы онкологической помощи в субъекте, анализировать сроки ожидания обследований и консультаций онкологов. Особый акцент должен быть сделан на проведение прижизненных патологоанатомических диагностических исследований и организацию патологоанатомической службы в целом.

Эффективным помощником организатора в такой работе должны стать информационные системы, отслеживающие пациента на всех этапах диагностики и лечения, контролирующие сроки и статус пациента в режиме реального времени. Такие системы уже функционируют в ряде регионов и своевременно обнажают проблемы, позволяя предиктивно вмешиваться в ситуацию.

Решение большинства перечисленных задач лежит в плоскости уже принятых нормативно-правовых актов, необходимый набор эффективных инструментов уже создан. Преодоление отмеченных выше реперных точек поможет организаторам внести свой вклад в достижение показателей, определенных Правительством в рамках реализации национального проекта в системе здравоохранения и достижения национальных целей развития Российской Федерации.

Что изменится в контрольных листах Росздравнадзора.

Росздравнадзор продолжит практику проведения плановых проверок по проверочным листам. Ведомство планирует внести изменения в формы листов с учетом тех поправок в закон, которые действуют с начала 2019 года. На их основе будут проводить плановые проверки клиник.

Скорректируют проверочные листы по внутреннему контролю.

В конце 2018 года появился проект приказа Минздрава, который устанавливает требования к проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Там есть оценочные листы, по которым клиники должны проводить внутренний контроль. Когда приказ вступит в силу, Росздравнадзор внесет изменения в приложение 6 приказа по внутреннему контролю от 20.12.2017 № 10450.

Пришло время говорить о том, что в медорганизациях должна быть служба по качеству, уполномоченный по качеству. Эта структура будет интегрировать все процессы по управлению качеством. Те организации, которые внедрили подобный подход, показывают хорошие результаты. Они смогли снизить показатели смертности и заболеваемости, общей летальности, досрочной летальности от острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, травм и ряда других патологий. Показатели удовлетворенности пациентов качеством медпомощи, наоборот, увеличили. Клиники становятся более экономически эффективными, поскольку рационально используют лекарственные средства, убирают дублирующие анализы, снижают показатели суммы штрафов.

Росздравнадзор в 2019 году продолжит совместную с медорганизациями работу по внедрению практических рекомендаций по внутреннему контролю.

Изменяют проверочные листы с учетом нового статуса клинических рекомендаций.

Это необходимо в связи с поправками в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ, которые касаются клинических рекомендаций. Контролеры будут проверять соблюдение обязательных требований, которые устанавливает закон.

По контрольным листам Росздравнадзора, как и ранее, будут проводить плановые проверки. Внеплановые назначают, если ведомство получает информацию о признаках нарушений, в частности, из обращений граждан, сообщений органов госвласти, местного самоуправления, СМИ или с сайта медорганизации. Но если клиника не причинила вред здоровью или жизни пациента, не создала такой угрозы и не нарушала ранее требований законодательства, то проверку заменят предупреждением. Его ведомство пришлет по почте на имя руководителя (Федеральный закон от 03.07.2016 № 277-ФЗ).

В предостережение включают наименование надзорного органа, его контакты, дату и номер документа, наименование медорганизации. Инспекторы перечисляют требования со ссылками на нормативные правовые акты, указывают на нарушения или на рискованные действия клиники. Вносят предложения, как обеспечить соблюдение требований, и просьбу уведомить надзорный орган, что нарушения устранили. Это помогает руководителям принимать меры по рискованным направлениям работы.

Князев Е. Главные изменения для начмедов в 2019 году. Как перестроить работу и проинструктировать подчиненных / Е. Князев, Б. Таевский, А. Таевский // Заместитель главного врача. – 2019. – № 1. – С. 16-27.

Клинические рекомендации станут обязательными.

Что изменится. Руководители клиник получают дополнительный рычаг влияния – за несоблюдение клинических рекомендаций и порядков медпомощи врача можно будет направить на внеочередную аккредитацию. При этом отстранить от работы, если не подтвердит знания. Клинические рекомендации и протоколы лечения станут обязательными для исполнения. Отступление от них будет основанием признать медпомощь некачественной.

Утверждать перечень заболеваний и состояний для разработки клинических рекомендаций будет Минздрав. Разрабатывать и утверждать клинические рекомендации станет обязанностью профессиональных некоммерческих организаций.

По какому документу.

Новшества вводит законопроект № 449180-7 «О внесении изменений в Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций». Документ принят во втором чтении в Госдуме. Планируется, что изменения вступят в силу с 1 января 2019 года.

Инструкция, как подготовиться.

Чтобы внедрить изменения, выполните шесть шагов.

Шаг 1. Когда проект примут, разработайте протокол ведения пациента с требованиями по применению клинической рекомендации. Формы протокола пока нет.

Шаг 2. Организуйте для врачей быстрый доступ к клиническим рекомендациям. Введите рекомендации в МИС с удобной навигацией и поиском. Лучше использовать интегративные системы, которые могут автоматически контролировать исполнение клинических рекомендаций.

Шаг 3. Мотивируйте врачей использовать клинические рекомендации. Поручите изучить и обсудить с вами. Дайте достаточно времени, тогда у персонала не будет повода сопротивляться изменениям.

Шаг 4. Продумайте образовательные мероприятия по применению клинических рекомендаций по отдельным нозологиям, которые представляют трудности в диагностике и лечении. Выделите время, помещения и ресурсы. Поощряйте активных сотрудников.

Шаг 5. Впишите в эффективные контракты и трудовые договоры врачей новые обязанности. Формулировка – «соблюдать клинические рекомендации и проходить внеочередную аккредитацию в случае выявления нарушений».

Шаг 6. Закрепите обязанность врачей соблюдать клинические рекомендации в правилах оказания медпомощи и правилах оказания платных медуслуг.

Внутренний контроль качества во всех клиниках – по единым требованиям.

Что изменится.

Минздрав утвердит приказ о требованиях к клиникам по проведению внутреннего контроля качества.

Все медорганизации будут обязаны внести изменения в свои локальные акты – положения по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

По какому документу.

Требования к организации внутреннего контроля, регламент работы подразделения внутреннего контроля, показатели и порядок их мониторинга, формы оценочных листов прописал Минздрав в проекте приказа «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Инструкция, как подготовиться.

Чтобы начать работать по новым правилам, клинике предстоит выполнить 10 шагов.

Шаг 1. Приведите локальные акты – положения о врачебной комиссии, о контроле качества – в соответствие с порядком из нового приказа Минздрава.

Шаг 2. Сформируйте и утвердите приказом мультидисциплинарную команду, которая будет проводить самооценку и внедрять требования.

Шаг 3. Создайте структурное подразделение внутреннего контроля, если его не было в учреждении.

Шаг 4. Введите штатную должность ответственного за внутренний контроль.

Шаг 5. Разработайте процедуру внутреннего аудита.

Шаг 6. Организуйте обучение аудиторов и ответственного за внутренний контроль.

Шаг 7. Проведите самооценку на соответствие требованиям приказа.

Шаг 8. Создайте план корректирующих мероприятий и разработки документов по направлениям контроля.

Шаг 9. Доложите результаты самооценки и план на собрании коллектива, обсудите цели и политику в области качества и безопасности.

Шаг 10. Внедрите требования к организации и проведению внутреннего контроля по плану мероприятий.

Лицензирование меддеятельности – новые требования к должностям, услугам, документам.

Что изменится.

Руководитель клиники сможет иметь не только высшее медицинское, но и экономическое, юридическое образование. Новшество также упростит работу частных клиник, которыми руководят специалисты без медобразования.

Проект ужесточает требования к обязательному стажу работы руководителя клиники с высшим медобразованием. Законопроект уточняет, что стаж должен быть только на руководящих должностях в медорганизации. Для начмеда требования не меняются.

Для главврачей, начмедов, руководителей структурным подразделением и индивидуальных предпринимателей, которые организуют деятельность медорганизации, оказывающей только доврачебную помощь, обозначили требования к образованию, квалификации и стажу. Возможно будет окончить бакалавриат по направлению «Сестринское дело» или иметь среднее медобразование и сертификат по специальности. Ранее сестринский бакалавриат не допускался.

Проект изменил перечень документов, которые необходимо подать соискателю лицензии. Например, копии трудовых договоров медработников готовили и ранее. Но порядок внутреннего контроля качества и безопасности меддеятельности предоставляли только в ходе лицензионной проверки. Соискатели лицензии этого не делали. Планируется, что копии учредительных документов медорганизации не будут заверять у нотариуса и прикладывать к заявлению.

У работ по «судебно-медицинской экспертизе и комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе» планирует уточнить формулировки.

По какому документу.

Проект постановления Правительства № 85842 <0 внесении изменений в Положение о лицензировании медицинской деятельности...> Минздрав опубликовал на <http://regulation.gov.ru>

Инструкция, как подготовиться.

Когда утвердят постановление Правительства, Минздрав издаст приказ, который регламентирует изменения в лицензировании меддеятельности. Руководителям клиник нужно будет переоформить лицензию.

Портнова, О. Б. Здравоохранение, ориентированное на пациента // ГлавВрач. – 2018. – № 12. – С. 10-12.

22-24 февраля 2006 года в Барселоне (Испания) на втором Всемирном конгрессе пациентов, организованном Международным альянсом организаций пациентов (IAPO), была принята Декларация о пациенториентированном здравоохранении. Долгие годы в здравоохранении преобладал принцип лечения болезни, а не конкретного больного. Пациент ориентированное здравоохранение представляет собой альтернативный подход, направленный на предупреждение болезней, укрепление здоровья и благополучия, основанный на современных технологиях и персональном подходе к каждому больному.

Французский просветитель Франсуа Вольтер 250 лет назад заметил: «Врачи назначают лекарства, о которых они знают мало, против болезней, о которых они знают меньше, для лечения людей, о которых они не знают ничего». Эти слова актуальны и по сей день. Мы фокусируемся на создании новых лекарств и медицинских технологий. Однако то, что мы пытаемся делать, – борьба против болезней на стадиях, когда они уже начали осиливать организм человека. Мы боремся против последствий вместо того, чтобы фокусироваться на причинах. Системы здравоохранения во всем мире не могут быть эффективными, если они ставят во главу угла болезнь, а не пациента; необходимо вовлекать пациентов и стремиться к повышению приверженности к лечению, отказу от вредных привычек и введению самоконтроля. Одним из путей интеграции различных дисциплин и подходов в здравоохранении является развитие персональной, пациент ориентированной медицины. В современных условиях этого можно добиться путем развития первичной медико-санитарной помощи на основе использования современных технологий, а также индивидуального подхода с учетом потребностей больного. Пациенториентированное здравоохранение может стать самым эффективным и оптимальным по затратам путем к улучшению результатов лечения пациентов.

Первичная медико-санитарная помощь – это не просто первая линия обороны от болезней, а своего рода ключевое звено, связующее все основные компоненты системы здравоохранения. Доказано, что если работа первичного звена здравоохранения поставлена на высоком уровне, то частота госпитализаций может быть уменьшена на 40 процентов, а общие затраты на здравоохранение – на 30 процентов. Ранее проведенные исследования продемонстрировали, что около 70-80 % болезней уже на ранней стадии могут быть диагностированы врачами общей практики на уровне первичного звена здравоохранения.

Врачи общей практики – это не «великие» хирурги, однако их роль является исключительно важной. Врачи первичного звена здравоохранения – это те, кто призван помогать гражданам в предупреждении болезней, а также обеспечивать их раннюю диагностику. Их миссия состоит в том, чтобы организовать полный спектр медицинских услуг: от индивидуума до целых семей; от профилактики болезней до лечения и восстановления.

К сожалению, во многих странах мира врачей общей практики принято рассматривать в качестве «аутсайдеров» здравоохранения. Они не разделяют славу врачей-специалистов, имеющих доступ к сложным медицинским технологиям. Их зарплаты составляют лишь незначительную долю того, что получают хирурги и другие узкие специалисты. В современных условиях становится исключительно важным усилить роль врачей общей практики путем предоставления им знаний и современных технологий. Необходимо в достаточной мере возмещать их услуги и адекватно мотивировать за ежедневные усилия и преданность профессии, ибо без них говорить о развитии пациент ориентированного здравоохранения не имеет смысла.

Что же лежит в основе пациенториентированного здравоохранения? Основные направления и векторы развития в этой сфере следующие:

- изменение характера отношений между медицинскими работниками и пациентами: переход от взаимодействий по принципу «главный – подчиненный» к равноправному диалогу и сотрудничеству;

- повышение «прозрачности» систем здравоохранения и их деятельности, чтобы пациенты могли ориентироваться и взаимодействовать с ними в соответствии со своими потребностями — задавать вопросы, формулировать требования и др.;

- совершенствование знаний и навыков медицинских работников в области коммуникации с пациентами;

- повышение уровня информированности и приверженности к лечению пациентов и членов их семей;

- повышение доступности и понятности медицинской информации; формирование постоянного диалога с сообществом пациентов; создание советов в области защиты прав пациентов;

- вовлечение организаций пациентов в разработку и реализацию политики в сфере здравоохранения – проведение обсуждения проектов НПА с целевыми группами;

- совершенствование нормативно-правовой базы в сфере деятельности организаций пациентов и их взаимодействия с органами государственной власти.

Внедрение пациент ориентированного здравоохранения предусматривает в первую очередь создание комфортных условий для пациентов – электронных очередей, возможности быстрого считывания регистраторами информации по штриховому коду страховых полисов, организация комфортных мест для ожидания и отдыха. Пациент должен не только получать медицинские услуги в условиях максимального комфорта, но и сам принимать участие в организации подобной работы, делегируя свои полномочия общественным организациям. Об этом указано в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с частью 2 статьи 28 которого общественные организации могут принимать участие в разработке норм и правил в сфере здравоохранения и решении вопросов, связанных с нарушением таких норм и правил.

С 9 по 11 ноября 2016 г. в Москве проходил VII Всероссийский конгресс пациентов на тему «Государство и граждане в построении пациент ориентированного здравоохранения в России». На этом конгрессе были рассмотрены проблемы развития здравоохранения на современном этапе; организация системы общественного контроля в сфере здравоохранения и надзор над исполнением действующих законов и решений в здравоохранении; пути повышения доступности и качества медицинской помощи; проблемы лекарственного обеспечения страны на современном этапе; взаимодействие медицинского и сообществ пациентов. В 2012 г. вышел приказ о создании специального совета организаций по защите прав пациентов при Минздраве России, куда вошли 25 ведущих организаций пациентов федерального и регионального уровней. Этот год оказался знаковым для пациенториентированности в России. Впервые были прописаны и расширены предельные сроки ожидания разного вида медицинской помощи, которые закреплены государственными гарантиями. Сегодня каждым регионом разработаны дорожные карты и четкие календарные планы в вопросе устранения нарушений оказания медицинской помощи. Регулируется эта работа Советом общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации.

Совет общественных организаций по защите прав пациентов является совещательным органом, осуществляющим рассмотрение и выработку предложений по вопросам организации и оказания медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, а также по вопросам повышения эффективности и безопасности медицинских технологий и медицинской продукции. Он принимает участие в совершенствовании системы здравоохранения и государственной системы оказания медицинской помощи, расширении общественного контроля в сфере здравоохранения.

Одной из форм работы общественных организаций по защите прав пациентов является проведение «школ пациентов» для граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями –

сахарным диабетом, гемофилией, туберкулезом, а также членов их семей. Эти мероприятия направлены на информирование больных о новейших методах диагностики и лечения, оказание психологической помощи и формирование правильного восприятия болезни, улучшение качества жизни.

Современные технологии, такие, как интернет, социальные сети и портативные медицинские устройства, демократизируют медицину, обеспечивая колоссальные возможности для усовершенствования первичной медико-санитарной помощи на более высоком уровне, основываясь на знаниях и современных технологиях. Предлагаемая новая модель пациент ориентированного здравоохранения подчеркивает важность активного участия граждан в вопросах управления своим здоровьем, а также ключевую роль взаимоотношений между врачом и пациентом. Здравоохранение, ориентированное на пациента, – это перспективное будущее нашей медицины.

Климов, В. А. Управление рисками в медицинской организации // ГлавВрач. – 2018. – № 12. – С. 4-9.

Внедрение стандартов ISO 9001:2015 в широкую клиническую практику является одной из приоритетных задач управления качеством оказания медицинской помощи. Риск-ориентированный подход является важной составляющей стандартизации по системе ISO. В статье предложены алгоритмы управления рисками безопасности пациента в медицинской организации и общие правила разработки корректирующей программы рисков.

Безопасность медицинской деятельности – состояние, при котором риски и условия, ведущие к физическому, психологическому или материальному ущербу, находятся под контролем в целях охраны здоровья и благополучия индивидуумов и общества (Монреальская декларация ВОЗ, 2002).

Понятие «риск» (в частности, медицинской деятельности) используется в стандарте 150 9001:2015. Этот стандарт делает акцент на рисках, включая их в требования к созданию, внедрению, поддержке и усовершенствованию системы управления качеством. Риск медицинской деятельности следует рассматривать как вероятность неисполнения основной задачи системы управления качеством – оказание пациенту медицинской помощи и медицинской услуги высокого качества. Использование концепции риск-менеджмента предусматривает проведение оценки рисков и принятие решений, основанных на результатах этой оценки. Не все процессы системы менеджмента качества представляют один и тот же уровень риска. Мышление, основанное на рисках, означает их качественный и количественный учет. Организация должна планировать действия, связанные с изучением рисков и проведением мероприятий по управлению рисками в процессе управления качеством, а также оценивать результаты этих действий. Варианты реагирования на риски могут включать исключение рисков, принятие рисков, устранение источников риска, изменение вероятности или последствия рисков, распределение рисков. Внедрение концепции риск-менеджмента требует от учреждения здравоохранения использования как технологии и методов оценки рисков, так и методологии и инструментов усовершенствования деятельности, таких, как РМЕА, бенчмаркинг, методология QFD.

Управление рисками медицинской деятельности – процесс принятия и выполнения управленческих решений, направленных на снижение вероятности возникновения неблагоприятного результата и минимизацию возможных потерь, вызванных его реализацией.

Управление рисками – инструмент обеспечения безопасности пациента.

Культура безопасности – это совокупность индивидуальных и групповых ценностей, взглядов, восприятий, компетенций и моделей поведения, которые описывают обязательства, стиль и профессионализм управления ЛПУ в аспектах охраны здоровья и безопасности. Для ЛПУ с позитивной культурой безопасности характерно информационное взаимодействие, основанное на взаимном доверии, едином восприятии важности обеспечения безопасности и убежденности в эффективности профилактических мер (JCV, 2014).

Ключевые характеристики программы обеспечения безопасности:

- признание того, что деятельность больницы сопряжена с высоким риском, и принятие обязательств по обеспечению устойчивой безопасности;
- формирование рабочей среды, в которой можно сообщать об ошибках или инцидентах без боязни наказания или ущемлений;
- поощрение коллективной работы сотрудников, трудящихся на разных уровнях и в разных подразделениях по поиску решений в вопросах, связанных с безопасностью пациентов;
- организационные обязательства по выделению ресурсов (в частности, рабочего времени сотрудников, образовательной подготовки, безопасных способов отчетности об инцидентах и т. д.) для решения проблем безопасности.

Инцидент – неожиданная ситуация, которая не является типичной для процесса лечения пациента (например, пациент получил неверную дозу препарата – 20 ед. инсулина вместо 2 ед.).

Потенциальная ошибка – это событие, которое потенциально может привести к серьезным физическим или психологическим неудобствам, повреждениям или даже смерти, но не привело к этому по случайности или вовремя предпринятым предупреждающим мерам (например, врач назначил 20 ед. инсулина вместо 2 ед., однако ошибка была обнаружена прежде, чем пациенту ввели лекарство).

Медицинская ошибка – незлоумышленное заблуждение врача (или любого другого медицинского работника) в ходе его профессиональной деятельности, если при этом исключается халатность и недобросовестность. От клинических ситуаций, связанных с медицинскими ошибками, погибает 456 человек в день (один самолет «Боинг 747» с пассажирами) ежедневно.

Нельзя путать понятие медицинской ошибки с осложнением. Осложнение – патологический процесс или патологическое состояние, присоединившиеся к основному заболеванию в связи с особенностями его патогенеза или как последствие проводившихся диагностических или лечебных мероприятий. Осложнение не обязательно развивается при данном заболевании, так как относится к вторичным по отношению к патогенезу патологическим процессам.

По данным Гарвардской школы общественного здравоохранения (2014), к основным медицинским ошибкам относятся:

- ошибочное назначение лекарственного препарата;
- катетер-ассоциированная инфекция мочевыводящих путей;
- катетер-ассоциированная инфекция кровотока;
- госпитальная пневмония;
- венозные тромбоэмболические осложнения;
- падения;
- пролежни.

По данным различных исследований в мире ежегодно допускается 43 млн. медицинских ошибок. Поэтому, по мнению ряда авторов, безопасность пациента – это, прежде всего, защита от врачебных ошибок.

Медицинские ошибки можно классифицировать на следующие типы:

- медикаментозные (связанные с неправильным использованием лекарственных препаратов);
- хирургические (например, удаление здорового органа);
- диагностические (неправильно установленный диагноз);
- связанные с медицинским оборудованием (например, поломка аппарата ИВЛ или дефибрилятора);
- инфекционные (внутрибольничные инфекции);
- трансфузиологические (например, переливание не совместимой по группе или резус-фактору крови);
- терапевтические (неправильный выбор метода лечения, не связанный с приемом лекарственных препаратов).

Необходимо отметить, что значительная доля медицинских ошибок связана с управленческим или человеческим фактором. При этом ведущими причинами могут быть: большая нагрузка и усталость (13 %), небольшое количество медицинских сестер на большое число пациентов (25 %), недостаточная подготовка персонала (15 %), проблемы в фар-

макологической подготовке (49 %), неправильный расчет дозировки (6 %), неразборчивая информация в листе назначений (9,8 %).

Зачем регистрировать ошибки? Сбор данных позволит выявить ошибки, определить зоны риска и слабые места, разработать корректирующие мероприятия, которые позволят предотвратить недостатки работы.

Управление рисками через внедрение системы менеджмента качества включает в себя 4 этапа.

Основные риски медицинской помощи:

- кадровые риски,
- риск при проведении манипуляций (процедур) без идентификации пациента,
- риск выполнения операции не на той части тела или другому пациенту,
- риск возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи,
- риск развития тромбоэмболических осложнений,
- риск падения пациентов,
- риск возникновения пролежней,
- риск при проведении лекарственной терапии,
- риск при проведении лабораторных исследований.

Таким образом, идентификацию факторов риска в работе медицинской организации можно разделить на несколько групп:

- риски в работе среднего и младшего медицинского персонала (идентификация пациента, идентификация лекарственного средства, пролежни и т. д.);
- риски в работе врачебного персонала (инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, венозные тромбоэмболические осложнения и т. п.);
- организационно-административные (кадровые, медицинское обеспечение и пр.);
- риски в работе диагностических служб и др.

Итак, более подробно о некоторых видах из перечисленных выше рисков.

Риски при проведении манипуляций

I. Инфекционные риски:

- гигиена рук;
- катетерассоцирующая инфекция;
- инфекционная оценка хирургического вмешательства.

II. Риски при выполнении манипуляций:

- идентификация пациента, лекарственных средств;
- наблюдение за пациентом;
- ошибочное введение лекарственных средств.

III. Кадровые риски

- текучесть кадров;
- самонадеянность;
- коммуникации.

Кадровые риски – по данным общемировой статистики, 80 % ущерба активам организации наносится их собственным персоналом. Основные кадровые риски:

- риск найма на работу низкоквалифицированных сотрудников;
- риск текучести кадров;
- адаптационный риск;
- риск неэффективного использования работников (низкая производительность труда);
- риск низкой мотивации труда;
- риск неэффективного обучения;
- зависимость от ключевых сотрудников.

Управление кадровыми рисками (мероприятия, позволяющие снизить кадровые риски в учреждении здравоохранения):

- «входной контроль» знаний;
- создание постоянно действующих рабочих групп;
- наставничество;

- проведение welcome-тренингов для поступающих на работу специалистов;
- проведение анкетирования среди сотрудников больницы;
- создание узкоспециализированных служб (КЦО, служба питания, отдел санитарного обслуживания);
- применение нестандартных форм обучения (активные тренинги, деловые игры);
- бенчмаркинг;
- формирование корпоративной культуры;
- проведение корпоративных праздников.

Риски лаборатории

1. На преаналитическом долабораторном этапе:
 - неправильные действия персонала (при заборе материала, при хранении и доставке).
2. На преаналитическом лабораторном этапе:
 - неправильные действия персонала при идентификации данных пациента.
3. На аналитическом этапе риски, связанные с:
 - квалификацией персонала;
 - производственной средой;
 - со своевременностью закупок;
 - с оборудованием, инженерным и информационным его сопровождением;
 - с обеспечением систематического метрологического контроля.
4. На постаналитическом этапе:
 - доступность и своевременность получения лабораторной информации;
 - верификация и валидация результатов;
 - превышение ТАТ (turnaround time);
 - отсутствие взаимодействия персонала лаборатории с клиницистами;
 - отсутствие интеграции с медицинской информационной системой.

Подходы к повышению качества лабораторной диагностики

Цель – сделать процесс работы клинко-диагностической лаборатории и ее результаты последовательными, согласованными, предсказуемыми и воспроизводимыми.

1. Стандартизация на преаналитическом этапе: разработка СОПов (стандартных операционных препаратов), проведение аудитов, тренингов с персоналом.
2. Стандартизация аналитического этапа: введение алгоритмов работы сотрудников, разработанных на основе стандартов ИСО 15189 «Лаборатории медицинские. Специальные требования к качеству и компетентности», ГОСТ Р 53079.4- 2008 «Обеспечение качества клинических лабораторных исследований».
3. Внедрение в работу клинко- диагностической лаборатории модульной системы.
4. Внедрение модуля «внутрилабораторного контроля качества», проведение внешнего контроля качества.
5. Интеграция клинко-диагностической лаборатории в медицинскую инфекционную систему.
6. Внедрение индикаторов качества, например, индекса гемолиза.

Таким образом, для управления рисками необходимо создание программы по работе с медицинскими ошибками и управлениями рисками. Создание программы начинается с назначения ответственного координатора – представителя по качеству. Это должен быть авторитетный сотрудник, желательно заместитель главного врача. В некоторых организациях предпочитают назначать на эту должность наоборот рядового опытного врача, который видит ситуацию с рисками «изнутри», то есть сталкивается с ней в повседневной работе. Функции координатора:

- разработка инструкций по работе с ошибками;
- создание удобных для сотрудников инструментов для сообщения об ошибке;
- регистрация ошибок;
- контроль за правильностью проведения анализа и разработки плана корректирующих действий.

С целью преодоления страха и возможных барьеров при оценке рисков необходимо обеспечить:

- гарантии со стороны руководства об отсутствии наказания за сообщение об ошибке как для сообщившего, так и для участников ошибки;
- возможность анонимного сообщения об ошибке;
- обеспечение конфиденциальности при разборе ошибки в отделениях.

Основная задача – не выявление виновных, а оценка возможности повторения данной ситуации и разработка корректирующих действий.

В процессе оценки рисков необходимо учитывать три параметра:

- случаемость (крайне низкая – возможно, но очень маловероятно; низкая – в среднем 1 раз в год, средняя – 1 раз в месяц, высокая – 1 раз в неделю, крайне высокая – 1 раз в день);
- обнаружение (крайне высокое – будет обнаружено в 95- 100 % случаев; высокое – 75- 94 %; среднее (40-74 %), низкое (6-39 %) и крайне низкое (0-5 %));
- последствия (отсутствуют – пациенту не нанесен вред; малые – пациенту доставлены временные неудобства; средние – пациенту нанесен вред, требуется более длительная госпитализация; большие — пациенту нанесен вред, который может остаться на всю жизнь; тяжелые – терминальное состояние или смерть).

Общие требования к плану корректирующих действий:

- пересмотр описания процесса, внесение изменений в стандарты и рабочие инструкции;
- обучение персонала (разбор произошедшей ошибки и ознакомление с изменениями в процессе по п. 1);
- мониторинг процесса в течение 3-6 месяцев: выбор показателя и его целевых значений, установление методики сбора данных, назначение ответственного;
- анализ выполнения плана и предложения по дальнейшему улучшению.

Крайне важным фактором работы по оценке и устранению рисков является обучение сотрудников, которое должно включать:

- вводное обучение новых сотрудников;
- ежегодное исследование культуры безопасности;
- регулярное доведение до сведения сотрудников зарегистрированных ошибок и предпринятых корректирующих действий;
- включение в план регулярного обучения занятия по разбору зарегистрированных ошибок;
- стимулирование сотрудников руководителем;
- выделение наиболее активных сотрудников и подразделений по итогам года.

Таким образом, если хотите достичь максимального результата, управление рисками должно стать частью внутрикорпоративной культуры и философии управления медицинским учреждением и не должно рассматриваться как изолированный процесс. В такой обстановке все сотрудники становятся вовлеченными в управление рисками. Учреждения, которые управляют рисками, гораздо легче осуществляют свою миссию – предоставление качественных услуг при одновременном снижении затрат. Обеспечение безопасности медицинской помощи – сложный, многоаспектный, но управляемый процесс, основу успешной реализации которого составляет «неформальное» применение системы менеджмента качества.

Эффективное здравоохранение. Профилактика выходит на передний план // Экономист лечебного учреждения. – 2018. – № 12. – С. 39-55.

Страны, которые хотят сделать свои системы здравоохранения более надежными, должны уделить больше внимания профилактике.

Участники Всемирного экономического форума (ВЭФ) пришли к выводу, что профилактика является важнейшим элементом нового ценностно-ориентированного подхода, способного сделать системы здравоохранения более устойчивыми. Эффективность такого

подхода подтверждается многими доказательствами: в частности, как показывает исследование, результаты которого были опубликованы в сборнике Population Health Management в 2016 г., персонализированные профилактические меры обеспечили «существенное снижение затрат и повышение эффективности организации здравоохранения в течение трех лет после принятия». Также в ходе обсуждения на ВЭФ был сделан вывод что страны «систематически недоинвестируют» в профилактику, и несколько экспертов в сфере здравоохранения, опрошенные при подготовке этого исследования, ожидают значительного повышения финансирования профилактики в ближайшее время.

Как показывает Future Health Index (Индекс здоровья будущего), большинство (59 %) опрошенных медицинских работников считают, что им следует сосредоточить большую часть своего времени и ресурсов на профилактике, то есть на поддержании благополучия здоровых людей. Это мнение особенно распространено среди специалистов из стран с развивающимися рынками, в частности из Бразилии (87 %), Аргентины (81 %), Китая (69 %) и Южной Кореи (69 %). Только в Швеции и Великобритании подавляющее большинство медицинских работников полагают, что лечение заслуживает большего внимания, чем профилактика.

«Необходимо увеличить инвестиции в общественное здоровье и профилактику, добиться снижения риска заболеваний среди населения в целом. Именно за счет этого можно существенно сократить нагрузку (на системы здравоохранения), – говорит доктор Пабло Перель, директор Международного центра неинфекционных заболеваний в Лондонской школе гигиены и тропической медицины. – Это не самая яркая и привлекательная для политиков тема. В этой сфере нельзя быстро добиться результатов, которые попадут на первые полосы газет. Однако я считаю, что в долгосрочной перспективе именно профилактика может принести наибольшую выгоду».

Диспансеризация и здоровый образ жизни особенно важны, поскольку, как показывает исследование, многие люди переоценивают состояние своего здоровья. 37 % медицинских работников во всех странах считают, что общее состояние здоровья населения находится в диапазоне от плохого до удовлетворительного, однако среди самого населения эта доля снижается до 33 %. Более четверти населения (29 %) считает состояние своего здоровья очень хорошим или отличным, тогда как среди медицинских специалистов столь высоко оценивают общественное здоровье только 22 % опрошенных. В странах с развивающимися рынками разница еще больше: общее состояние здоровья к диапазону от плохого до удовлетворительного относят 55 % медицинских работников и всего 33 % населения.

Оценка национальных систем здравоохранения не вызывает таких разногласий.

Всего 22 % населения и 20 % медицинских работников (а также всего 5% сотрудников страховых компаний) не считают, что система здравоохранения в их стране отвечает потребностям пациентов. Однако в некоторых странах с развивающимися рынками специалисты в области медицины настроены более критично: в Китае 51 % населения считает, что система здравоохранения отвечает их потребностям, но с ними соглашаются лишь 39% медицинских работников. В Аргентине эти показатели составляют 43 % и 37 % соответственно.

В то же время в развитых странах часто наблюдается обратная ситуация: 80% австралийских медицинских работников считают, что система соответствует нуждам пациентов, но среди населения с ними согласны лишь 62 %. В Германии это соотношение составляет 68 % против 46 % соответственно, в Италии – 55 % против 30 %.

Перспективы взаимосвязанного медицинского ухода.

Медицинские работники считают цифровые технологии в здравоохранении полезным инструментом в борьбе за продвижение профилактики, особенно это касается регулярного мониторинга показателей и состояния здоровья, а также обмена данными о состоянии здоровья и их анализа. Почти три четверти (73 %) опрошенных медицинских работников утверждают, что технологии взаимосвязанного медицинского ухода важны для повышения эффективности профилактики. В Бразилии эта доля составляет 86 %, в Китае – 91 %, в ОАЭ – 92 %, в Саудовской Аравии – 94 %.

Одновременно с тем 63% медицинских работников утверждают, что цифровые технологии и носимые приборы не используются или редко используются здоровыми людьми. В этом наблюдается схожесть с системами здравоохранения в целом — использование таких

технологий сосредоточено в сферах диагностики и лечения заболеваний, где, как считают 68 % и 71 % медицинских специалистов соответственно, они используются часто или хотя бы иногда.

Чтобы оценить различие между субъективным восприятием и реальностью, мнение медицинских работников и населения в целом о различных аспектах применения цифровых технологий (использование, осведомленность, отношение и ценность) было сопоставлено с расходами на закупку медицинского оборудования, ориентированного на Интернет вещей (в процентах от ВВП), и уровнем реализации национальной политики в сфере медицинских технологий. Из этих показателей следует, что внедрение интерактивных технологий существенно переоценено в Австралии (на 41,4 балла) и Саудовской Аравии (21,5 балла), – это вызвано отсутствием политики в сфере медицинских технологий в Австралии и низким (относительно ВВП) уровнем расходов на закупку оборудования в Саудовской Аравии. В Европе опрошенные, напротив, чаще недооценивали распространение технологических решений – на 41 балл во Франции, на 26,7 балла в Швеции, на 26,1 балла в Нидерландах и на 23,6 балла в Италии.

Тот факт, что медицинские работники понимают преимущества цифровых технологий для профилактики, но не знают, как применить их в этом контексте, можно объяснить несколькими факторами. Зачастую это может быть просто не предусмотрено системой (или бюджетом) организации, в которой они работают. Однако, как показывает исследование, свою роль может играть и восприятие – несмотря на технологический прогресс последних десятилетий, в медицинском сообществе до сих пор сохраняется определенный скептицизм в эффективности цифровых технологий для здравоохранения.

Переубеждая циников.

Одним из существенных барьеров на пути широкого распространения технологий взаимосвязанного медицинского ухода может быть недостаточная осведомленность о них. Из всех опрошенных медицинских работников меньше половины (47 %) заявили, что считают себя осведомленными об интерактивных технологиях. Во многих странах, например Франции (35%), Швеции (35%), Италии (34%), Нидерландах (25 %), Германии (10%) и даже знаменитой своими инновациями Южной Кореи (30%) этот показатель еще ниже.

51 % опрошенных медицинских работников считают, что внедрение цифровых технологий в долгосрочной перспективе сделает здравоохранение несколько или существенно более дорогим. Как свидетельствуют отдельные данные, некоторые медицинские работники опасаются, что внедрение технологий увеличит их нагрузку либо приведет к сокращению их доходов и даже потере работы. Так, в Южной Кореи, где уровень осведомленности о цифровых технологиях оказался одним из самых низких среди всех стран, где мы проводили опросы, планы правительства по расширению услуг в сфере телемедицины привели к широкомасштабным протестам со стороны врачей. Это подчеркивает необходимость изменения существующих моделей получения дохода с учетом появления новых технологий взаимосвязанного медицинского ухода.

Страхи, связанные с внедрением цифровых технологий, могут отчасти иметь возрастную подоплеку. Возможно, со временем, когда на первые роли в медицине выйдут представители современного «цифрового» поколения, это напряжение спадет. Из нашего опроса следует, что менее опытные медицинские работники считают себя более осведомленными о технологиях взаимосвязанного медицинского ухода – это 54 % тех, чей опыт составляет от 0 до 10 лет, и 49 % специалистов, которые работают в отрасли 11-19 лет.

Среди медицинских работников с 20-летним и более продолжительным опытом работы этот показатель равен 42 %. Аналогичным образом, именно менее опытные специалисты, скорее всего, станут свидетелями более широкого применения «умных» технологий всех аспектах континуума здоровья.

Более того, многие профильные участники рынка считают внедрение технологий тем фактором, который поможет сделать медицинские профессии привлекательными для молодежи и позволит предотвратить переход талантливых медицинских специалистов в другие отрасли.

В ходе этого исследования нам удалось выявить ряд фундаментальных проблем, которые ограничивают применение технологических решений в здравоохранении и для решения которых потребуются существенные изменения устоявшихся принципов, в особенности в области мотивации и обмена личными данными.

Определение правильного подхода к данным.

Технологии взаимосвязанного медицинского ухода не могут быть эффективными без четко прописанных правил и процедур владения и обмена данными в сфере здравоохранения. Польза сведений о пациенте ограничена, если они не передаются медицинским работникам или те не могут ими обмениваться. При этом на базовом уровне обмен данными между пациентами и медицинскими работниками уже ведется. Примерно половина специалистов, опрошенных нами, утверждают, что в течение прошлого года хотя бы некоторые пациенты передали им полученные с помощью «умных» приборов оказания помощи данные о своем артериальном давлении (52 %) или уровне сахара в крови (51 %). Например, данные об артериальном давлении получали 67 % специалистов в России, 84 % – в ОАЭ и 88 % – в Саудовской Аравии. Тем не менее, возникают вопросы о том, что происходит с данными пациентов и насколько эффективен обмен этой информацией в системах здравоохранения, интеграция которых все еще недостаточно высока. Большинство (58 %) медицинских работников, опрошенных нами, утверждают, что их национальные системы здравоохранения совсем или почти не интегрированы. Только в ОАЭ и Саудовской Аравии специалисты высоко оценили уровень интеграции системы (90 % и 73 % соответственно). При этом подавляющее большинство (88 %) медицинских работников считают, что интеграция системы здравоохранения важна или очень важна. С ними соглашается большая часть (94%) специалистов страхового сектора.

Как показывает Future Health Index (Индекс здоровья будущего), в области интеграции систем здравоохранения наблюдаются самые большие расхождения между восприятием ситуации (населением в целом и медицинскими работниками) и фактическими показателями, основанными на фактических расходах по закупке медицинского оборудования, ориентированного на Интернет вещей, включая услуги, программное обеспечение и сетевое оборудование (в процентах от ВВП). Во всех изученных странах, за исключением Сингапура, восприятие интеграции превышает фактические показатели, т. е. система здравоохранения считается более интегрированной, чем она есть на самом деле. В некоторых странах разница между восприятием и реальностью достигает 55,5 (ОАЭ) и 53,0 (Саудовская Аравия) баллов. Это объясняется тем, что расходы на закупку медицинского оборудования, ориентированного на Интернет вещей, в этих странах достаточно невысоки, если сравнивать их с общим объемом ВВП.

Из этого следует, что положительные оценки интеграции системы здравоохранения, исходящие от медицинских работников (90 % специалистов в ОАЭ и 73 % в Саудовской Аравии считают, что система здравоохранения интегрирована в значительной степени или полностью), не совсем оправданы. Конечно же, некоторые респонденты отмечали, что не самая эффективная передача информации может объясняться особенностями конкуренции и финансовыми, а не технологическими причинами.

В Великобритании, Франции и США, где расходы на технологии в здравоохранении намного выше, разница между восприятием и фактическими результатами существенно ниже: 16,4, 12,4 и 1,5 балла соответственно.

За счет высоких (относительно ВВП) расходов на медицинское оборудование, ориентированное на Интернет вещей, Сингапур – единственная страна, где фактические результаты превосходят данные по восприятию (разница составляет 6,3 балла).

Как происходит передача медицинской информации.

Передача информации редко выполняется автоматически. В настоящее время медицинские работники и организации сами должны отправлять данные – всего об этом сообщили 54 % опрошенных специалистов. В Европе этот показатель очень высок: 83 % в Великобритании и Италии, 68 % в Нидерландах и 63 % в Испании заявили, что за передачу информации совместно отвечают медицинские работники и организации. При этом 57 % респондентов посчитали, что ответственность должна хотя бы частично лежать и на пациентах – так считают почти три четверти медицинских работников в Южной Африке (74 %), 71 % в Нидерландах и 69 % в США и Канаде. Это свидетельствует о необходимости разработать подход к обмену данными, который бы четко разделил зоны ответственности и снизил административное давление на медицинских работников за счет реализации

потенциала использования данных в таких областях, как мониторинг состояния пациентов и ранняя диагностика медицинских проблем.

Внедрение технологий также зависит от того, насколько эффективно производители устройств смогут отреагировать на опасения по поводу качества данных, особенно в случаях с обычными потребительскими устройствами. Последние события, связанные с использованием носимых устройств, ставят точность таких данных под сомнение.

Также на скорость внедрения технологий влияют правовые нормы: многие медицинские организации и работники боятся нарушить основные нормы конфиденциальности, прописанные, в частности, в положениях ЕС о защите данных и Законе США об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан, которые усложняют обмен данными пациентов без их прямого согласия. Принятие четких отраслевых стандартов и показателей могло бы существенно повысить ценность данных и существенно способствовать их использованию в качестве важного инструмента ранней диагностики.

Работа с данными – это еще одна область, в которой необходимо изменить модель компенсации, поскольку многие специалисты видят в ней существенное расхождение с реальностью.

Эффективность превышает экономию.

Даже без учета изменений в политике лучшим аргументом в пользу технологических решений, направленных на профилактику, станет их успешное внедрение. При определении выгоды от профилактики стоит обратить особое внимание на страны с развивающимися рынками, поскольку они сейчас строят более новые и технологичные системы здравоохранения фактически с чистого листа и зачастую предпочитают профилактику лечению – вполне объяснимый подход для стран, где исторически могло не хватать ресурсов для лечения или его качество было недостаточно высоким.

Как показал опрос, 69 % медицинских работников в развивающихся странах считают, что на профилактику следует выделять больше времени и ресурсов, чем на лечение, тогда как в развитых странах этой точки зрения придерживаются только 52 %.

В некоторых областях здравоохранения активное внедрение технологий взаимосвязанного медицинского ухода и обмен данными позволяют получить более наглядное представление об их преимуществах и, как следствие, способствуют интеграции этих решений в других сегментах системы здравоохранения. Очевидный пример представляет собой уход на дому, включая уход за пожилыми людьми – сфера, развитие которой обусловлено стремительным старением населения большого количества стран.

81 % опрошенных медицинских работников выразили мнение, что цифровые технологии имеют значение для повышения качества ухода на дому, а 82 % сказали, что они очень важны для повышения качества ухода за пожилыми людьми. Также при ответе на вопрос, в какой сфере здравоохранения наиболее полезны технологии взаимосвязанного медицинского ухода, большая часть (55 %) медицинских работников выбрала уход на дому, в частности долгосрочное управление им и отслеживание медицинских проблем. В Китае, Сингапуре и Италии – странах, где наблюдается стремительное старение населения, – эта доля составила 61 %, 61 % и 67 % соответственно.

Носимые устройства становятся лучше и дешевле, благодаря чему мониторинг здоровья на дому должен становиться проще, но «...качество управления уходом на дому остается низким, – говорит С. Сперр. – Однако вы можете связываться с пациентом и контролировать его состояние после выписки из больницы, а также создать для него более благоприятную среду пребывания».

Также следует заметить, что финансовая выгода теперь не всегда является главным фактором при принятии решений о внедрении цифровых технологий. В частности, в развитых странах существенно больше внимания уделяется способности технологий повышать эффективность рабочих процессов.

Так, в Нидерландах 50 % опрошенных медицинских работников сказали, что стали бы чаще использовать такие технологии, если бы получили доказательства, что они делают рабочие процессы более эффективными. Только 28% заметили то же самое про снижение затрат.

Аналогичные мнения встречаются в Швеции (48 % и 39 % соответственно), Канаде (50 % и 36 %) и Китае (54 % и 34 %).

Пациентоориентрованный подход.

Медицинские специалисты и учреждения, конечно, должны измениться, но для перехода к более интегрированному, ориентированному на технологии подходу к охране здоровья (вместо лечения болезней) измениться придется и обычным людям. Более активный контроль и организация здравоохранения, особенно за пределами официальных медицинских учреждений, потребует не только более сложных устройств, но и участия информированного и заинтересованного населения, которое будет правильно и регулярно использовать эти устройства, передавать данные специалистам и руководствоваться этими данными (или рекомендациями специалистов на основе этих данных), чтобы вести более здоровый образ жизни. К счастью, многие эксперты уже отмечают признаки таких перемен, имеющих различные последствия для медицинского персонала.

Как и медицинские специалисты, в большинстве случаев люди мало что знают о цифровых технологиях и об их значении. По данным опроса, рядовые граждане называют рекомендации специалистов основным фактором (44 %), который может убедить их использовать технологии взаимосвязанного медицинского ухода (например, различные трекеры и домашние устройства для контроля за состоянием здоровья), затем идет субсидирование или оплата таких технологий государством (42 %), хотя этот фактор имеет большее значение на развивающихся рынках (46 % по сравнению с 39 % в развитых странах), где доходы ниже.

Кроме того, опрос показывает, что многие пациенты не следуют рекомендациям врачей, даже если у них есть необходимые ресурсы. 16 % пациентов с кардиологическими заболеваниями, которым доктора порекомендовали отслеживать сердечный ритм, не стали этого делать.

Как и медицинские специалисты, люди видят потенциальные преимущества «умных» технологий. Примерно три четверти опрошенных считают, что крайне важно или довольно важно повышать качество диагностики медицинских заболеваний (76 %), лечения медицинских заболеваний (77 %) и медицинских услуг для пожилых людей (78 %); чуть меньший процент опрошенных заявили, что технологии взаимосвязанного медицинского ухода играют важную роль в улучшении общего состояния здоровья населения (70 %) или здорового образа жизни (63 %).

Казалось бы, с распространением носимых устройств заинтересованные в своем здоровье люди смогут использовать всевозможные технологии взаимосвязанного медицинского ухода в повседневной жизни. Однако более половины опрошенных (55 %) утверждают, что не использовали такие технологии для контроля своих показателей здоровья без участия медицинского персонала в последние 12 месяцев.

Как это ни удивительно, учитывая высокую стоимость таких устройств, они чаще используются на развивающихся рынках, где 57 % опрошенных использовали «умные» технологии за последние 12 месяцев, тогда как в развитых странах – только 37 %. Возможно, такие данные свидетельствуют о том, что люди чаще используют медицинские устройства в странах, где медицинская помощь не всегда доступна. Но можно сделать и следующий вывод: хотя цена вызывает опасения (50 % рядовых граждан считают, что технологии взаимосвязанного медицинского ухода приведут к некоторому или значительному удорожанию медицинских услуг в долгосрочной перспективе), это не является основным фактором распространения цифровых технологий среди населения – так же, как это не всегда является основным фактором для специалистов.

Обойдемся без роботов.

Согласно исследованию, перемены в мышлении помогут людям не упустить возможности, предлагаемые новыми технологиями, и использовать их как основу для более активного подхода к здоровью. Во-первых, важно понимать, что люди прекрасно осознают потенциал технологий для сферы здравоохранения и контроля своего здоровья, но не всегда хотят использовать их.

Медицинские работники, которые боятся, что их заменят технологии, должны помнить об этом. В ответ на вопрос о том, какие инструменты или технологии на основе искусственного интеллекта (ИИ) могут оказать наибольшее влияние на усовершенствование сферы

здравоохранения, большая часть населения (25 %) выбрала приложение или носимое устройство на базе ИИ, которое сможет автоматически отслеживать ключевые показатели и давать рекомендации. Только 11 % видят потенциал дистанционных приемов с помощью голографических технологий и лишь 10 % выбрали полноценных роботов-врачей (хотя в Южной Корее интерес был достаточно высок – 25 % опрошенных). Если рассматривать технологию как дополнение, а не замену навыков медицинских работников, это поможет нивелировать сомнения и увеличить распространение технологий как среди обычных людей, так и среди медицинского персонала.

Некоторые специалисты считают, что технологии и человеческое участие не обязательно взаимоисключают друг друга. Например, если технологии позволят снизить количество визитов с незначительными проблемами, которые можно решить путем самостоятельного наблюдения и диагностики, доктора могут посвятить больше времени более серьезным случаям.

Еще одна проблема, на которую стоит обратить внимание, – это осведомленность, которая получила очень неоднозначную оценку от самих опрошенных. Около четверти рядовых граждан (24 %) знают о технологиях взаимосвязанного медицинского ухода. Этот процент еще ниже в развитых странах, особенно в Европе (9 % в Италии и 8 % в Германии). Даже в ОАЭ, где цифровые технологии распространяются хорошо, только 48 % населения осведомлены о них.

Среди рядовых граждан, использовавших технологии взаимосвязанного медицинского ухода за последние 12 месяцев, только 81 % в некоторой степени или полностью понимают, как их использовать, и 77 % понимают, как толковать полученные результаты. Что любопытно, 76 % медицинских работников, чьи пациенты делились с ними данными, полученными с помощью таких технологий, за последние 12 месяцев, считают, что пациенты умеют правильно их использовать, а 67 % говорят, что пациенты могут интерпретировать результаты. Эта разница указывает как минимум на тот факт, что необходимо не только предоставлять цифровые технологии, но и демонстрировать их правильное использование. Около трети рядовых граждан (31 %) замечают, что использовали бы технологии взаимосвязанного медицинского ухода, если бы могли научиться. Это подчеркивает важность простого и удобного дизайна.

Ответственность и доверие.

В медицинских учреждениях и среди медицинского персонала управление данными пациентов является еще одним потенциальным препятствием для населения. Только 23 % рядовых граждан, использовавших цифровые технологии за последние 12 месяцев, утверждают, что до конца понимают, когда необходимо передавать данные специалисту или как это проще всего сделать.

Системы здравоохранения и медицинские работники также могут подавать пример, обеспечивая интеграцию. Среди опрошенных людей, посещавших врачей по разным причинам, только меньшая часть (32 %) подтвердила автоматическую передачу данных между специалистами – 33 % для артериальных заболеваний, 29 % для аритмии, 33 % для заболеваний сердечного клапана, 40 % для рака и 28 % для повышенного давления, – хотя необходимость в передаче истории болезни существовала в подавляющем большинстве случаев.

Как уже было отмечено, многие медицинские работники надеются, что пациенты будут принимать активное участие в этом процессе, и многие действительно так и делают. Среди опрошенных, страдающих различными заболеваниями, более трети (36 %) заявляют, что самостоятельно передавали свои медицинские данные частично или полностью. Опрос демонстрирует возможность привлечь людей к более активной передаче собственных данных. Большая часть (76 %) рядовых граждан считают, что несут полную или частичную ответственность за свою медицинскую карту, хотя этот процент ниже в Германии (62 %) и Великобритании (57 %).

Доверие является ключевым фактором, способным побудить людей отслеживать и передавать данные о своем здоровье, поскольку большинство граждан считают их конфиденциальными. В ответ на вопрос, разглашение каких данных их больше всего беспокоит в случае взлома учетной записи, 55 % опрошенных назвали данные о здоровье, 28 % – электронную почту и только 17 % – данные из социальных сетей.

К счастью, в сфере здравоохранения уровень доверия в отношении персональных данных относительно высок по сравнению с другими отраслями. 44 % опрошенных заявили, что

доверяют сфере здравоохранения большинство своих данных по сравнению с 35 % в банковской сфере, 20 % в страховании и всего 5 % в розничной торговле.

Уровень доверия в отношении персональных данных в сфере здравоохранения выше в странах с широким распространением цифровых технологий и интеграции систем здравоохранения, таких как ОАЭ (55 %), Сингапур (51 %) и Швеция (55 %), но ниже в США (39 %), Германии (36%) и развивающихся странах, таких как Бразилия (35 %) и особенно Россия (20 %). Необходимо повысить уровень доверия системам здравоохранения в отношении персональных данных (путем более надежных процедур защиты данных или раскрытия данных) и убедиться, что люди понимают, каким образом их данные должны взаимодействовать с этими системами, чтобы население предоставляло больше информации, и можно было повысить эффективность и сократить дублирующие данные в медицинских учреждениях.

Новый имидж.

И хотя технологии могут упростить самоконтроль здоровья, как это было с переработкой отходов пару десятилетий назад, переход к новым привычкам и новому мышлению, направленному на профилактику, возможен с помощью комбинации обязательности и вознаграждений. Большинство людей знают, что им нужно планировать пенсию и делать пенсионные сбережения (или их к этому побуждает правительство), – например, в США 69 % работников утверждают, что они или их супруги имеют накопления. Но далеко не так популярна мысль об инвестициях в здоровую жизнь на пенсии – не обязательно финансовых, но связанных с изменением образа жизни и привычек. Это относится и к правительству, которое во многих странах выделяет на пенсии большую долю ВВП, чем на медицинские услуги, несмотря на то, что для пожилых граждан обе проблемы одинаково актуальны.

e-Patient Dave приводит в пример OpenAPS.org – бесплатное решение, разработанное сообществом пациентов с диабетом, благодаря которому система искусственной поджелудочной железы доступна любому человеку с совместимым устройством. OpenAPS взаимодействует с различными инсулиновыми помпами и глюкометрами, поддерживая безопасный уровень глюкозы в крови, и является промежуточным звеном между отдельными инсулиновыми помпами и запатентованными системами искусственной поджелудочной железы, на официальное утверждение которых уйдут годы.

П. Сонье считает, что контроль за здоровьем может стать «игровым» процессом. Например, мобильные игры для определения первых признаков болезни Альцгеймера или чувствительные к движению игровые приставки, которые помогают людям встать с дивана. «Это не медицинское назначение, а способ побудить людей больше двигаться, – говорит он. – Всё это приводит к изменениям в поведении».

Многие эксперты соглашаются, что поощрение – финансовое или социальное в виде давления общества — поможет людям активнее заботиться о своем здоровье.

Работодатели также могут внести свой вклад в такие перемены. Всё чаще компании пропагандируют эффективные программы медицинского страхования и поощряют сотрудников за здоровый образ жизни так же, как многие поддерживают персонал в финансовом планировании. Согласно прогнозам, рынок корпоративного здоровья, в который входят, например, оценка рисков на рабочем месте и программы фитнеса, здорового питания и отказа от курения, только в Азиатско-Тихоокеанском регионе увеличится в 2015- 2024 гг. более чем в два раза – до 7,4 млрд. долларов США. Успешные проекты поддержки здорового образа жизни сотрудников могут лечь в основу более масштабных и амбициозных программ поощрения в сфере здравоохранения на национальном уровне, и цифровые технологии могут сыграть в этом свою роль, позволяя контролировать здоровье и отслеживать результат.

Критерии ценности в будущем.

Смещение приоритетов от лечения болезней к их профилактике будет не быстрым. В ближайшем будущем необходимо предпринять действия, которые лягут в основу этой трансформации. В большинстве случаев соответствующие ресурсы и технологии уже существуют.

Сначала необходимо пересмотреть государственные модели расходов и получения дохода в здравоохранении, чтобы сместить акценты в сторону профилактики заболеваний. Такие организации, как ООН и ВОЗ, считают это необходимым в условиях старения населения Земли.

Как показывает исследование, многие медицинские работники в развивающихся странах уже знают о значимости профилактики, как и население во многих других странах. В Аргентине, например, 68 % опрошенных полагают, что большую часть времени и ресурсов медицинские работники должны тратить на профилактику заболеваний. С ними согласны 64 % опрошенных в Бразилии, 64 % – в США и 62 % – в Китае. Необходимо также изменить процедуры финансирования и компенсации, чтобы поддержать пациентоориентированный подход к здравоохранению, отчасти выходящий за пределы системы.

Полный пересмотр политики.

Затем необходимо начать развивать политику использования данных о здоровье, особенно в медицинских учреждениях, чтобы пациенты брали на себя больше ответственности за свои данные, разбираясь в методах передачи данных с домашних систем мониторинга при необходимости и понимая свою роль в передаче данных между медицинскими работниками или учреждениями. Таким образом можно поддерживать интеграцию систем здравоохранения, содействуя потоку информации о пациентах, и избавлять и без того перегруженных специалистов от лишней административной работы, поощряя дальнейшее развитие.

Если медицинские учреждения примут эффективные и прозрачные правила защиты и использования информации, пациенты будут уверены в безопасности своих данных и начнут с большей готовностью предоставлять их, что приведет к дальнейшему укреплению доверия пациентов к сектору здравоохранения.

Упорядоченные принципы измерения являются ключевым элементом ценностно-ориентированного подхода, основанного прежде всего на систематическом анализе и измерении результатов лечения. Цифровые технологии в здравоохранении могут поспособствовать этому процессу, ведь они позволяют получить данные, необходимые для отслеживания и анализа результатов с течением времени. Однако для эффективного использования необходимо оценить саму технологию. Объективная оценка, демонстрирующая ценность технологий взаимосвязанного медицинского ухода, может способствовать распространению таких технологий – при условии, что финансовый аспект не является единственным критерием ценности и можно рассматривать такие цели, как эффективность результатов лечения.

Разумеется, ответственность за развитие технологий взаимосвязанного медицинского ухода не лежит только на медицинских учреждениях. Технологическая индустрия должна разрабатывать решения в поддержку новой парадигмы здравоохранения и предлагать инструменты как для профилактики и домашнего применения, так и для лечения и профессионального использования.

Хотя смещение акцента в сторону профилактики – это ключевой фактор улучшения результатов лечения, «умные» технологии и обмен данными интегрированной сети, позволяя поставщикам медицинских услуг и пациентам сотрудничать друг с другом, принимать лучшие решения и предоставлять лучшее лечение.

Дорога в будущее медицины.

Прогресс в этих сферах уже заметен в странах с высокими показателями Future Health Index (индекса здоровья будущего) по доступности, интеграции и внедрению технологий взаимосвязанного медицинского ухода – многие из этих стран направляют силы на профилактику, отличаются относительно высокой степенью интеграции систем здравоохранения, внедрения инвестиций и технологий и могут служить примером для других.

Однако, как показывает разница между восприятием и реальностью, даже при высоком индексе необходимо стремиться к тому, чтобы системы здравоохранения больше соответствовали потребностям и ожиданиям медицинских работников и населения и сопоставляли цели с фактическими результатами.

Поскольку улучшение доступности, интеграция и внедрение технологий приведет к лучшим результатам лечения при более низких расходах, т. е. повысит эффективность в будущем, коэффициенты эффективности Future Health Index (индекса здоровья будущего) можно сравнить с показателями восприятия и реальности, чтобы измерить прогресс на пути к перспективной системе здравоохранения. Такая оценка позволяет наглядно сопоставить коэффициенты эффективности и общее восприятие доступности, интеграции и внедрения технологий.

Страны с высоким коэффициентом эффективности, такие как ОАЭ, Саудовская Аравия и Сингапур, имеют высокие показатели восприятия, и наоборот. Эффективность и реальность не так тесно связаны. В Китае, Саудовской Аравии и ОАЭ, например, эффективность выше средней, но показатели реальности относительно низкие, в то время как во Франции, Нидерландах и Швеции высокие реальные показатели при низких значениях эффективности (т. е. при относительно больших затратах). Для устойчивого развития систем здравоохранения в долгосрочной перспективе эти показатели необходимо объединить.

Высокий коэффициент эффективности в сочетании с высокими показателями восприятия и реальности указывает на систему здравоохранения с высокими результатами, которые признаются медицинскими работниками и населением, и низкими затратами, благодаря чему она почти не рискует столкнуться с всеобщим недовольством или финансовыми проблемами.

Правительства, системы здравоохранения и население должны понимать, что, учитывая существующие тенденции, здравоохранение не сможет развиваться, если не выйдет за пределы больниц или будет ограничиваться успешным лечением заболеваний.

В результате больше систем, специалистов и пациентов обращаются к форме здравоохранения, напоминающей Интернет, – всегда доступной и прочно вошедшей в повседневную жизнь.

Ивлев, П. А. Высокотехнологичная медицинская помощь // ГлавВрач. – 2018. – № 11. – С. 4-10.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) – это медицинская помощь, оказываемая с использованием сложных и уникальных медицинских технологий, основанных на современных достижениях науки и техники, высококвалифицированными медицинскими кадрами в профильных лечебных учреждениях, которые имеют лицензию на оказание данного вида помощи.

Высокотехнологичная медицинская помощь – часть специализированной медицинской помощи, которая включает применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы», с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения РФ от 29.05.2018 № 280н «О внесении изменений в Порядок организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 № 930н».

Высокотехнологичная медицинская помощь предоставляется в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи в следующих условиях:

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и включает:

- перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых

осуществляется за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

– перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств, предоставляемых федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в виде иных межбюджетных трансфертов в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и на плановый период.

Высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, предоставляется медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывается:

– федеральными государственными учреждениями, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с частью 6 статьи 34 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

– медицинскими организациями, перечень которых утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации (далее – перечень медицинских организаций) в соответствии с частью 7 статьи 34 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Уполномоченный орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации представляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации перечень медицинских организаций в срок до 20 декабря года, предшествующего отчетному.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на основании сведений территориальных фондов обязательного медицинского страхования представляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в срок до 10 декабря года, предшествующего отчетному.

В случае внесения изменений в перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования представляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации сведения об изменении указанного перечня в течение 30 календарных дней с даты изменения.

Министерство здравоохранения Российской Федерации формирует в специализированной информационной системе перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, в срок до 30 декабря года, предшествующего отчетному.

Медицинские показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи определяет лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи, с учетом права на выбор медицинской организации.

Наличие медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи подтверждается решением врачебной комиссии указанной медицинской организации, которое оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

Медицинскими показаниями для направления на оказание высокотехнологичной медицинской помощи является наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующих применения высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи.

При наличии медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи (далее – направляющая медицинская организация), оформляет направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи на бланке направляющей медицинской организации, которое должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личными подписями лечащего врача и руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации и содержать следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дата его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);
- номер полиса обязательного медицинского страхования и название страховой медицинской организации (при наличии);
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- код диагноза основного заболевания по МКБ-10;
- профиль, наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, показанной пациенту;
- наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).

К направлению на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи прилагаются следующие документы пациента:

1. Выписка из медицинской документации, заверенная личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя (уполномоченного лица) направляющей медицинской организации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Копии следующих документов пациента:

- а) документ, удостоверяющий личность пациента (основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт);
 - документом, удостоверяющим личность лица, трудящегося по найму, занятого или работающего в любом качестве на борту морского судна (за исключением военного корабля), морского судна рыбопромыслового флота, а также судна смешанного (река-море) плавания, используемых для целей торгового мореплавания, является удостоверение личности моряка;
 - документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации;
 - документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
 - документом, удостоверяющим личность лица, ходатайствующего о признании беженцем, является свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а документом, удостоверяющим личность лица, признанного беженцем, является удостоверение беженца.

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

- документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

- разрешение на временное проживание;
- вид на жительство;
- иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

б) свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);

в) полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);

г) страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии).

3. Согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.

Руководитель направляющей медицинской организации или иной уполномоченный руководителем работник медицинской организации представляет комплект документов в течение трех рабочих дней, в том числе посредством специализированной информационной системы, почтовой и (или) электронной связи:

- в медицинскую организацию, включенную в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования;

- в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Пациент (его законный представитель) вправе самостоятельно представить оформленный комплект документов в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования), или в принимающую медицинскую организацию (в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования).

При направлении пациента в принимающую медицинскую организацию оформление на пациента талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы обеспечивает принимающая медицинская организация с прикреплением комплекта документов.

При направлении пациента на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оформление Талона на оказание ВМП с применением специализированной информационной системы обеспечивает орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения с прикреплением комплекта документов и заключения Комиссии органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Срок подготовки решения Комиссии о подтверждении наличия (об отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в принимающую медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления в орган управления здравоохранения комплекта документов.

Решение комиссии оформляется протоколом, содержащим следующие сведения:

- основание создания комиссии ОУЗ (реквизиты нормативного правового акта);

- состав комиссии ОУЗ;

- данные пациента в соответствии с документом, удостоверяющим личность (фамилия, имя, отчество, дата рождения, данные о месте жительства, (пребывания));

- диагноз заболевания (состояния);

- заключение комиссии ОУЗ, содержащее следующую информацию:

- а) о подтверждении наличия медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, код вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов оказания высокотехнологичной

медицинской помощи, наименование медицинской организации, в которую пациент направляется для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

б) об отсутствии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи и рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

в) о необходимости проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования), диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, наименование медицинской организации, в которую рекомендуется направить пациента для дополнительного обследования.

Протокол решения комиссии ОУЗ оформляется в двух экземплярах, один экземпляр подлежит хранению в течение 10 лет в ОУЗ.

Выписка из протокола решения комиссии ОУЗ направляется в направляющую медицинскую организацию, в том числе посредством почтовой и (или) электронной связи, а также выдается на руки пациенту (его законному представителю) по письменному заявлению или направляется пациенту (его законному представителю) посредством почтовой и (или) электронной связи.

Основанием для госпитализации пациента в принимающую медицинскую организацию и медицинские организации, является решение врачебной комиссии медицинской организации, в которую направлен пациент по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Комиссия медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, формируется руководителем медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь. Председателем комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, является руководитель медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь или один из его заместителей.

Положение о комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, ее состав и порядок работы утверждаются приказом руководителя медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь.

Комиссия медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, выносит решение о наличии (об отсутствии) медицинских показаний или наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента с учетом оказываемых медицинской организацией видов высокотехнологичной медицинской помощи в срок, не превышающий семи рабочих дней со дня оформления на пациента Талона на оказание ВМП (за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи).

Решение комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, оформляется протоколом, содержащим следующие сведения:

1) основание создания комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь (реквизиты приказа руководителя медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь);

2) состав Комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь;

3) данные пациента в соответствии с документом, удостоверяющим личность (фамилия, имя, отчество, дата рождения, данные о месте жительства (пребывания));

4) диагноз заболевания (состояния);

5) заключение комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, содержащее следующую информацию:

а) о наличии медицинских показаний и планируемой дате госпитализации пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, код вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи;

б) об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

в) о необходимости проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования), диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, с указанием медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента для дополнительного обследования;

г) о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи с указанием диагноза заболевания (состояния), кода диагноза по МКБ-10, медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента;

д) о наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, с указанием диагноза заболевания (состояния), кода диагноза по МКБ-10, рекомендациями по дальнейшему медицинскому обследованию, наблюдению и (или) лечению пациента по профилю заболевания (состояния).

Выписка из протокола комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, в течение пяти рабочих дней (не позднее срока планируемой госпитализации) отсылается посредством специализированной информационной системы, почтовой и (или) электронной связи в направляющую медицинскую организацию и (или) ОУЗ, который оформил Талон на оказание ВМП, а также выдается на руки пациенту (его законному представителю) по письменному заявлению или направляется пациенту (его законному представителю) посредством почтовой и (или) электронной связи.

В случае наличия медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, отказ в госпитализации отмечается соответствующей записью в Талоне на оказание ВМП.

По результатам оказания высокотехнологичной медицинской помощи медицинские организации дают рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации с оформлением соответствующих записей в медицинской документации пациента.

Направление пациентов из числа граждан Российской Федерации, медико-санитарное обеспечение которых в соответствии с законодательством Российской Федерации относится к ведению Федерального медико-биологического агентства (далее – ФМБА России), в подведомственные ФМБА России федеральные медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется ФМБА России.

Направление пациентов из числа военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, в медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии со статьей 25 Федерального закона от 21.11.2011 г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Направление пациентов, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в федеральные медицинские организации осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.10.2005 № 617 «О Порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний» (зарегистрирован Минюстом России 27.10.2005, рег. №7115).

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Добрюха, А. В. России появились вакцины против рака // Комсомольская правда. – 2019. – 16-23 января. – С. 28.

Иммунотерапия станет доступнее.

За этот метод вручили Нобелевскую премию по медицине 2018 года. Напомним, исследователи Джеймс Эллисон и Тасуку Хондзё доказали, что мощным оружием против онкоболезней может стать иммунитет самого пациента, перепрограммированный определенным образом. На основе их открытия разработаны лекарственные препараты, которые применяются на практике для лечения злокачественных опухолей. Одним из самых известных пациентов, спасенных с помощью иммунотерапии, стал 90-летний экс-президент США Джимми Картер, у которого обнаружили последнюю стадию меланомы (самый агрессивный рак кожи) с множественными метастазами в печень и головной мозг.

В России сегодня зарегистрировано несколько импортных иммуноонкологических препаратов для лечения рака. Эти лекарства в редких случаях пациентам удастся получить бесплатно в индивидуальном порядке (через врачебную комиссию клиник, а то и через суд). Либо можно попробовать купить их за свой счет. Главная проблема – огромная стоимость препаратов: 6,5-10 млн. руб. На курс лечения. Эксперты поясняют, что цена может ощутимо снизиться, когда появятся отечественные лекарства такого класса.

– Российские исследователи активно работают над созданием иммуноонкологических вакцин, в 2018 году достигнуты заметные, успехи. И с 2019-го планируется начать применение таких препаратов, – говорит главный онколог Минздрава, руководитель Национального медицинского исследовательского центра радиологии, академик РАН Андрей Каприн. – У нас (в НМИЦ радиологии). Есть свой центр клинических исследований, коллектив готов начинать клинические испытания. Мы обязаны идти в ногу со временем, не можем оставаться в стороне от прорывного направления.

Иммунотерапия, безусловно, будет развиваться в России – как направление комплексного лечения, уточняет академик. На практике она, как правило, успешно работает именно в сочетании с другими видами лечения, в первую очередь – с лучевой терапией. И в этой области за последнее время в нашей стране удалось сделать многое.

Ядерная медицина: когда уже нельзя делать операцию.

– Важнейшее направление в борьбе против рака – онкорadiотерапия. Это разновидность ядерной медицины, которая использует ионизирующее излучение для высокоточной диагностики и лечения онкологических заболеваний, – поясняет академик Каприн. – Лучевая терапия позволяет успешно лечить, сокращая использование агрессивной химиотерапии с тяжелыми побочными эффектами. В ряде случаев удастся помогать так называемым неоперабельным пациентам. К нам попал больной в тяжелом состоянии с раком кишечника IV стадии (заболеваемость этим видом рака сейчас растет во всем мире, и в России в том числе). Были метастазы в печень, а после курса химиотерапии развился цирроз. Операция была противопоказана из-за высокого риска гибели пациента. И мы применили новый метод – сеанс высокоэнергетической брахитерапии радиоактивным источником на основе иридия 192.

Брахитерапия – это процедура, при которой источник излучения вводится в опухоль и высокоточно уничтожает раковые клетки, не повреждая окружающие ткани. Пациент хорошо перенес лечение, вскоре после операции смог двигаться, самостоятельно питаться. Также низкодозная брахитерапия с использованием микроисточника йод-125 позволяет в большинстве случаев полностью излечить рак предстательной железы. Совместно с Физико-энергетическим институтом им. А. И. Лейпунского мы ведем поиск методов применения этого изотопа для лечения пациенток с раком молочной железы. И впервые в мире мы применили метод брахитерапии при лечении рака поджелудочной железы. Операция прошла хорошо, больной находится под наблюдением.

Айрапетян, Л. Искусственный интеллект обладает потенциалом распознавания генетических заболеваний по фотографии // Медицинский вестник. – 2019. – 10 янв. – Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Iskusstvennyi-intellekt-obladaet-potencialom-raspoznavaniya-geneticheskikh-zabolevanii-po-fotografii.html>

По данным экспертов компании FDNA, генетические заболевания теперь можно обнаружить по фотографии с помощью программы DeepGestalt на основе искусственного интеллекта (ИИ). Для работы программы необходимо лишь скачать приложение Face2Gene на телефон и сделать фотографию лица пациента, пишет Nature Medicine.

Face2Gene используется 70% генетиков мира в 2000 клинических центрах в 130 странах. Разработанное бостонской компанией FDNA приложение основано на новой программе анализа лица DeepGestalt, которая использует машинное зрение и алгоритмы глубокого обучения для распознавания генетических заболеваний по фотографии лица.

По мнению ведущего специалиста по технологиям FDNA Ярона Гуровича (Yaron Gurovich), такой подход несовершенен, однако ИИ в данном вопросе действует эффективнее людей. Врачи уже начали применять новую программу в качестве вспомогательного средства, но тем не менее ИИ пока не может ставить точный диагноз.

Текущее исследование было разработано, чтобы продемонстрировать эффективность новой технологии. В ходе одного эксперимента программе DeepGestalt представили фотографии пациентов с синдромом Нунан для определения одной из пяти возможных генетических мутаций в каждом случае. Результаты, представленные программой ИИ, были точны на 64%.

При проведении другого эксперимента DeepGestalt изучила 502 изображения пациентов с 92 различными синдромами и успешно обнаружила заболевания с точностью в 91%. Специалист в области вычислительной биологии из Оксфордского университета (University of Oxford) Кристофер Неллокер (Christoffer Nellaker), не принимавший участия в исследовании, заявил New Scientist, что новый подход с применением ИИ может помочь сократить время диагностики редких заболеваний.

Ярон Гурович и его коллеги сейчас работают над тем, чтобы расширить сферу применения новой технологии.

Айрапетян, Л. Оценен потенциал искусственного интеллекта при обнаружении болезни Альцгеймера // Медицинский вестник. – 2018. – 11 нояб. – Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Ocenen-potencial-iskusstvennogo-intellekta-v-obnaruzhenii-bolezni-Alcgeimera.html>

По данным ученых из Отдела радиологии и биомедицинской визуализации Калифорнийского университета (Department of Radiology and Biomedical Imaging, University of California) в Сан-Франциско, искусственный интеллект (ИИ) улучшает визуализацию головного мозга, позволяя распознать риск возникновения болезни Альцгеймера на ранней стадии. Результаты исследования представлены в Radiology.

Калифорнийские ученые изучили более 2000 ПЭТ-изображений с 18F-фтордезоксиглюкозой (ФДГ) у 1000 пациентов из исследования «Инициативы по нейровизуализации болезни Альцгеймера» (Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative). Эксперты протестировали ИИ сначала на 90% данных, а затем на оставшихся 10%. В результате было установлено, что ИИ научился успешно идентифицировать признаки метаболизма, характерные для болезни Альцгеймера.

Тестирование ИИ на случайно выбранном наборе ПЭТ-изображений 40 ранее не исследованных пациентов в 100% случаев показало способность обнаруживать заболевание в среднем за 6 лет до установления окончательного диагноза. По словам одного из авторов исследования д-ра Джае Хо Сон (Jae Ho Sohn), раннее обнаружение болезни Альцгеймера предоставляет возможность разработать способы ее лечения. Кроме того, заблаговременное предупреждение о риске развития болезни может помочь сохранить здоровье пациента, так как зачастую к моменту установления диагноза работа мозговых клеток бывает уже нарушена и ситуация становится критичной.

Радиофизики создают систему ранней диагностики рака молочной железы // Медицинский вестник. – 2019. – 21 янв. – Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Radiofiziki-sozdaut-sistemu-rannei-diagnostiki-RMJ.html>

Радиофизики Томского государственного университета (ТГУ) разрабатывают устройство, предназначенное для выявления рака молочной железы (РМЖ) на ранней стадии, а также для неинвазивной диагностики крови и заболеваний внутренних органов с помощью радиоволн. Система представляет собой полусферу из тонкого пластика, на которой расположен набор датчиков. Предварительные эксперименты показали, что устройство способно выявлять неоднородности с помощью анализа диэлектрической проницаемости.

Существующий и наиболее распространенный метод диагностики внутренних органов человека – рентгеновская томография, но он работает для поиска уплотнений тканей. Однако часто плотность тканей не характеризует возникновение опухоли, и это затрудняет диагностику, пояснил профессор радиофизического факультета ТГУ Владимир Якубов. «Более точный параметр – диэлектрическая проницаемость среды. Она в основном определяется содержанием влаги, чем массы. Изменение концентрации воды отражается при возникновении разного рода заболеваний при ранней диагностике. Таким образом, анализ и диагностику патологий можно проводить с помощью радиоволн», – цитирует его пресс-служба вуза.

Ученые провели ряд предварительных исследований, выявляя инородные предметы в застывшем свином жире, служившем упрощенной моделью грудной железы женщины. В результате были разработаны методы фокусировки излучения, позволяющие получать изображения скрытых внутри жира неоднородностей. Используя этот метод, радиофизики планируют создать систему для ранней диагностики РМЖ.

Исследование ведется на базе радиофизического факультета ТГУ и Сибирского физико-технического института. Проект поддержан фондом им. Д.И. Менделеева и грантом Российского научного фонда.

Уважаемые коллеги!

Если Вас заинтересовала какая-либо статья, и Вы хотите прочитать ее полностью, просим отправить заявку на получение копии статьи из данного дайджеста через сайт МИАЦ (<http://miac.samregion.ru> – баннер «Заявка в библиотеку», «Виртуальная справочная служба»), по электронному адресу sonmb-sbo@medlan.samara.ru.

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с «Прейскурантом цен на платные услуги, выполняемые работы» услуга по копированию статей оказывается на платной основе (сайт МИАЦ <http://miac.samregion.ru> – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ




Адрес: 443095, г. о. Самара, ул. Ташкентская, д. 159

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье – выходной день

-  (846)956-48-10 – заведующий библиотекой
-  (846) 979-87-90 – обслуживание читателей
-  (846) 979-87-91 – справочно-библиографическое обслуживание

✉ sonmb-sbo@miac.samregion.ru ✉ sonmb@miac.samregion.ru

Сайт: <http://miac.samregion.ru>