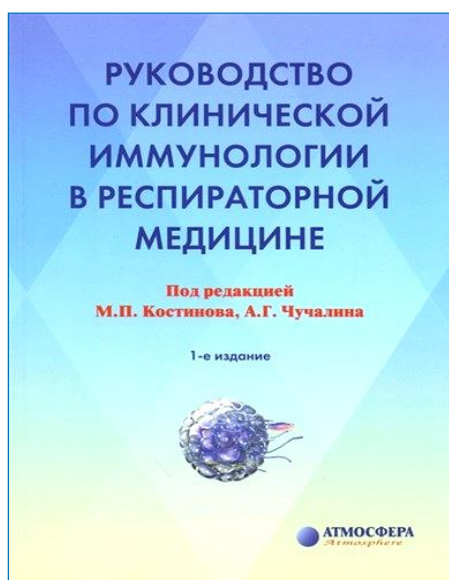




Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№3 (март), 2019



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	25
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	30

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Национальный проект «Здравоохранение»: цели и целевые показатели // Управление качеством в здравоохранении. – 2019. – № 1. – С. 3-13.

Минздрав России утвердил новый национальный проект «Здравоохранение» (далее – Национальный проект).

Проект межведомственный, в нем участвуют 10 федеральных органов исполнительной власти, госкорпорации, «Российский экспортный центр» и все регионы России. Национальный проект включает в себя 8 федеральных проектов:

1. «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».

2. «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

3. «Борьба с онкологическими заболеваниями».

4. «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».

5. «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами».

6. «Завершение формирования сети Национальных медицинских исследовательских центров, внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения».

7. «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)».

8. «Развитие экспорта медицинских услуг».

На основе национального проекта в каждом субъекте Российской Федерации должны быть разработаны региональные проекты в соответствии с утвержденным графиком.

Принципы, которые легли в основу национального и региональных проектов:

– создание системы профилактики заболеваний;

– обеспечение качества медицинской помощи;

– обеспечение доступности медицинской помощи;

– комфортность при оказании медицинской помощи;

– инновационное развитие и внедрение новых медицинских технологий.

Главные цели и целевые показатели нацпроекта до 2024 года.

Цели и целевые показатели:

1. Снижение смертности населения трудоспособного возраста до 350 случаев на 100 тыс. населения.

2. Снижение смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения.

3. Снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных, до 185 случаев на 100 тыс. населения.

4. Снижение младенческой смертности до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей.

5. Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

6. Обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год.

7. Обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

8. Оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу.

9. Увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 годом (до 1 млрд. долларов США в год).

1. *Снижение смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения).*

60 новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации будут включены в клинические рекомендации к концу 2024 г.

750 краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организаций внедрят системы контроля качества медицинской помощи, включающие, в том числе, инновационные медицинские технологии и критерии оценки качества медицинской помощи, к концу 2024 г.

135 тыс. дистанционных консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий будет проведено к концу 2024 г.:

2. *Снижение смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. человек).*

В течение 2019-2024 гг. будут переоснащены, в том числе оборудованием для проведения рентгенэндоваскулярных методов лечения:

- 140 региональных сосудистых центров;
- 469 первичных сосудистых центров.

3. *Снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. человек).*

420 центров амбулаторной онкологической помощи будут организованы в 85 субъектах РФ к концу 2024 г.

160 региональных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями (диспансеров/больниц), будут переоснащены медицинским оборудованием к концу 2024 г.

18 референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических исследований и лучевых методов исследований будут созданы к концу 2020 г.

45 федеральных медицинских организаций, имеющих в своей структуре онкологические подразделения, будут переоснащены медицинским оборудованием к концу 2024 г.

70% аудитории граждан старше 18 лет будут охвачены информационно-коммуникационной кампанией, направленной на раннее выявление онкологических заболеваний и повышение приверженности к лечению, по основным каналам: телевидение, радио и в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», к концу 2024 г.

4. *Снижение младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей).*

52,5 тыс. специалистов пройдут обучение в симуляционных центрах в области перинатологии, неонатологии и педиатрии.

40 детских больниц/отделений будет построено/реконструировано к концу 2024 г.

95% детских поликлиник/детских поликлинических отделений и медицинских организаций реализуют организационно-планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей.

95% детских поликлиник/детских поликлинических отделений будут дооснащены медицинскими изделиями к концу 2020 г.

Ежегодно не менее 1 325 тыс. женщин будут получать медицинскую помощь в период беременности, родов и в послеродовой период, в том числе за счет средств родовых сертификатов.

5.1 *Укомплектованность врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (с 81% 2019 г. до 95% 2024 г.)*

598 тыс. врачей будут работать в медицинских организациях, находящихся в ведении Минздрава России, органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья и муниципальных образований, к концу 2024 г.

5.2 *Укомплектованность должностей среднего медицинского персонала в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (с 90% 2019 г. до 95% 2024 г.)*

1396 тыс. средних медицинских работников будут работать в медицинских организациях, находящихся в ведении Минздрава России, органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья и муниципальных образований, к концу 2024 г.

2100 тыс. специалистов будут допущены к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации специалистов к концу 2024 г.

5.3 Число специалистов, вовлеченных в систему непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий (с 350 тыс. чел. 2019 г. до 1880 тыс. чел. 2024 г.).

114 аккредитационно-симуляционных центров заработают к концу 2021 г.

5000 интерактивных образовательных модулей будут разработаны к концу 2021 г.

20% интерактивных образовательных модулей, размещенных на модернизированном портале непрерывного медицинского образования, будет актуализировано с учетом порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и принципов доказательной медицины.

1880 тыс. специалистов пройдут обучение с использованием дистанционных образовательных технологий и портала непрерывного медицинского образования к концу 2024 г.

6.1 Обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год (с 41,8 % 2019 г. до 70 % 2024 г.).

6.2 Увеличение до 80% охвата детей в возрасте 15-17 лет профилактическими медицинскими осмотрами с целью сохранения их репродуктивного здоровья (с 60% 2019 г. до 80 % 2024 г.).

7.1 Число населенных пунктов с численностью населения свыше 100 до 200 тыс. человек, находящихся вне зоны доступности от медицинской организации или ее структурного подразделения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

78 вертолетных площадок будут построены (реконструированы) при медицинских организациях или на расстоянии, соответствующему не более чем 15-минутному доезду на автомобиле скорой медицинской помощи, к концу 2020 г.

350 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий будут созданы и начнут функционировать, к концу 2020 г.

1200 объектов, находящихся в аварийном состоянии, фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий будут заменены, к концу 2021 г.

1300 новых мобильных медицинских комплексов начнут функционировать к концу 2022 г.

Количество вылетов выполнит санитарная авиация (дополнительно к вылетам, осуществляемым за счет собственных средств бюджетов субъектов РФ).

9. Увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 г. (470 млн. долларов США 2019 г. до 1000 млн. долларов США 2024 г.).

Будет разработана и реализована ежегодная программа коммуникационных мероприятий по повышению уровня информированности иностранных граждан о медицинских услугах, оказываемых на территории Российской Федерации, начиная с 2019 г.

Координирующий центр по вопросам экспорта медицинских услуг будет создан к середине 2019 г.

Будет внедрена система мониторинга статистических данных медицинских организаций по объему оказания медицинских услуг иностранным гражданам, в том числе в финансовом выражении, включая методику расчета показателей к концу 2019 г.

Задача: создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Единая государственная информационная система обеспечит единый цифровой контур в сфере здравоохранения, взаимодействуя с государственными информационными системами в сфере здравоохранения 85 субъектов Российской Федерации, медицинскими информационными системами медицинских организаций, с Единым порталом государственных услуг и функций для предоставления услуг и сервисов гражданам в личном кабинете пациента «Мое здоровье», в 2019 г., далее – ежегодно.

90% медицинских организаций обеспечат межведомственное электронное взаимодействие, в том числе с учреждениями медико-социальной экспертизы, к концу 2021 г.

820 тыс. автоматизированных рабочих мест медицинских работников будет организовано при внедрении и эксплуатации медицинских информационных систем, соответствующих

требованиям Минздрава России в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения субъектов РФ, к концу 2021 г.

В 85 субъектах РФ:

- состоится подключение к единой телемедицинской системе к концу 2022 г.;
- будет завершено внедрение государственных информационных систем в сфере здравоохранения, соответствующих требованиям Минздрава России, и подключение к ним всех медицинских организаций субъекта Российской Федерации, создание на их платформе централизованных систем, что обеспечит преемственность оказания медицинской помощи, маршрутизацию пациентов и мониторинг оказания медицинской помощи по отдельным профилям заболеваний, к 2023 г.;
- будет внедрена система электронных рецептов и автоматизированное управление льготным лекарственным обеспечением к концу 2023 г.

Бойцов С. А. Совершенствование медпомощи пациентам с болезнями системы кровообращения в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» / С. А. Бойцов, А. Е. Демкина // Управление качеством в здравоохранении. – 2019. – № 1. – С. 22-25.

Во исполнение Указа Президента от 07.05.2018 № 204 Минздрав разработал нацпроект «Здравоохранение». В структуру нацпроекта входит федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (далее – проект), направленный на снижение бремени сердечно-сосудистых заболеваний. Рассмотрим цели, задачи и показатели проекта, а также актуальные проблемы первичной и вторичной профилактики болезни системы кровообращения.

Проект нацелен на совершенствование медпомощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) и острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Увеличить продолжительность жизни и улучшить здоровье населения невозможно без снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и ее осложнений. Особенности заболеваемости – высокая смертность среди мужчин до 60 лет, вариабельность смертности между регионами, большинство смертей вне стационаров, сложности и неточности кодирования хронических форм ишемической болезни сердца (ИБС).

У проекта 2 индикатора успешности: смертность от инфаркта миокарда (ИМ) и смертность от ОНМК на 100 тыс. населения.

Есть 5 дополнительных показателей:

- больничная летальность от ИМ (в процентах);
- больничная летальность от ОНМК (в процентах);
- отношение числа рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях к общему числу выбывших больных с ОКС (в процентах);
- количество рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях;
- доля профильных госпитализаций пациентов с ОНМК, доставленных автомобилями скорой помощи (в процентах).

Конечная цель проекта – снизить смертность от болезней системы кровообращения с 587,6 на 100 тыс. населения в 2017 году до 450 в 2024 году, то есть на 23,4%.

Оснащение сосудистых центров и отделений.

Запланировано переоснащение не менее 140 региональных сосудистых центров и 469 первичных сосудистых отделений, включая оборудование для ранней медицинской реабилитации. Часть первичных сосудистых отделений будут дооснащены оборудованием для рентген-эндоваскулярных вмешательств. Регионы планируют закупить 223 магнитно-резонансных томографа, 495 компьютерных томографов и 278 ангиографических систем.

Необходимость переоснащения вызвана двумя причинами. Оснащение центров и отделений происходило в 2008-2012 годах, и часть оборудования вышла из строя или выработала технический ресурс и не обеспечивает должную диагностику и лечение. Острые сосудистые катастрофы вносят значимый вклад в смертность и в случае спасения жизни, при недостаточно

эффективном лечении в остром периоде, приводят к повторным ОКС и ОНМК или тяжелой хронической патологии и инвалидности.

Совершенствование медпомощи пациентам с ОКС.

Необходимо добиваться:

- исключительно профильной госпитализации больных с ОКС в сосудистые центры и отделения;
- маршрутизации больных с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСнST) преимущественно в центры, выполняющие чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ), с соблюдением временных ориентиров и использованием фармакоинвазивной тактики;
- сокращения времени от прибытия в стационар до начала ЧКВ;
- проведения тромболитической терапии в случае развития ОКСнST вне стационара исключительно на догоспитальном этапе;
- увеличения частоты ЧКВ не только при ОКСнST, но и у больных с ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST);
- перевода в сосудистый центр для реваскуляризации больных с ОКСбпST с высоким и средним риском;
- расширения методов лечения ОКС, осложненного острой сердечнососудистой недостаточностью, – применение баллонной аортальной контрапульсации, современной искусственной вентиляции легких, экстракорпоральной мембранной оксигенации.

Этим действиям должны сопутствовать формирование центральной диспетчерской с подключением к ГЛОНАСС, включение в бригаду скорой врача и фельдшера или двух фельдшеров, расширение количества и формата телеконсультаций.

Комплекс мер должен обеспечить снижение смертности от ИМ с 40,6 на 100 тыс. населения в 2017 году до 30,6 в 2024 году, от ОНМК – 92,9 до 71,1. Такое снижение обеспечит 23 % вклада в достижение целевого показателя смертности от болезней системы кровообращения – 450 случаев на 100 тыс. населения в 2024 году. Чтобы достичь цели, предстоит проделать огромную работу по организации экстренной помощи пациентам с острой сосудистой патологией. Для сохранения еще 77% жизни надо создать региональные сосудистые программы.

Создание региональных программ.

Всем регионам нужно разработать и утвердить комплексные программы совершенствования медпомощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Программы должны учитывать:

- численность населения в каждом районе;
- особенности дорожной сети;
- расположение региональных сосудистых центров, первичных сосудистых отделений и отделений общей реанимации (зона обслуживания, количество коек);
- расположение, структуру, количество кардиологических и терапевтических коек в стационарах, в том числе в ЦРБ;
- количество терапевтов, врачей общей практики, кардиологов в амбулаторном и стационарном звене на 10 тыс. населения;
- размещение аэродромов и взлетно-посадочных площадок, количество вертолетов санавиации.

Данные надо отразить в электронных паспортах кардиологической службы регионов.

Больных с кардиопатологией нужно лечить преимущественно в кардиологических отделениях. Больных с тяжелыми и жизнеугрожающими сердечно-сосудистыми заболеваниями, в первую очередь с ОКС, декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН) и нарушениями сердечного ритма, – только в кардиологических отделениях с блоками интенсивной терапии.

Улучшение подготовки специалистов.

Важный вопрос реализации проекта – обеспеченность кадрами с условием необходимого распределения. Укомплектованность кардиологами поликлиник – 82%, стационаров – 93%. Но есть кадровый дисбаланс – дефицит кардиологов в малых городах. Решению проблемы будет способствовать федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами».

В половине регионов укомплектованность специалистами по рентген-эндоваскулярным методам диагностики и лечения составляет 100%, в 30 – от 80% до 99%. Поэтому количественный кадровый вопрос неактуален.

Ключевая задача – качество подготовки специалистов. Качественная аккредитация, непрерывное медицинское образование, создание электронных медицинских библиотек на рабочем месте с доступом к мировым научным базам – вот область совершенствования обучения медработников, помимо хорошего знания национальных клинических рекомендаций.

Необходимо понимать важность принципиально нового уровня подготовки руководителей. Грамотное управление – залог эффективного функционирования всей системы.

Совершенствование профилактики болезней системы кровообращения.

Проект и региональные программы уделяют внимание совершенствованию первичной и вторичной профилактики у пациентов с болезнями системы кровообращения.

Первичная профилактика. Нужно повысить информированность граждан о симптомах неотложной сердечно-сосудистой патологии и действиях при развитии клинической картины ОКС и ОНМК. Для этого запланировать рекламные кампании в традиционных СМИ и использовать новые форматы – таргетную и нативную рекламу в интернете, соцсетях и блогах, специальные акции и мероприятия для целевых групп с привлечением общественных организаций и волонтеров, корпоративные программы здоровья.

Формирование общественного здоровья, в том числе через преобразование региональных центров профилактики в центры общественного здоровья и включение в них первичных центров общественного здоровья, преобразованных из центров здоровья, – большой резерв реализации нацпроектов «Здравоохранение» и «Демография».

Программы первичной профилактики доказали эффективность. Например, программа в Польше с 1991 по 2005 год по уменьшению факторов риска – индекса массы тела, уровня глюкозы, холестерина, артериального давления, курения – снизила смертность на 54%. Тогда как вторичная профилактика и специализированное лечение – на 37%.

Чтобы развивать профилактику, надо совершенствовать системы профосмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения. Мероприятия помогут вовремя выявить болезни кровообращения, увеличить охват наблюдения за пациентами с высоким риском осложнений, добиться целевых значений артериального давления, холестерина и глюкозы.

Вторичная профилактика. В амбулаторном и госпитальном звене надо совершенствовать диагностику – внедрять в поликлиниках нагрузочные тесты для верификации ИБС (тредмил, велоэргометрия, стресс - эхокардиография), расширять применение эхокардиографии, суточного мониторинга артериального давления и ЭКГ, дуплексного сканирования сонных и бедренных артерий, определять натрийуретические пептиды в поликлиниках и стационарах.

Пока имеются серьезные недоработки в диагностике сердечно-сосудистых заболеваний. По данным регистра РЕКВАЗА, при амбулаторном лечении стресс-тесты проведены 2,8% пациентов, ЭхоКГ – 28%, дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов – 7,8%, холтеровское мониторирование электрокардиографии – 7,5%.

Без соблюдения диагностических алгоритмов нельзя правильно поставить диагноз и определить прогноз. Как результат – несвоевременное выявление патологии, гипердиагностика, нерациональная фармакотерапия и в итоге увеличение смертности.

Своевременная диагностика хронической сердечной недостаточности.

Актуальная проблема в кардиологии – своевременная диагностика хронической сердечной недостаточности (ХСН). ХСН – финал практически всех заболеваний сердечно-сосудистой системы. Основные причины ХСН – артериальная гипертензия (95,5%), ИБС (69,7%) и сахарный диабет (15,9%). Комбинация ИБС и артериальной гипертензии встречается у большинства больных ХСН. Перенесенные ИМ или ОКС приводят к развитию сердечной недостаточности у 15,3% больных.

В стране 12 млн. больных ХСН, из них треть моложе 60 лет, у 3,4 млн. – терминальная стадия. Смертность пациентов с ХСН выше в 10 раз по сравнению с популяционным уровнем. Средняя продолжительность жизни больных ХСН I-II функционального класса – 7,8 года, максимум 15,1. У больных III-IV функционального класса – 4,8 года, максимум 10,1.

Диагностика ХСН, особенно ранних стадий, затруднена, так как пациенты не предъявляют специфических жалоб. Еще сложнее диагностировать ХСН с сохранной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). При этом, по данным регистров ADHERE, OPTIMIZE-HF, EHFS II, ФВ ЛЖ больше 40% зарегистрирована у 43-54% больных.

У пациентов с сохранной ФВ ЛЖ золотым стандартом постановки диагноза является не только ЭхоКГ, но и определение натрийуретического пептида. По данным регистра ХСН, в 2013-2015 годах натрийуретический пептид определялся только у 4% пациентов стационаров и 2% пациентов поликлиник.

Профильная госпитализация.

Надо добиться профильной госпитализации пациентов с ХСН только в кардиологические отделения. Сейчас 40% лечатся в терапевтических отделениях. Совершенствование экстренной помощи при ОКС и ОНМК посредством создания сосудистых центров и отделений не должно сопровождаться уменьшением кардиологических коек для пациентов с ИБС, нарушениями сердечного ритма и ХСН.

Нужно учитывать, что снижение летальности пациентов с ОКС на 25% увеличит численность больных с ХСН на 25%. Поэтому, совершенствуя методы лечения одной патологии, надо прогнозировать не только ожидаемые положительные результаты, но и рост осложнений в отдаленный период.

Эффективная профилактика внезапной смерти.

Наиболее высокая частота внезапной смерти регистрируется у лиц в возрасте 35-44 лет, то есть самого активного населения. Более 80% смертей происходит вне клиник.

Эффективный метод профилактики внезапной смерти у пациентов с высоким риском жизнеопасных тахикардий и ХСН – имплантация кардиовертера-дефибриллятора. Рандомизированные клинические исследования показали эффективность имплантации кардиовертера-дефибриллятора пациентам с устойчивой желудочковой тахикардией и эпизодами фибрилляции желудочков, а также ХСН с ФВ ЛЖ менее 35%. Однако количество имплантаций недостаточно – 12 на 1 млн. населения в 2016 году, тогда как в Германии – 360, Великобритании – 105, Италии – 237, Франции – 118, Западной Европе – 205.

Наблюдение хронических больных.

Для своевременного выявления хронической формы ИБС нужно расширять практику нагрузочного тестирования. Успешность лечения определяется сочетанием оптимальной медикаментозной терапии и своевременной реваскуляризации миокарда.

Контроль АД. Улучшить контроль артериального давления в рамках диспансерного наблюдения поможет дистанционный мониторинг – наблюдение за пациентами с помощью автоматической передачи и обработки данных. Мониторинг внедряется в 25 регионах. Наблюдение позволяет уменьшить число гипертонических кризов и увеличить число лиц с целевым уровнем давления до 60%.

Бесплатные лекарства. Увеличить приверженность лечению с отчетливым медико-экономическим эффектом помогает длительное бесплатное лекарственное обеспечение больных, перенесших ОКС, ОНМК, эндоваскулярные и кардиовмешательства. Практика многих стран и Кировской области показала, что бесплатное обеспечение жизненно важными препаратами оправданно для пациентов с наиболее частыми видами сердечнососудистой патологии – артериальной гипертонией, ИБС и их комбинацией. Чтобы бесплатно лечить всех пациентов с артериальной гипертонией, ИБС, ФП и ХСН, потребуется 70 млрд. руб. в год.

Маршрутизация. К 2024 году все медорганизации внедрят цифровые технологии и платформенные решения в рамках федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)». Планируется создать единую вертикальную систему взаимодействия национальных медицинских исследовательских центров с медорганизациями третьего уровня по профилю и взаимодействию последних с медорганизациями второго и первого уровня.

Через личный кабинет «Мое здоровье» пациенты смогут записаться на прием или профосмотр, вызвать врача, подать заявку на полис ОМС, изучить свою электронную меддокументацию.

Каприн, А. Д. Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями»: запланированные мероприятия / А. Д. Каприн [и др.] // Управление качеством в здравоохранении. – 2019. – № 1. – С. 34-40.

Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» – одно из направлений национального проекта «Здравоохранение». Цель проекта – снижение смертности от новообразований до 185 случаев на 100 тыс. населения (для сравнения – в 2018 году этот показатель составил 199,9 случаев). Для достижения поставленной цели планируется организовать центры амбулаторной онкологической помощи, разработать региональные схемы маршрутизации пациентов, переоснастить медицинские учреждения, обучить персонал и ряд других мероприятий.

Заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний в России и других регионах.

Онкологические заболевания – одна из ведущих причин в структуре смертности мирового населения. Ежегодно от рака погибают более 9,5 млн. человек и выявляются более 18 млн. новых случаев злокачественных новообразований.

В России в 2017 году выявлено более 600 тыс. случаев злокачественных новообразований.

Задачи проекта.

В марте 2018 года в послании Федеральному собранию Президент Российской Федерации В.В. Путин поставил перед страной задачу «...реализовать специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями, активно привлечь к этой задаче науку, отечественную фармакологическую индустрию, провести модернизацию онкологических центров, выстроить комплексную систему от правильной диагностики до своевременного эффективного лечения, которая позволит защитить человека».

В сентябре 2018 года на первом Международном форуме онкологии и радиологии руководитель Росздравнадзора М. А. Мурашко призвал онкологов и радиологов совместно со специалистами его ведомства выработать четкие стандарты онкологической помощи, начиная от подозрения на злокачественное заболевание, наблюдения пациента с фоновым или предраковым заболеванием и кончая реабилитацией, сопровождением пациента на протяжении всей жизни. Глава ведомства также отметил, что «сопровождение онкологического пациента должно быть в формате онлайн – важно оценивать все этапы диагностики и лечения, минимизировать возможные риски, которые возникают при применении новых технологий, препаратов и методик лечения». У населения и среди медицинского сообщества необходимо сформировать тотальную настороженность к онкологическим заболеваниям.

Задачи федерального проекта:

- повысить долю выявленных на ранней стадии злокачественных образований;
- повысить долю больных со злокачественными образованиями, состоящих на учете 5 и более лет;
- снизить показатель одногодичной летальности больных злокачественными новообразованиями.

Организация центров амбулаторной онкологической помощи.

Главное нововведение проекта – организация центров амбулаторной онкологической помощи. Центры будут создаваться как структурные подразделения медорганизации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь. В них можно будет получить быструю и качественную диагностику при подозрении на злокачественное новообразование, пройти химиотерапевтическое лечение, реабилитацию в условиях, приближенных к месту проживания пациентов. Помощь будет оказываться в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

К 2024 году в стране должно функционировать около 400 центров амбулаторной онкологической помощи. С открытием центров определенный объем оказания медпомощи онкологическим больным будет перенесен со стационарного звена на амбулаторный.

Маршрутизация движения пациентов.

Для адекватной системы оказания высокоспециализированной медицинской помощи важно выстроить четкую маршрутизацию движения пациентов от первичного обращения до законченного случая. С этой целью субъекты РФ разработают четкую маршрутизацию с учетом

региональных особенностей, пропишут сроки оказания медицинской помощи на каждом этапе и будут следить за их соблюдением.

При разработке маршрутизации необходимо учесть все локализации новообразований, в том числе те, при которых сразу необходимо направить пациента в федеральные специализированные центры. Также необходимо использовать все имеющиеся в регионе ресурсы (федеральные центры, ведомственные ЛПУ, проекты государственно-частного партнерства). В каждом субъекте должны быть назначены должностные лица, отвечающие за соблюдение порядка маршрутизации на каждом этапе.

Развитие федеральных и региональных онкологических центров.

В федеральном проекте – техническое переоснащение региональных учреждений, в которых оказывают помощь онкологическим больным, а также развитие федеральных онкологических центров, формирование сети протонных центров – наиболее инновационной части ядерной медицины. Параллельно будет создана сеть референс-центров для второго экспертного мнения по таким диагностическим методам, как морфология, иммуногистохимия, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Планируется создать 18 таких центров.

Обучение кадров.

Отдельная часть научной онкологической программы – устранение дефицита кадров в онкологической службе. Но для решения этой задачи важно не только увеличить количество врачей и среднего медперсонала, но создать новую генерацию кадров, включая инженерный персонал. При подготовке таких специалистов целесообразно использовать кластерный подход, объединяя усилия Минздрава и Минобрнауки России. Будут формироваться кластеры по подготовке радиохимиков, медицинских физиков, радиофизиков – тех специалистов, без которых не может развиваться радиология.

В первичном звене специальному обучению подлежат не только все участковые врачи, но и узкие специалисты, работающие в амбулаторных учреждениях. С этой целью Минздрав уже разработал специальную информационную дистанционную программу, которая позволяет врачу определить уровень знаний в вопросах диагностики онкологических заболеваний и при необходимости повысить его с помощью понятного, хорошо иллюстрированного учебного материала. В настоящее время уже 80% участковых терапевтов прошли обучение по этой программе и получили соответствующий сертификат. На следующем этапе обучение пройдут врачи общей практики, семейные врачи, участковые педиатры, а также узкие специалисты.

Важно научиться как можно раньше выявлять онкологическую патологию, фоновые и предраковые заболевания. Повышенная онконастороженность приведет к ранней диагностике заболеваний и лучшему прогнозу.

Таким образом, общая система развития онкологической помощи в стране должна слагаться из составляющих функциональных компонентов для решения задач федерального проекта в регионах и национальных стратегических задач:

- ориентация на человека (пациента и медицинского работника) по принципу обратной связи, медико-социальная направленность деятельности;
- целенаправленное и эффективное управление на основе стратегического планирования и инновационного менеджмента, профессионализм, стремление и поощрение к приобретению новых знаний, обучению;
- научный, комплексный и методический подход к развитию службы и взаимодействию между врачами и пациентами;
- эффективное и законное использование внешних и внутренних ресурсов (политических, информационных, научных, административных, кадровых, организационных, финансовых и пр.);
- создание сбалансированной (без грубых диспропорций) системы стимулов, мотивирование к профессиональной деятельности;
- организация информационного пространства регионального здравоохранения на основе современных электронных технологий, обеспечивающих автоматизацию, координацию и информационные потребности участников;
- максимальная информационная открытость («знания, которыми не делятся, умирают»).

Учет онкологических больных.

Для полноценного учета онкологических больных будет сформирован единый цифровой онкологический контур. В настоящее время введена система учета лечения и диагностики онкологических заболеваний через обязательное медицинское страхование. Добавлены поля, которые показывают, какие клинико-статистические группы используются, какие химиотерапевтические препараты применяют, анализируется объем и качество оказываемой помощи. Основные задачи учета ФОМС: контроль использования, эффективности и доступности технологий лечения, диагностики, периода ожидания, количество и периодичность лечебных и диагностических процедур.

В рамках проекта планируется создать национальный канцер-регистр – единую базу данных по заболеваемости, наблюдению за состоянием пациента, смертности с учетом нозологического, регионального и половозрастного распределения. Благодаря регистру можно будет сравнивать показатели разных регионов.

Сопоставление данных из системы ОМС и канцер-регистра позволит эффективно планировать бюджет, управлять финансированием, развивать персонифицированную медицину.

Соблюдение сроков оказания медпомощи.

Достижение поставленных целей возможно при слаженной работе всего медицинского сообщества, в первую очередь медицинских работников первичного звена.

При подозрении на злокачественное новообразование пациента нужно направить в центр амбулаторной онкологической помощи в течение 5 рабочих дней. В центре ему проведут комплекс дифференциально-диагностических мероприятий, морфологическую верификацию. Результат обследования пациент должен получить в течение 15 рабочих дней с даты обращения к врачу. Также необходимо своевременно направлять пациентов на уточняющую диагностику в региональные онкологические диспансеры и при необходимости в национальные медицинские исследовательские центры для определения метода лечения.

Срок не должен превышать 10 календарных дней с даты гистологической верификации злокачественного новообразования или 15 календарных дней с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования.

Важная организационная задача – взаимодействие по типу обратной связи специалистов учреждений общей лечебной сети (поликлиники, городские и сельские больницы, врачебные амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты), которые заподозрили злокачественное новообразование, со специалистами центра амбулаторной онкологической помощи, в котором больному впервые был установлен и подтвержден диагноз, с целью получения информации о проведенном лечении и своевременном диспансерном наблюдении.

Первые результаты.

В ряде регионов уже добились определенных успехов в реализации проекта. К примеру, значительно снизилась смертность от новообразований на территории Воронежской области. В 2017 году показатель смертности в данном регионе составил 178,8 на 100 тыс. населения. В Воронежской области организовано 9 межрайонных консультативных онкологических кабинетов на базе крупных районных больниц. Основные функции кабинетов: консультативная помощь больным с подозрением на злокачественное новообразование, уточняющая диагностика, назначение и корректировка лекарственной терапии онкологических больных по рекомендациям областного онкологического диспансера.

Благодаря комплексу мер, направленных на профилактику и раннее выявление заболеваний, в некоторых регионах Приволжского федерального округа за 11 месяцев 2018 года также отмечена тенденция к снижению показателей смертности от злокачественных новообразований. Показатели смертности снизились: в Республике Мордовия (171,8 на 100 тыс. населения, снижение на 0,7%), Нижегородской области (171,4, снижение на 5,2%), Пензенской области (194,8, снижение на 4,9%), Самарской области (188,0, снижение на 2,8%) и Саратовской области (189,7, снижение на 3,2%).

Минздрав России отметил необходимость совместной работы национальных медицинских исследовательских центров с практическим здравоохранением регионов. Мероприятия национальной онкологической программы – существенный шаг на пути оптимизации работы учреждений общелечебной сети и онкологической службы в субъектах РФ и повышения качества оказания онкологической помощи населению.

Повышение эффективности системы здравоохранения в условиях борьбы с онкологическими заболеваниями включает в себя:

- системный мониторинг эффективности проводимых реформ и возможности корректировок точечных мероприятий;
- регион-специфичный подход к алгоритмам ранней диагностики и профилактики онкологических заболеваний (программа диспансеризации и скрининга);
- контроль обоснованности назначения и расхода дорогостоящих лекарственных препаратов;
- планирование оснащения онкологических центров высокотехнологичным оборудованием в зависимости от структуры заболеваемости в регионе;
- автоматизация маршрутизации пациентов.

Проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» тесно связан с другими федеральными проектами: развитием национальных медицинских исследовательских центров - кураторов онкологической службы по регионам, обеспечением онкологической программы квалифицированными кадрами, созданием единого цифрового контура в здравоохранении.

Комплексные мероприятия по раннему выявлению новообразований, онконастороженности, переоснащению онкологических диспансеров, развитию информационных технологий и созданию канцер-регистра позволят решить поставленные задачи и добиться высоких результатов в диагностике и лечении онкологических заболеваний.

Мещерский, А. Экономически значимая отрасль // Медицинская газета. – 2019. – № 7 (20 февраля). – С. 1, 5.

Организованный фондом «Росконгресс» и прошедший недавно в Сочи Российский инвестиционный форум (РИФ) является одним из наиболее значимых, где широко освещаются вопросы национальной и глобальной экономической повестки, проводится презентация инвестиционной политики Правительства РФ.

Вся повестка мероприятия, так или иначе, касалась реализации амбициозных приоритетных национальных проектов, в том числе в сфере здравоохранения и демографии. Именно эти проекты стали принципиально новым подходом для комплексного решения социальных проблем.

В новой парадигме медицина рассматривается, по сути, как самостоятельная экономическая составляющая. Новые роли отводятся и территориям. Именно на их плечи ляжет задача формирования региональной инвестиционной и инновационной среды. Насколько им это по силам, покажет время, которое сегодня и диктует необходимость успешного пути к здоровью.

Оттого-то по-особому – приоритетно, пристально, весомо – на РИФ-2019 прозвучала медицинская тема. Впервые за 18 лет проведения столь масштабного мероприятия стартовый день инвестфорума целиком и полностью посвящался проблеме общественного здравоохранения, демографии, инфраструктуре здорового образа жизни – с утра и до позднего вечера работал форум «Здоровое общество. На пути к цели: 80+». Он проводился при поддержке Министерства здравоохранения РФ и, как и планировалось, стал уникальной и авторитетной профильной площадкой, где обсуждались вопросы здоровья в самом широком смысле.

Приоритетно и весомо.

На форуме действительно состоялся прямой и заинтересованный диалог представителей органов власти с экспертным сообществом для совместного поиска, проработки практических предложений по реализации нацпроектов, направленных на решение задач увеличения продолжительности здоровой жизни россиян.

В приветствии участникам форума Президент РФ В.В. Путин назвал важной общенациональной целью повышение качества и продолжительности жизни. Он выразил уверенность, что по его итогам учёные, врачи, эксперты представят новые подходы по совершенствованию отечественного здравоохранения и демографической политики.

Символичность обсуждения актуальной темы здоровья в рамках РИФ отметила и министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. Она подчеркнула, что «сохранение здоровья россиян –

это абсолютный приоритет национальной политики. Неслучайно форум медицинский предваряет инвестфорум. Ведь лучшие инвестиции в развитие страны – это инвестиции в человеческий капитал, улучшение качества жизни, сохранение здоровья населения. Поэтому, реализуя все нацпроекты, мы должны достичь показателя продолжительности жизни от 80 лет и выше к 2030 г.».

– Мы посмотрели страны, которые выполнили задачу по увеличению продолжительности жизни с 73 до 78 лет. Первой стала Япония, за 15 лет они пришли к 78 годам. США – за 31 год, Швеция и Дания – за 36-38. Мы поставили задачу за неполных 7 лет, к 2024 г., прибавляя по 0,8 года, выйти на 78 лет. Для этого к 2024 г. мы должны сохранить дополнительно 230 тыс. жизней. Это в 40 раз больше, чем то, что мы сохраняем сейчас, – сказала на пленарном заседании министр здравоохранения РФ.

Ещё раз подчеркнём, что векторы развития отрасли заданы Национальным проектом «Здравоохранение», который должен решать задачи, поставленные президентом страны в Майском указе 2018 г. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.». Он предусматривает снижение младенческой смертности и людей трудоспособного возраста от сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований и т.д., доступность медицинской помощи для населения, улучшение её качества, цифровизацию отрасли, ликвидацию кадрового дефицита, проведение эффективной системы мер профилактики, формирование здорового образа жизни.

От проектов – к новым перспективам.

Отличие нынешнего форума от всех предыдущих отметил в своём выступлении председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев. По его мнению, оно в том, что изменилась общая атмосфера, в которой стали проводиться подобные мероприятия. Впервые собравшиеся начали говорить о всестороннем преобразовании страны, причём говорить предельно конкретно.

Премьер-министр подчеркнул, что чиновники на местах теперь будут нести персональную ответственность за реализацию национальных проектов, а он лично и другие члены кабинета министров станут выезжать в регионы, чтобы контролировать исполнение программ.

Иными словами, нацпроекты должны быть всегда заточены под конкретные нужды конкретных регионов. Соответственно должны распределяться и деньги.

Например, в рамках Национального проекта «Здравоохранение» мы планируем создать наибольшее количество фельдшерско-акушерских пунктов там, где они особенно необходимы, где их сейчас практически нет или где существует их дефицит. Это Владимирская, Волгоградская, Рязанская области, Пермский, Красноярский края, некоторые другие регионы.

Рецепты от специалистов.

В мероприятии кроме видных представителей медицинского сообщества, руководителей и профессоров федеральных медицинских клиник, ведущих международных специалистов в области здравоохранения (представитель Всемирной организации здравоохранения в РФ Мелита Вуйнович, руководитель европейского офиса по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, руководитель программы по вопросам питания, физической активности и ожирения Европейского регионального бюро ВОЗ Жоао Бреда) участвовали академики РАН, российские официальные лица, руководство профильных министерств и федеральных агентств, члены Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья, Комитета Совета Федерации по социальной политике, главы и представители субъектов Федерации, ответственные за социальную политику и здравоохранение, представители администраций крупных городов в сфере здравоохранения и социальной политики, представители Правительства и Администрации Президента РФ.

Как известно, сегодня наша страна стоит перед лицом серьёзного демографического вызова – падения рождаемости. Для его преодоления как минимум надо реализовать три главные задачи: сформировать мощную мотивацию к рождению детей, сохранить репродуктивное здоровье женщин и мужчин, снизить младенческую и детскую смертность и обеспечить молодые семьи доступным жильём.

Как обеспечить в России естественное воспроизводство населения? Достаточно ли мер, предусмотренных федеральными проектами по созданию благоприятных условий для рождения детей? Какие новые технологии в состоянии увеличить рождаемость? Ответы на эти и другие

подобные вопросы эксперты пытались найти в рамках панельной сессии «Повышение рождаемости и охрана здоровья детей: основные приоритеты», открывшей обширную программу форума «Здоровое общество». С докладами на ней выступили первый заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, министр труда и социальной защиты РФ Максим Топилин, заместитель директора Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова, главный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России, академик РАН Лейла Адамян, заместитель директора Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии, главный детский эндокринолог Минздрава России академик РАН Валентина Петеркова, генеральный директор Института научно-общественной экспертизы Сергей Рыбальченко.

Одним из центральных событий форума стало пленарное заседание «На пути к ожидаемой продолжительности жизни 80 лет в России: задачи и решения», на котором с докладами выступили Вероника Скворцова, первый заместитель председателя Совета Федерации Федерального Собрания РФ Игорь Каграманян, президент Российской академии наук Александр Сергеев, главы некоторых регионов и др.

Также дискуссии касались вопросов цифровизации здравоохранения, управления медицинскими организациями, образования, лекарственного обеспечения, страхования, мер по снижению смертности от инфекционных и неинфекционных заболеваний, рационального питания, эстетической медицины, условий создания персонализированной медицины, повышения экспорта медицинских услуг в стране. В числе выступавших – руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаил Мурашко, заместители министра здравоохранения РФ Олег Салагай и Сергей Краевой, руководитель Федерального медико-биологического агентства Владимир Уйба, президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль, ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова академик РАН Пётр Глыбочко, генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра кардиологии Сергей Бойцов и др.

Мониторюя ситуацию.

Как сообщила на форуме глава Роспотребнадзора Анна Попова, её ведомство намерено, в частности, проверить региональные программы по обеспечению населения качественной водой и по снижению выбросов вредных веществ. Она подчеркнула, что основными целями Национального проекта «Экология» являются здоровье человека и качество жизни. «Сегодня наиболее глубокому и частому контролю подлежат объекты, выделенные именно по критериям риска для здоровья граждан страны: объекты питьевого водоснабжения крупных поселений, опасные промышленные предприятия», – сказала глава ведомства.

Роспотребнадзор будет проверять планы региональных властей, чтобы определить, насколько они помогут решить существующие проблемы. При этом самым главным станет оценка влияния мер на риски для здоровья и качество жизни. Внимание будет уделяться не только уменьшению выбросов в целом, но и снижению выбросов веществ, представляющих наибольшую угрозу для здоровья человека.

В деревне огни не погашены?

Оказание медицинской помощи в сельской местности не всегда доступно, своевременно и качественно. Как противостоять этой беде? И есть ли понимание на уровне Правительства РФ и Минздрава России всей остроты данной проблемы? И этой проблеме было уделено особое внимание. Случайность или нет, но как раз в дни проведения форума в Сочи в Государственной Думе РФ предложили разработать национальный проект под условным названием «Отчий дом», направленный на развитие российских деревень, где также рассматривается вопрос обеспечения селян квалифицированной медицинской помощью.

В своём выступлении Д. А. Медведев обратил особое внимание на необходимость строительства инфраструктуры не только в городах, но и в сельской местности. «Не надо забывать, что у нас четверть населения живёт в деревнях, а там ситуация гораздо сложнее, если говорить о продолжительности здоровой жизни», – отметил он.

Кстати, в некоторых российских территориях эту проблему успешно преодолевают. Например, глава Чувашии Михаил Игнатьев проинформировал коллег о большой работе по обеспечению жителей республики качественной медицинской помощью в шаговой доступности.

Начиная с 2013 г., в Чувашии построено 179 современных фельдшерско-акушерских пунктов, что позволило обновить каждый третий ФАП. Благодаря укреплению первичного звена в республике произошёл перелом в борьбе с онкологическими заболеваниями.

Всегда быть в форме.

Пристальное внимание на форуме уделялось здоровому образу жизни и физической культуре. Майским указом Президента России поставлена задача до 55 % увеличить к 2024 г. долю людей, систематически занимающихся физкультурой и спортом. Достижение этой цели возможно при системном взаимодействии федеральных и региональных органов власти, руководства крупных компаний и всех участников индустрии ЗОЖ. Большую значимость при этом приобретают кросс-отраслевые кластеры: медицина, туризм, гостиничный бизнес, сфера обслуживания, экопродукты и т.д. Об этом говорили, в частности, министр спорта РФ Павел Колобков и член комитета Государственной Думы РФ Александр Карелин.

Одним из заметных событий стала акция «10 000 шагов к жизни» в Олимпийском парке Сочи. В ней принял участие директор Национального медицинского исследовательского центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева, главный кардиохирург Минздрава России и президент Лиги здоровья нации Лео Бокерия. Он раскрыл главный, по его мнению, секрет долголетия, который заключается в том, чтобы постоянно поддерживать нормальный вес.

– Единственный путь сохранить нормальную работу сердца – постоянное сохранение веса. И я сегодня горжусь, что могу надеть костюм, который носил в аспирантуре, – поделился Л. Бокерия.

Ключ к благополучию.

В своих выступлениях на форуме В. И. Скворцова определила ключевые задачи по формированию общественного здоровья. Министр обратила внимание на то, что программы по общественному здоровью, профилактике и формированию ответственного отношения к своему здоровью имеют накопительный эффект и дадут существенные результаты не сразу, а спустя 3-5 ближайших лет. Она отметила, что в этих задачах заложены и стратегический вектор, и конкретные тактические решения.

Минздрав России реализует программу, направленную на формирование здорового образа жизни. В рамках Национального проекта «Здравоохранение» предполагаются кампании по информированию и мотивированию людей к ЗОЖ. Особенность подобных начинаний в том, что они разработаны совместно с психологами и другими экспертами таким образом, чтобы информация, подаваемая человеку, не вызывала отторжения. Для укрепления здоровья россиян Минздрав России планирует преобразовать 850 центров здоровья в центры общественного здоровья.

Будут реализовываться практики межведомственных программ «Здоровое село», «Здоровый муниципалитет», «Здоровый район». Они подразумевают, что в конкретных районах и муниципалитетах, в центрах общественного здоровья будут работать координаторы-специалисты по охране здоровья.

– Одна из задач, поставленных в Майском указе Президента РФ по увеличению продолжительности жизни, касается и федерального центра, и всех регионов нашей страны, – заметила министр. – И эта задача не только медицинская. Для достижения этой важной цели необходим комплексный подход, состоящий как в реализации программ в области здравоохранения и демографического развития, так и в сферах науки, образования, экологии. Одним из приоритетов станет реализация программ общественного здоровья, в числе которых обеспечение безопасности условий труда, борьба с неинфекционными заболеваниями, включая сокращение потребления алкоголя и табака, а также популяризация активного долголетия и здорового образа жизни. Важнейшая задача – формирование у граждан привычки заботиться о собственном здоровье.

Глобальный форум завершился. Разумеется, пока рано делать выводы о произошедшем, можно лишь строить прогнозы. Хотя, уже сегодня, очевидно, что здравоохранение находится на пороге новых отношений. Вне всякого сомнения, появится много свежего и позитивного.

Хальфин, Р. А. Концепция пациентоориентированной модели организации медицинской помощи / Р. А. Хальфин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – № 6. – С. 418-423.

Эффективное и рациональное обеспечение качества оказания медицинской помощи является важным звеном в системе организации работы здравоохранения. Исследование посвящено разработке концепции пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи, а также системному анализу основных параметров модели. В работе на основе анализа литературы и нормативно-правовых документов Минздрава России и Федерального фонда ОМС, органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС субъектов РФ произведен синтез информации, в результате которого сформулированы основные параметры и положения пациентоориентированной модели, а также представлена концепция этой модели организации оказания медицинской помощи населению. Реализация предложенной концепции при ее надлежащем внедрении будет способствовать улучшению клинических исходов, повышению удовлетворенности и комплаентности со стороны пациентов, что позволит оптимизировать организацию оказания медицинской помощи.

Поиск новых подходов к повышению эффективности здравоохранения для улучшения доступности и качества медицинской помощи остается одной из актуальных проблем отрасли. Поэтому перед органами государственного управления всех уровней и профессиональным сообществом стоит задача перехода к пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи.

Подходы к пациентоориентированной модели сформулированы в приказе Минздрава РФ № 186 от 24.04.2018 г., базирующемся на парадигме предиктивной, превентивной и персонифицированной медицины (4П-медицина). Ожидаемыми результатами внедрения концепции в практическое здравоохранение являются снижение заболеваемости по нозологиям, обусловленным наследственными факторами, улучшение качества медицинской помощи при неинфекционных заболеваниях, снижение затрат на медицинскую помощь за счет оптимального выбора схем лечения и лекарственных препаратов.

Модель пациентоориентированности заложена в программы и стратегии развития здравоохранения в г. Москве и в пилотные проекты других регионов Российской Федерации. В постановлении Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» отмечен принцип пациентоориентированности при реализации медицинской помощи в рамках государственной гарантии. Ресурсная обеспеченность и инфраструктурный потенциал системы здравоохранения г. Москвы определяют возможность реализовать технологически насыщенную, пациентоориентированную и экономически эффективную модель системы здравоохранения.

Элементы пациентоориентированной медицины предусмотрены при решении вопросов обеспечения оптимальной доступности, развития сети учреждений первичной медико-санитарной помощи, формировании системы защиты прав пациентов в Указе Президента Российской Федерации № 204 от 07.05.2018 г.

Целью исследования является системный анализ условий и положений внедрения концепции пациентоориентированной модели для организации оказания медицинской помощи населению.

Проведен анализ с использованием методов библиографического и информационного поиска источников в базах данных документов, публикуемых на сайтах Минздрава России и Федерального фонда ОМС, органов управления здравоохранением: и территориальных фондов ОМС субъектов РФ, а также семантического поиска источников в сети Интернет. Используются методы формально-юридического и системного анализа документов, произведено обобщение информации для разработки концепции пациентоориентированной модели организации медицинской помощи.

Проанализированы приказы Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины», Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ и

постановления Правительства Москвы «Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».

С развитием в Российской Федерации рынка медицинских услуг концепция пациентоориентированного подхода находит применение в деятельности частных медицинских организаций. Неотъемлемой частью пациентоориентированной модели здравоохранения становится государственно-частное партнерство.

В Российской Федерации элементы концепции пациентоориентированной медицины, учитывающие уникальные потребности гражданина и реализацию его прав на медицинскую помощь с сохранением этнокультурных особенностей, поощряющие участие пациента в принятии решений относительно своего здоровья, учитывающие динамику потребностей пациента нашли отражение в стратегических документах Правительства и указах Президента Российской Федерации последних лет.

Концепция пациентоориентированной модели активно изучается исследователями применительно к различным аспектам оказания медицинской помощи. В рамках национального проекта «Здоровье» и с учетом демографической политики Тюменской области описана система подготовки среднего медицинского персонала для осуществления самостоятельной деятельности в рамках своих компетенций и оказания сестринской помощи, ориентированной на потребности пациента. Подчеркнута успешность применения концепции пациентоориентированного подхода для развития кадрового потенциала с реализацией уважения прав и человеческого достоинства пациентов.

Разработка пациентоориентированной модели организации оказания медицинской помощи населению осуществлялась на основе следующих положений:

1. Потребность и объемы потребления медицинской помощи определенного вида и профиля существенно различаются по половозрастным группам и зависят от уровня заболеваемости населения и возможности ее своевременного получения (доступности). Чем выше общая заболеваемость, тем больше потребность и объемы оказанной медицинской помощи.

2. Доступность медицинской помощи обеспечивается: организацией оказания медицинской помощи по принципу ее приближенности к месту жительства, месту работы или обучения, возможностью выбора медицинской организации и лечащего врача, полноценной обеспеченностью медицинскими кадрами, оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом потребностей пациентов с ограниченными возможностями, наличием необходимых лекарственных препаратов и медицинских изделий в медицинских организациях и аптеках; транспортной доступностью медицинских организаций и аптек для всех групп населения, экономической доступностью медицинской (стоимость лекарств, проезда), организационной доступностью (режим работы лечебно-профилактических учреждений и аптек), информационной доступностью (получение сведений о медицинских организациях, медицинских услугах, аптеках, порядке получения медицинской помощи, наличии лекарств), применением телемедицинских технологий.

3. Объем, виды, порядок предоставления гражданам медицинской помощи определены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Правительства РФ и включают персонализированные нормативы объемов, видов, условий и форм оказания медицинской помощи по возрастным категориям, нормативы финансовых затрат.

4. Пациентоориентированная модель предусматривает большую дифференциацию нормативов программы государственных гарантий в зависимости от возрастной структуры населения, уровня заболеваемости, медико-демографических факторов для повышения точности прогнозирования и планирования объемов и финансирования медицинской помощи, улучшения ресурсной обеспеченности медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения.

5. Размещение медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, иных объектов инфраструктуры здравоохранения исходя из потребностей населения и в соответствии с нормативными документами Правительства РФ и Минздрава России.

6. Оплата медицинской помощи и экономические результаты деятельности МО зависят от качества оказанной медицинской помощи, удовлетворенности пациента качеством

предоставленных услуг, доброжелательности, внимательности и вежливости персонала, комфорта пребывания в медицинской организации.

7. Экспертиза и оценка качества медицинской помощи (своевременность оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата) осуществляются специально подготовленными уполномоченными врачами-экспертами.

Успешность внедрения пациентоориентированной модели связана с совершенствованием нормативно-правовой базы, разработкой и принятием организационно-управленческих решений, финансово-экономическими, информационно-технологическими, информационно-медийными и общественными мероприятиями. Необходимыми условиями внедрения пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи являются:

1. Наличие действующей нормативно-законодательной базы. На данном этапе предлагается внести изменения в действующие нормативные акты, разработать и издать необходимые организационно-распорядительные и методические документы, регламентирующие работу органов управления здравоохранением, фондов ОМС, медицинских учреждений в процессе внедрения и практической реализации пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи.

2. Наличие подготовленных руководителей органов управления здравоохранением, руководителей медицинских организаций и медицинских работников. В мероприятиях данного раздела необходимо предусмотреть обучение медицинского персонала принципам, подходам и методикам, применяемым в пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи.

3. Наличие инфраструктуры здравоохранения для отработки механизмов внедрения, тиражирования и совершенствования технологий бережливого производства.

4. Наличие развитой автоматизированной информационной системы сбора и обработки данных, необходимых для расчета фактических затрат и тарифов, медико-экономического планирования, информационного взаимодействия между всеми участниками, мониторинга и контроля внедрения пациентоориентированной модели.

5. Апробация в субъектах Российской Федерации методик расчета фактических затрат и формируемых на их основе дифференцированных нормативов объемов и финансовых затрат при оказании медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

6. Создание механизмов финансового стимулирования медицинских работников для перехода на пациентоориентированную модель оказания медицинской помощи.

7. Формирование территориальных нормативов объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания путем дифференциации застрахованных лиц по половозрастным группам и категориям граждан, страдающих хроническими заболеваниями.

8. Финансовое обеспечение медицинских организаций, участвующих в территориальных программах государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

9. Эффективное функционирование региональных информационных систем – медицинских информационных систем, информационных систем территориальных фондов ОМС, информационно-аналитических систем для организации бережливости процессов в медицинских организациях.

10. Информационно-медийное сопровождение.

11. Активная административная и общественная поддержка.

Основными инструментами повышения доступности медицинской помощи являются:

- переход к общеврачебной практике для оказания первичной медико-санитарной помощи;
- размещение пунктов оказания первичной медицинской помощи (кабинеты семейного врача, врачебные амбулатории, фельдшерские пункты) по принципу «доктор рядом» (медицина шаговой доступности);
- организация выездных врачебных бригад для оказания медицинской помощи населению, проживающему в удаленных малых населенных пунктах и сельской местности;

- применение телемедицинских технологий при оказании медицинских услуг «врач – медработник», «врач – пациент» и организации дистанционного мониторинга состояния здоровья;
- переход к лекарственному страхованию при оказании амбулаторной помощи;
- структурная оптимизация сети медицинских организаций путем их разделения на пять уровней в зависимости от видов и профилей оказываемой медицинской помощи, наличия, квалификации и специализации медицинского персонала, оснащенности медицинским оборудованием.

Мероприятия должны реализовываться в существующих на сегодняшний день системах здравоохранения Российской Федерации и обязательного медицинского страхования, т. е. в условиях:

- внедрения единых порядков и стандартов оказания медицинской помощи Минздрава России, являющихся основой расчета тарифов и нормативов Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- перехода на одноканальное финансирование медицинских организаций через систему ОМС и оплату медицинской помощи по «полному» тарифу;
- участия медицинских организаций всех форм собственности и ведомственной принадлежности в оказании гражданам медицинской помощи, оплачиваемой по программе ОМС;
- активного перехода к электронным формам информационного взаимодействия между участниками системы здравоохранения в сочетании с централизацией информационных ресурсов государственными органами и органами государственных внебюджетных социальных фондов.

Пациентоориентированное оказание медицинской помощи – модель планирования, осуществления и оценки медицинских услуг, которая основывается на взаимовыгодных партнерских отношениях между медицинскими работниками, пациентами и членами их семей.

Предпосылками развития концепции явились прорывной рост технологического уровня медицины и существенное увеличение связанных с ней финансовых расходов. Закономерным ответом национальных систем здравоохранения явились меры, направленные на развитие первичного амбулаторного звена медицины, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. Реализация эффективной профилактики является одной из задач пациентоориентированной медицины, поскольку она предусматривает создание длительных доверительных отношений между врачом и пациентом и предполагает активное вовлечение последнего в процесс принятия решений.

Концепцию пациентоориентированной модели медицинской помощи следует отличать от персонифицированной медицины. Несмотря на идейную общность (стремление обеспечить индивидуализацию и кастомизацию медицинской помощи), концепции имеют принципиально разные философский и научный и скорее дополняют друг друга, являясь содержательно неодинаковыми сущностями. На рисунке представлена схема Концепции пациентоориентированной модели организации оказания медицинской помощи.

Пациентоориентированная система помощи реализуется на системном и индивидуальном уровнях. Основными системными аспектами являются интеграция (повсеместное унифицированное внедрение концепции) и доступность (обеспечение соответствия между возможностями системы и потребностями со стороны популяции). Основными проблемами являются гетерогенность медицинской среды, отсутствие преемственности между различными лечебно-профилактическими учреждениями, неодинаковая доступность системы здравоохранения для различных категорий населения и т. д.

На индивидуальном уровне основными компонентами пациентоориентированной модели являются эффективная коммуникация (между медицинским работником и пациентом и внутри профессионального сообщества), активное вовлечение пациента в процесс принятия решений.

Основными проблемами на данном уровне являются расовые/этнические предрассудки, языковые/культурные барьеры, деперсонализация пациентов, недостаточная медицинская грамотность населения, сложности в коммуникации с особыми категориями пациентов (пациенты с психическими заболеваниями, пожилые, наркоманы, дети) и т. д.

Концепция пациентоориентированной системы при ее надлежащей имплементации ассоциируется с улучшением клинических исходов, повышением удовлетворенности и комплаентности пациентов. Внедрение принципов пациентоориентированной модели далеко от завершения как глобально, так и в пределах конкретной юрисдикции. В Российской Федерации целенаправленные работы в этом направлении начались совсем недавно и требуют дополнительного научного поиска, систематизации имеющихся данных, разработки новых правовых документов и других время- и ресурсозатратных шагов.

Концепция пациентоориентированной модели организации медицинской помощи должна включать персонифицированную медицинскую помощь; (4П), повышение доступности медицинской помощи, цифровую трансформацию, оптимизацию бизнес-процессов и оценку результатов деятельности: медицинской организации, межсекторальную и горизонтальную интеграцию. Внедрение пациентоориентированной модели в практику здравоохранения будет способствовать оптимизации работы медицинского персонала, рационализации лечебного процесса, повышению качества и доступности медицинской помощи.

Зарубина, Т. В. Медицинская информатика в здравоохранении России / Т. В. Зарубина, Б. А. Кобринский, В. Г. Кудрина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – № 6. – С. 447-451.

В статье рассмотрена медицинская информатика во взаимосвязи с медицинской кибернетикой. Подчеркнута необходимость ее формирования в качестве самостоятельной научной дисциплины. Оценен вклад в развитие общественных организаций. Показана практическая реализация в виде Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения и телемедицины.

Сегодня информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) и информатизация здравоохранения (ИЗ) включены в пятерку приоритетных направлений развития здравоохранения России. Остается немало нерешенных вопросов выбора приоритетов развития ИЗ на перспективу. Поводом для публикации явилось предстоящее в 2019 г. 25-летие отделения медицинской информатики (ОМИ) Международной академии информатизации (МАИ) в консультативном статусе при Организации Объединенных Наций (ООН).

Медицинская информатика и медицинская кибернетика.

Нельзя говорить о медицинской информатике (МИ), не отдав должного медицинской кибернетике (МК) – науке управления, которая начала развиваться в нашей стране в 1950-1960-х годах. На региональном и федеральном уровнях здравоохранения объектами управления являются службы и институты здравоохранения, здоровье населения и состояние окружающей среды. Цель управления – оптимизированное обеспечение здравоохранения региона (страны) всеми видами ресурсов, мониторинг, прогнозирование состояния здоровья населения, качества медицинской помощи на основе преобразования медицинской информации в управляющий сигнал.

Медицинская информатика – наука о получении, обработке и передаче медицинской информации на основе ИКТ. Объектом изучения МИ являются информационные процессы в здравоохранении как основа всех видов научной, образовательной, практической и управленческой деятельности. Без учета их специфики невозможно ситуационное управление и эффективное внедрение информатики в практику работы медицинских организаций (МО).

Современные ИКТ включают и специальные программные средства и системы, которые используются в лечебно-диагностическом процессе, при решении клинических и управленческих задач, в медицинской науке и образовании. Планирование клинико-научных экспериментов, обучение будущих медицинских работников, непрерывное повышение их квалификации, функционирование и мониторинг деятельности МО всех уровней должны осуществляться с помощью методов МИ.

На всех уровнях здравоохранения широко применяются медицинские информационные системы (МИС), используемые в профилактическом и диагностическом обследовании, при выборе лечебной тактики и мониторинге состояния пациента. Применение в медицинской

организации МИС повышает эффективность его работы по административной, организационной и медико-технологической составляющим.

Перспективность развития здравоохранения на основе ИКТ не вызывает сомнений. Широкое применение МИ обеспечит создание единого информационного пространства (ЕИП) здравоохранения. Его развитие возможно только на общесистемных принципах, эволюционно, при опоре на уже действующие системы. Для интеграции систем имеются не только предпосылки, но и информационный базис – основанные на международном подходе отечественные структурированные электронные медицинские документы и протоколы взаимодействия медицинских информационных систем, что обеспечит семантическую совместимость существующих и создаваемых МИС.

В 1960-1970-е годы созданы первые проекты информатизации здравоохранения для всех уровней управления. Особое внимание уделяется решению управленческих задач на региональном уровне. Одной из первых успешных разработок стала автоматизированная система управления здравоохранением территории «Оргздрав» (г. Новосибирск, 1971 - 1974 гг.). На территориях создаются информационно-вычислительные центры (ИВЦ; ныне – медицинские информационно-аналитические центры – МИАЦ). Большой вклад в развитие ИЗ на территориальном уровне внесли З. И. Вендров (Томск), К. Гасников (Ижевск), М. А. Мазур (Кемерово), А. Д. Соломонов (Ставрополь), Г. И. Чеченин (Новокузнецк).

С середины 1970-х до середины 1980-х годов развивается система государственной координации работ по ИЗ. Научный совет по медицинской кибернетике при Минздраве РСФСР (руководитель – А. Гаспарян) определяет направления разработок и курирует их исполнение.

В конце 1970-х – начале 1980-х годов на больших ЭВМ серии ЕС и малых ЭВМ типа СМ 1420 реализуются первые автоматизированные системы диспансеризации детского населения, инициаторами создания которых стали выдающиеся педиатры Ю. Е. Вельтищев (Москва) и И. М. Воронцов (Ленинград).

Переход в 1990-е годы к широкому использованию персональных компьютеров (ПК) способствует мощному нарастанию разработок медико-технологических систем. В рамках Республиканской программы осуществляется разработка на единой программно-технической базе средств систем диагностики и прогноза для неотложных состояний. Создаются системы с реальным автоматизированным вводом сигналов и изображений, построением заключений, поддержкой принятия врачебных решений при решении конкретных задач.

Серьезной проблемой последнего десятилетия XX в. для ИЗ страны стали утрата координации деятельности Минздравом России и прекращение работы Совета (проблемная комиссия) по МК и вычислительной технике (секция информатизации здравоохранения) при Ученом медицинском совете министерства.

Для сохранения взаимодействия в сфере ИЗ регионов России и вновь созданных государств по инициативе С. А. Гаспаряна и В. М. Тимонина в 1994 г. создается ОМИ МАИ. На первом этапе ОМИ носило название Академии медицинской информатиологии в составе МАИ. Первым президентом был избран признанный лидер российской МИ проф. С. А. Гаспарян, вице-президентами – Д. Д. Венедиктов, Б. А. Кобринский, В. М. Тимонин. Длительное время ученым секретарем была В. Г. Кудрина.

Отделение медицинской информатики активно включается в решение вопросов информатизации отечественного здравоохранения, проводит научные конференции в России и участвует в международных мероприятиях. Члены академии готовят аналитические обзоры и предложения для Минздрава России, оценивают перспективность направлений информатизации медицинской науки и практики, принимают участие в разработке Концепции государственной системы мониторинга здоровья населения России (1996).

После смерти С. А. Гаспаряна, 11 лет возглавлявшего Академию медицинской информатиологии, президентом избирается проф. Т. В. Зарубина, продолжающая дело своего учителя. С 2014 г. президентом ОМИ МАИ становится проф. Б. А. Кобринский.

Академики ОМИ представляют различные области медицины, экономики и техники, но всех их объединяет деятельность в области теории и практики ИЗ. Они являются известными специалистами в области МИ, представляют многочисленные регионы и организации. Развитие, при их активном участии, теоретических и прикладных аспектов отечественной МИ позволило

России, несмотря на отмеченные трудности, не критически отстать в вопросе подготовки к новому этапу развития отрасли – электронному здравоохранению (e-health).

Телемедицина как раздел электронного здравоохранения.

Первый центр телемедицины (ЦТМ) в России открыт в Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (1995), а наибольшую известность из федеральных телемедицинских центров получил созданный в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН (1997).

Первый региональный ЦТМ организован при поддержке программы «Баренц-регион» в Архангельске (1995). В дальнейшем построена сеть телемедицинских пунктов на базе центральных районных больниц. В настоящее время действуют десятки региональных ЦТМ, сети субъектов Российской Федерации и более 20 федеральных центров.

Совместным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и РАМН от 27.08.2001 г. № 344/76 утверждена Концепция развития телемедицинских технологий в Российской Федерации, заложившая основы и способствовавшая развитию российской телемедицины.

В 2001 г. создана первая отечественная телемедицинская система для работы в чрезвычайных ситуациях. Специалисты Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России (ныне – Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. акад. Ю. Е. Вельтищева в составе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова – РНИМУ) и российской компании «Веб Медиа Сервисез» в сотрудничестве со Всероссийским центром медицины катастроф «Защита» и Государственным центральным аэромобильным спасательным отрядом «Центро-спас» внедряют в полевом педиатрическом госпитале на территории г. Гудермес (Чеченская Республика) телемедицинскую систему на основе обмена данными с использованием спутниковых каналов.

В 2000 г. создана Российская ассоциация телемедицины (президент – О. Ю. Атьков, ответственный секретарь – В. Л. Столяр), которая активно занимается проектированием и поддержкой новых региональных и федеральных ЦТМ.

Развитие медицинской информатики в XXI в.

В 2002 г. был подписан приказ Минздрава России от 15.03.2002 г. №81 «О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 году», предусматривавший использование ИКТ. Для этого в центре информационных технологий Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ оперативно создается не имеющая аналогов в мире компьютерная система для сбора, архивации, пересылки и интеграции первичных данных, получаемых в детских поликлиниках страны, и организуется «горячая линия» по ее поддержке. Результатом становится формирование федеральной базы данных почти на 30 млн. детей.

Для интеграции усилий организаций, занимающихся разработкой и продвижением информационных систем медицинского назначения, в 2001 г. создается некоммерческая организация «Ассоциация развития медицинских информационных технологий» (АРМИТ) [<http://arimt.ru>], которая дважды в год проводит конференции Мейзой и выставки, где предоставляет разработчикам МИС площадку для общения.

Ассоциация медицинской информатики (ныне — Национальная ассоциация медицинской информатики, НАМИ) организована в 2005 г. по инициативе Центрального НИИ организации и информатизации Минздрава России и РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Президиум НАМИ осуществляет работу по реализации дорожной карты, принятой в рамках программы по воссозданию (на базе НАМИ) всероссийского общественного института, обеспечивающего возможности для формирования профессионального экспертного пространства, включающего экспертов, объединенных в Региональные советы, и экспертов при Президиуме НАМИ [<http://namirf.ru>].

В 2009 г. на базе РНИМУ им. Н. И. Пирогова зарегистрирована некоммерческая организация по развитию и стандартизации обмена, управления и интеграции электронной медицинской информации «ЗУС «Евразия». Организация является лидером в РФ по переводу, адаптации, разработке и внедрению стандартов в различных областях практической медицины и разработке национальных стандартов медицинских информационных технологий на базе HL7 [<http://hl7.org.ru>].

Медицинская информатика и единая государственная информационная система в сфере здравоохранения.

С 2008 г. в Министерстве здравоохранения России действует Департамент информационных технологий и связи. Именно ему поручено разработать Концепцию Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), утвержденной в апреле 2011 г. ЕГИСЗ – это «совокупность информационно-технологических и технических средств, обеспечивающих информационную поддержку методического и организационного обеспечения деятельности участников системы здравоохранения». ЕГИСЗ состоит из федерального и регионального сегментов, последний представлен двумя региональными уровнями МИС (РМИС) и МИС МО. ЕГИСЗ призвана стать основой нового здравоохранения в Российской Федерации, основанного полностью на ИКТ.

Уровень развития РМИС в регионах РФ различен. В настоящее время в России на региональном уровне решена задача записи на прием к врачу с помощью электронной регистратуры. На многих территориях работают регистры медицинских работников и медицинских организаций, есть модули по льготному лекарственному обеспечению, модуль «электронный рецепт». Перечень подсистем, которые должна иметь РМИС, сформулирован в Методических рекомендациях Минздрава России по обеспечению функциональных возможностей РМИС (2016). Утверждены и Методические рекомендации Минздрава России по обеспечению функциональных возможностей МИС МО (2016). На основе методических рекомендаций созданы шкалы для оценки уровня информатизации МО и РМИС в регионах РФ.

Федеральный сегмент ЕГИСЗ нацелен на стратегические вопросы информатизации здравоохранения.

В постановлении Правительства Российской Федерации от 5 мая 2018 г. № 555 утверждено положение о ЕГИСЗ с определением задач и функций системы, структуры и порядка ее ведения, участников информационного взаимодействия, порядка доступа к информации, защиты информации, содержащейся в ЕГИСЗ и др. В указе Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 для национального проекта в сфере здравоохранения в ряду первоочередных задач определено «создание механизма взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

С 2015 г. в здравоохранении работает регламентная служба нормативно-справочной информации (НСИ) на базе ЦНИИОИЗ Минздрава России – Федеральный центр разработки медицинских справочников. Возобновлено ведение реестра идентификаторов объектов Минздрава России в рамках национального сегмента мирового пространства идентификаторов объектов (ОГО).

Федеральный сегмент ЕГИСЗ постоянно развивается и включает федеральный регистр медицинских работников, федеральный реестр медицинских организаций, федеральную интегрированную электронную медицинскую карту, федеральный реестр электронных медицинских документов, специализированные регистры пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан, федеральный реестр нормативно-справочной информации, федеральную электронную регистратуру, информационно-аналитическую подсистему мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных препаратов для обеспечения государственных и муниципальных нужд, подсистему автоматизированного сбора информации о показателях системы здравоохранения из различных источников и предоставления отчетности, службу обезличивания персональных данных; защищенную сеть передачи данных, интеграционные подсистемы.

Научные и образовательные аспекты медицинской кибернетики и информатики.

Первая кафедра военно-медицинской статистики и кибернетики (руководитель – Л. Е. Поляков, Ленинград) создана в 1961 г. в Военно-медицинской академии и. С. М. Кирова.

В 1973 г. во Втором Московском государственном медицинском институте им. Н. И. Пирогова (ныне – РНИМУ им. Н. И. Пирогова) на медико-биологическом факультете открыта кафедра медицинской и биологической кибернетики (ныне – кафедра медицинской кибернетики и информатики) с последующим созданием отделения медицинской кибернетики. Основанная С. А. Гаспаряном кафедра с 1979 г. выпускает врачей-кибернетиков (впервые в нашей стране), являясь признанным отечественным методическим центром в области обучения медицинской кибернетике и информатике.

Еще одним центром подготовки врачей-кибернетиков стал Сибирский государственный медицинский университет, где в 1989 г. создана кафедра медицинской и биологической кибернетики (первый заведующий – Я. С. Пеккер). В Красноярском государственном медицинском университете им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого по инициативе К. А. Виноградова открыт факультет медицинской кибернетики и управления в здравоохранении с подготовкой специалистов по медицинской кибернетике. Отделения медицинской кибернетики входят в состав Пензенского, Псковского университетов. Профильная кафедра медицинской статистики и информатики ведет активную научную деятельность в Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования.

МИ и МК – две сопряженные науки, в применении которых нуждается здравоохранение. В развитии МИ в России все более системной становится организация сегментов ЕГИСЗ. В нашей стране развитие именно курируемых государством проектов всегда приносило наилучшие результаты.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Послушай, как бьется : российские ученые разработали мини-прибор для контроля за сердечным ритмом космонавта // Российская газета. – 2019. – 4 марта (№ 47). – С. 7.

За состоянием сердечно-сосудистой системы космонавтов во время наземных тренировок, полета и последующей реабилитации будет следить специальное устройство на основе искусственного интеллекта. Его создали ученые из Сколковского института науки и технологий (Сколтех) в рамках стартапа sense2beat.

Миниатюрный прибор передает данные по беспроводному каналу связи. Он прикрепляется к коже, поэтому его удобно носить под одеждой. Основное преимущество девайса в постоянном контроле за кардиограммой. Это позволяет осуществлять первичную диагностику сердечных аритмий, которые сложно зафиксировать при помощи обследования на стационарном кардиографе, уточняют разработчики. По словам профессора Космического центра Сколтеха Татьяны Подладчиковой, новое устройство очень важно для людей, работающих на орбите, ведь там организм подвергается экстремальным нагрузкам и то, как может повести себя сердце, еще плохо изучено. Впрочем, девайс может быть полезен и обычным людям на Земле.

«Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы остаются лидирующими причинами смертности населения России и других стран, – отмечает создатель стартапа sense2beat аспирант Космического центра Сколтеха Наталья Глазкова, – У примерно трети пациентов с инсультом диагностируют фибрилляцию предсердий (мерцательную аритмию). Наше устройство повышает вероятность раннего обнаружения этой патологии за счет пролонгированного мониторинга в течение семи дней».

Ученые совершенствуют устройство. Сейчас они работают над повышением точности методов обработки данных и очисткой поступающего на мобильный прибор сигнала от посторонних шумов. Для создания новых носимых биомедицинских устройств, надежной автоматизированной диагностики сердечно-сосудистых заболеваний это крайне важные параметры, поясняют разработчики.

Лалаянц, И. «Искусные» клетки» // Медицинская газета. – 2019. – 6 марта (№ 9). – С. 13.

Пограничные «серые» зоны научного фронта всегда влекли искренне заблуждающихся. Достаточно вспомнить того же Вирхова, с высоты своего во многом дутого авторитета «поправившего» А. Альцгеймера, заявив, что открытые последним бляшки представляют собой «крахмал»-амилоид.

Так эти бляшки, представляющие собой нейротоксические отложения мутантного белка, до сих пор называют амилоидными. Но подобного рода ошибки лишней раз подчёркивают

уровень развития учёных, впервые получивших в своё распоряжение настоящий микроскоп с его ограниченным разрешением. Недостатком точности воспользовался до начала геномного миллениума сотрудник Нью-Йоркского медицинского колледжа, заявивший о возможности «оживлять» инфарктное сердце с помощью клеток из костного мозга, являющегося органом кроветворения. Порадовал он кардиологов и наличием в сердечной мышце стволовых клеток, из которых можно получать кардиомиоциты, или клетки этой самой мышцы. Закончился этот «праздник» науки требованием вернуть 10 млн., полученных горе-исследователем в качестве фантов.

В начале ноября Nature рассказал об автоматизированной технологии получения искусственных клеток, представляющих собой известные всем липосферы (из двуслойных фосфолипидов), в оболочки которых интегрированы работоспособные ферменты. Полученные таким образом в Дельфтском техническом университете (Нидерланды) структуры

Искусственные клетки с зелёными липосомами круглой и овальной формы способны не только к росту, но и делению, имитируя тем самым «поведение» настоящих клеток. Такие конструкторы очень важны для изучения естественных и патологических процессов в клетках, удешевляя процесс исследования и разработки новых лекарств. С помощью «клеточных» липосфер можно отрабатывать точность применения ген-редактирования, на которое возлагаются большие надежды. Оно использует нацеливающие фрагменты РНК и «неживые» ферменты, атакующие элементы ДНК-протеиновых комплексов. Нарушение в одном из них приводит к спинномозговой атаксии (нарушению движений на уровне головного и спинного мозга). В Центре изучения мозга Сайтамы, что к северу от Токио, сумели с помощью редактирования «исправить» мутацию, блокирующую поступление в моторные нейроны кальциевых ионов возбуждения.

Несколько дальше пошли сотрудники Университета Райса в Хьюстоне (США), которые использовали внешний магнит (магнитное поле) для «подведения» мутантной печени бакуловирусных частиц, палочки-«бакули» которых имеют диаметр 60 нанометров (нм) и длину 200-300. Такой размер переносчиков позволяет переносить до 40 тыс. «букв» ген-кода, необходимых для «починки» или замены изменённого гена (бакуловирусы были открыты у шелкопряда, поэтому в клетках человека они не размножаются-реплицируются). Снабжение палочек намагничивающимися железными «опилками» позволило учёным с помощью магнита подвести их к печени мыши, в клетках которых была осуществлена молекулярная «операция».

С. Яманака из Киотского университета (Япония) был вызван в Стокгольм в 2012 г., удостоившись престижной награды за создание метода индуцированных стволовых клеток (iPS), получаемых из фибробластов кожи взрослого человека. За три года до того в Киото получили первые дофаминовые клетки, гибель которых приводит к паркинсонизму. И вот в середине ноября 2018 г. Nature рассказал об успешной трансплантации 2,4 млн. нейронов, полученных из iPS, 54-летнему мужчине-паркинсоннику. Нейрохирургическая операция в октябре, длившаяся три часа, прошла без осложнений, что дало возможность говорить об её успехе. Если не будет отдалённых последствий, то через полгода человеку подсадят ещё 2,4 млн. клеток. В течение двух лет метод опробуют ещё на 6 больных, и если всё пройдет хорошо, то в 2023 г. терапию можно будет коммерциализировать (население Японии стареет, поэтому требуется внедрение радикальных клеточных терапий).

Лалаянц, И. Без проводов // Медицинская газета. – 2019. – 6 марта (№ 9). – С. 13.

Вряд ли кто сегодня даст всеобъемлющее и понятное определение того, что такое сознание. Один из подходов изложен в книге Дж. Мак-Фаддена «Квантовая эволюция», в которой излагается теория электромагнитного информационного поля, лежащего в основе нашего сознания.

Её сторонники полагают, что каждый нейрон, подобно ничтожно малому осколку голограммы, содержит всю информацию, хранящуюся и процессируемую мозгом (на что сразу же возразят нейробиологи и невропатологи). Теория отрицает мейнстрим нейромедиаторов по нервным отросткам, на что уходит более 100 миллисекунд времени реакции, и превозносит «достижения» транскраниальной магнитной стимуляции, которая вроде бы помогает 60% людей,

находящихся в состоянии депрессии, и ускоряет образное – творческое – мышление. Ссылаются адепты теории и на древне-китайский опыт I Ching («Оракул Изменений»), излагаемый в книге «Секреты азиатского долгожительства» Пинь Ву, которая полагает, что 64 точки акупунктуры соответствуют тому же числу триплетов ген-кода.

«Классические» авторы, некогда начинавшие с экстирпаций, или удалений того же мозжечка у кошек, продолжают сегодня исследования на клеточном и молекулярном уровнях, продолжая при этом делать удивительные открытия. Что, казалось бы, можно было открыть в визуальной системе, изученной за век вдоль и поперёк?

Тем не менее нейробиологи Калифорнийского университета в Сан-Франциско (США) с помощью оптогенетики показали, что зрительная информация поступает в мозг по двум, а не одному пути. Зрение является важнейшим для человека анализатором и процессором информации об окружающем мире. Считается, что именно зрение связано с кинетозом, проявляющемся в головокружении и других неприятных последствиях пользования транспортом (укачивание) и даже при кружении в вальсе. Другую причину кинетоза учёные видят в «общении», существующем между желудочно-кишечным трактом и мозгом. Известен случай, когда у членов одного из экипажей американского космического корабля развился кинетоз после их приобщения к мексиканской кухне в тубах. Специалисты Торонтского университета (Канада) выяснили, что кишечник посылает в мозг не только электрические сигналы, но и... иммунные клетки, а также белковые антитела (иммуноглобулины A-IgA).

Они считают, что желудочно-кишечный тракт осуществляет рециркуляцию кишечных клеток, синтезирующих IgA, контролирующих нейровоспаление в мозгу. Это, в свою очередь, может приводить к аутоиммунному энцефаломиелиту, сопровождающемуся разрушением миелиновых оболочек нервных отростков и развитием рассеянного склероза. Лечения последнего и других нейродегенеративных расстройств пока нет, но возможно, что вместо транскраниальной магнитной стимуляции, сопровождающейся различными побочными эффектами, невропатологи станут пользоваться беспроводным девайсом, разработанным специалистами Калифорнийского университета в Беркли (пригород Сан-Франциско, США).

Новый нейростимулятор представляет собой два микрочипа, расположенные на скальпе, каждый из которых осуществляет мониторинг активности с 64 электродов, имплантированных в мозг (в сумме с 128). При этом между чипами стимулятора тонкой настройки и микроэлектродами проволочной связи нет, что существенно облегчает задачу подавления судорог у людей, страдающих эпилепсией, и тремора у жертв болезни Паркинсона. Авторы дали своему детищу сокращённое название WAND – «волшебная палочка» (Wireless and Artefact-free Neuromodulation Device), описав его устройство и функционирование. До WANDa подобного рода «проволочные» устройства могли регистрировать и модулировать активность всего лишь с 8 электродов. Пока стимуляция и запись активности с разных участков мозга успешно осуществлена у макак, но (вскоре будут представлены данные о работе беспроводного девайса у шимпанзе. А там не за горами и клинические испытания с целью помощи людям для изменения их «сознания».

Лалаянц, И. Свиное сердце // Медицинская газета. – 2019. – 6 марта (№ 9). – С. 13.

Обычно сердца животных и птиц продают как субпродукты, пользующиеся популярностью вследствие относительно невысокой цены. Но для десятков миллионов людей по всему миру генно-модифицированные сердца свиней могут стать спасением и продлить жизнь на несколько лет. Свиньи быстро размножаются, и свиноматки дают многочисленный приплод, что облегчает задачу биоинженерам. К тому же свиньи наиболее близки человеку по своей анатомии и физиологии. Но для решения многочисленных проблем, связанных с пересадками свиных сердец людям, потребовались десятки лет исследований, однако только с началом геномного миллениума прогресс в этой области ускорился.

Люди страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями в силу «неполадок» в их геноме и конкретно при наличии РНК ANRIL, название которой расшифровывается как длинная некодирующая белок антисмысловая молекула, синтезируемая геном, который локализуется в коротком плече 9-й хромосомы (9p21). Нарушения в этом гене затрагивают функцию около 3

тыс. других генов, что и повышает риск развития болезни, связанной в первую очередь с коронарными артериями, питающими сердечную мышцу. Сотрудники Научно-исследовательского института Скриппса (США, Калифорния, Ла-Хойя) после первичного «просеивания» указанных генов сократили их число до сотни, а затем выяснили, что патологическое состояние гладкомышечных клеток сосудистых стенок определяется двумя генами, регулируемые INK и CDKN. Оба отвечают за синтез ингибиторов циклинзависимых ферментов киназ, которые кинируют, или переносят энергоёмкие фосфаты на белки, тем самым активируя их функцию. Статью учёных, в которой описывается роль РНК в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, опубликовал журнал Cell.

Генетический подход обусловил и успех немецких кардиологов из Мюнхенского университета (Германия), которые с помощью активно сейчас критикуемого ген-редактирования (после работы китайца Хе) осуществили «вырезание» двух генов в клетках свиных сердец. Надо признать, что Хе использовал редактирование, которое потенциально может привести к мутациям других – нетаргетированных – генов, за что его и критикуют. Немцы использовали не классический фермент бактерий, а так называемую цинк-нуклеазу, то есть фермент «нарезки» нуклеиновых кислот с помощью цинка (многие природные ферменты и протеины имеют цинковые пальцы ZFN – Zinc finger, – что повышает их специфичность. В Мюнхене «отредактировали» ген фермента трансферазы, осуществляющего трансфер-перенос сахарных групп (галактозные) на белки клеточной поверхности. Наличие галактоз определяет нашу иммунологическую «самость»-self, и их присутствие является сигналом для начала реакции отторжения. Второй ген кодирует синтез тромбомодулина, который на поверхности клеток эндотелия, выстилающих сосуды изнутри, препятствует образованию тромбов. Гену «помогали» введением темсиролимуса (Temsirolimus), который подавляет агрегацию тромбопластинок. После перфузии удалённых сердец их подвергали перфузии при 8°C, после чего пересаживали в брюшную полость бабуинов, то есть приматов. Четыре из этих обезьян прожили до забоя три месяца и полгода, а жизнь последней прервали после 945 дней. Для подачи заявки на проведение клинических испытаний достаточно, чтобы животные прожили с пересаженным органом три месяца.

В планах учёных – детализация их подхода и решение нескольких связанных с повышением его точности вопросов. Тем не менее они подчёркивают, во-первых, этичность использования свиных сердец у людей, а во-вторых, лишь дополнительность и вспомогательную функцию трансплантированных сердец. Связано это с тем, что пациентам порой приходится ждать многие месяцы, пока им найдут генетически подходящего донора. Всё это время они находятся на перфузии с помощью всё более совершенствующейся аппаратуры, производитель которой тоже не хочет отказываться от своей доли рынка. Так что объявленный успех экспериментальной работы вполне может оказаться в какой-то мере пирровым...

Создано лекарство от потери памяти // Личный врач. – 2019. – № 65. – С. 40.

Канадские ученые создали лекарство, предназначенное для терапии нарушений памяти и некоторых психических состояний, связанных со старением, – о них пишет The Guardian. Данный препарат, по словам разработчиков, может защищать не только от потери памяти, но и способствовать поддержке здорового эмоционального состояния.

«Лекарство борется с перепадами настроения, депрессией и проблемами с памятью на фоне старения, активируя нарушенные рецепторы мозга. Данный препарат может помочь предотвратить потерю памяти на ранней стадии болезни Альцгеймера», – заявили разработчики препарата. Испытания лекарства состоялись пока на доклинической стадии – на мышах. Но эффект оказался очень впечатляющим. При ежедневном приеме лекарства в течение двух месяцев процесс развития нейронов у старых мышей стал происходить с той же интенсивностью, что у молодых животных.

По словам ученых, эффект лекарства, призванного останавливать потерю памяти, проявлялся у мышей уже через полчаса после употребления. Разовый прием препарата позволял старым особям проходить лабиринт наравне с молодыми животными. Специалисты установили, что рабочая память грызунов увеличивалась до 80-90 %. Теперь лекарство от потери памяти протестируют на людях. Если его эффективность в клинических испытаниях также окажется

высокой, препарат, по словам ученых, станет по-настоящему действенным средством профилактики когнитивных нарушений в пожилом возрасте. Ранее МедикФорум писал о том, что учеными было сделано открытие причины снижения когнитивных способностей в старости. Специалисты заявили, что нейродегенеративные процессы у пожилых людей являются следствием хронических воспалений в организме, возникающих в среднем возрасте.

Сибирцева, Е. Вирус Зика против глиобластомы: есть шанс победить // Медицинская газета. – 2019. – 13 марта (№ 10). – С. 11.

Виротерапия онкологических заболеваний – направление, которое всё больше привлекает внимание науки. Во многих лабораториях мира ведутся работы по поиску подходящих вирусов-киллеров для борьбы с клетками злокачественных опухолей.

В Новосибирске такое исследование проводят совместно учёные Института цитологии и генетики Сибирского отделения РАН и Государственного научного центра вирусологии и биотехнологий «Вектор». Объединение потенциалов двух мощных исследовательских центров обещает дать ожидаемо хороший результат в виде эффективной терапии самой агрессивной и практически не поддающейся излечению опухоли головного мозга – глиобластомы. На сегодняшний день сибирские исследователи уже получили подтверждение того, что вирус Зика обладает онколитической активностью в отношении клеток 1187 глиобластомы человека.

– В экспериментах *in vitro* показано, что вирус Зика способен избирательно лизировать опухолевые клетки глиобластомы человека U87MG. На иммунодефицитных SCID мышках с привитыми подкожными ксенографтами глиобластомы человека U87 MG показана выраженная противоопухолевая активность вируса Зика после проведения курса интрагуморального введения вируса. Рост опухоли ингибировался более чем в 10 раз вплоть до полного её исчезновения. Индекс торможения роста опухоли составил 92,6 %. Рецидивов и метастазов опухоли не зарегистрировано в течение 64 суток наблюдения. Результаты показывают перспективность дальнейших исследований вируса Зика как потенциального онколитического агента против глиобластомы человека, – сообщают в Институте цитологии и генетики СО РАН.

Вирус Зика стал представлять интерес в качестве потенциального терапевтического агента после того, как в 2016 г. в странах Южной Америки произошло несколько массовых вспышек лихорадки, вызванной данным возбудителем. В группе особого риска тогда оказались беременные женщины: вирус поражает головной мозг плода и приводит к микроцефалии, то есть к инвалидизации детей. Именно выраженный нейротропизм вируса Зика натолкнул учёных на мысль проверить, будет ли он способен нападать на опухолевые клетки головного мозга так же активно, как на здоровые. Научная интуиция не подвела: «киллер по имени Зика» действительно показал удивительную избирательность.

– Мы увидели, что вирус атакует клетки опухоли и замедляет их рост, не нанося при этом сколь-нибудь существенного ущерба остальному организму. Первым мышам мы подсаживали клетки глиобластомы под кожу, в дальнейшем мы намерены повторить эксперимент уже на опухоли, привитой в мозг животного. И, если результаты подтвердятся, это откроет возможность разработки терапевтической стратегии лечения опухолей головного мозга у человека, – пояснил старший научный сотрудник лаборатории генетики лабораторных животных Института цитологии и генетики СО РАН доктор биологических наук Иван Разумов.

Под терапией подразумевается, конечно же, не прямое инфицирование онкобольных вирусом Зика, а создание лекарственного препарата по типу вакцины, который будет содержать некую конструкцию: либо ослабленный штамм, либо генетически отредактированная версия вируса, которая сохранит лишь свойства, необходимые для лечения онкобольных. Этим займутся вирусологи и биотехнологи «Вектора».

Авторы данного исследования подчёркивают: человека окружает масса вирусов, большинство из которых может оказаться полезным в лечении разных заболеваний. И современная наука имеет необходимый набор инструментов, чтобы использовать свойства этих вирусов в медицинских целях.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Китаева, Э. А. Система подталкивающих воздействий (Nudge) как фактор повышения эффективности формирования у населения приверженности к здоровому образу жизни / Э. А. Китаева, Т. А. Суетина, М. Р. Китаев // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 2. – С. 48-52.

В течение уже многих лет медицина всех стран бьет тревогу по поводу возрастающей «эпидемии» неинфекционных заболеваний (НИЗ) (сердечно-сосудистые заболевания, онкология, хронические респираторные заболевания и диабет). Именно они являются, как отмечает ВОЗ в «Глобальном плане действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 г.г.», основными причинами смертности в мире. По данным ВОЗ, ежегодно на НИЗ приходится более 60 % смертей в мире (более 36 млн. человек), почти половину из которых составляют люди в возрасте до 70 лет. По прогнозам экспертов ВОЗ, при сохранении имеющихся тенденций к 2030 г. смертельный исход от НИЗ может угрожать уже 52 млн. человек в мире.

Несмотря на то, что исследования ВОЗ охватывают весь мир, включая и страны с низким уровнем дохода, для которых угроза от НИЗ крайне велика, данные статистики по России, в целом, повторяют данные ВОЗ: в России смертность от основных НИЗ составляет 68,5 % от общей смертности населения на фоне снижающейся тенденции последней. Опасность НИЗ состоит также в том, что средний возраст заболевших имеет тенденцию к снижению, что говорит о возрастающей опасности НИЗ для людей трудоспособного возраста.

НИЗ даже в случае нелетального исхода в большинстве своем имеют очень серьезные последствия и приводят к длительным периодам нетрудоспособности, а, часто, и инвалидности. Лечение НИЗ требует высоких затрат на лечение и вторичную профилактику. Таким образом, НИЗ приводят не только к человеческим потерям, но и к большим экономическим потерям для страны, обусловленным не только прямыми затратами на лечение, но и значительными потерями за счет снижения трудовых ресурсов. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний обозначена Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как приоритетный проект второго десятилетия XXI века, направленный на улучшение качества жизни населения всего мира.

Еще с Фрамингемского исследования хорошо известно, что на развитие заболеваний сердечнососудистой системы влияет шесть главных факторов риска: высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, курение, ожирение, диабет и малоподвижный образ жизни. Следует заметить, что диабет часто является важным фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний. Однако диабет, наряду с генетическими факторами риска в качестве относительных факторов риска, также имеет недостаточную физическую активность и неправильное питание, которые в комплексе приводят к ожирению.

Курение, в различных его воплощениях – один из важнейших факторов заболеваний органов дыхания и онкозаболеваний. В рамках настоящего исследования наряду с НИЗ рассматриваются также наиболее распространенные отклонения психического здоровья, т.е. психические расстройства, такие как: неврастения, депрессия, тревожное и паническое расстройство, зависимость от алкоголя и психоактивных веществ. В исследование включены те виды психических расстройств, с которыми может столкнуться каждый человек, и которые, наряду с прочими факторами риска, имеют в качестве факторов риска стресс или могут провоцироваться злоупотреблением алкогольных напитков. Большинство перечисленных выше факторов риска имеют поведенческую природу, т.е. могут быть устранены или скорректированы за счет изменения поведенческих привычек людей, их динамических стереотипов. И, хотя в области профилактики и лечения НИЗ Россия, как и большинство развитых стран, продвинулась очень далеко, пока не удается найти эффективное решение проблемы НИЗ.

Цель исследования – предложить метод повышения эффективности профилактики неинфекционных заболеваний и формирования приверженности населения к здоровому образу жизни.

Статья построена на экспериментальных исследованиях зарубежных ученых, связанных с выявлением особенностей мыслей и поведения людей при оценке и прогнозировании неопределенных ситуаций, в рамках которых, в частности, показано, что люди ошибаются при

принятии решений, и их ошибки подчинены определенным психологическим закономерностям, которые выявлены и хорошо экспериментально обоснованы исследователями.

Речь идет об основных законах социальной психологии в области принятия решений: эвристики в принятии решений, субъективная вероятность, психология прогнозирования, иррациональная предсказуемость, каузальное и диагностическое умозаключение, теория атрибуции и ошибки атрибуции, склонность к конформности, оценка сложных вероятностей, интуитивное прогнозирование и др.

В рамках статьи не представляется возможным описать все проведенные эксперименты. Авторами экспериментальные исследования не проводились. Вопрос ставится о необходимости пилотного внедрения разработанного комплекса мероприятий и оценки возможного влияния. Данное исследование основано на достижениях психологии и экономики и их синергетического соединения, воплотившегося в итоге в науку под названием «Поведенческая экономика и финансы». Наиболее известными учеными в области поведенческой экономики и финансов являются Даниел Канеман (Нобелевский лауреат по экономике 2002 г.) и Амос Тверски, Ричард Талер (Нобелевский лауреат по экономике 2017 г.) и Касс Санстейн, Роберт Шиллер (Нобелевский лауреат по экономике 2013 г.), Дэн Ариэли и др.

Большое количество социальных экспериментов, изучающих поведение людей при принятии различного рода решений, в том числе и решений в области собственных пристрастий и привычек относительно различных аспектов жизни и деятельности, было проведено в разное время. Их обобщенная версия наиболее полно представлена в изложении Роберта Чалдини. Проведенные социальные эксперименты поставили под сомнение рациональность многих суждений и решений людей и показали наличие ошибочных решений и поступков, характерных для больших групп людей, продемонстрировав таким образом, что человек, в сущности, иррационален и часто иррационален вполне закономерным образом. Нельзя утверждать, что люди повсеместно выбирают правильную диету, отказываются от вредных привычек или без устали занимаются фитнесом, эффективно инвестируют средства, страхуют жизнь и имущество, создают накопления и проч. Данный феномен получил название «предсказуемая иррациональность» или «ограниченная рациональность».

Очень упрощенно ограниченная рациональность объясняется неприязнью человека к неопределенности. Предсказуемой иррациональностью людей активно пользуются маркетологи и продавцы, а также мошенники разного рода. В ходе проведенных исследований наряду с ограниченной рациональностью были выявлены проблемы большинства людей, связанные с самоконтролем и их подверженность общественному влиянию. Весь этот выявленный феноменологический комплекс имеет весьма разрушительный потенциал, который нельзя недооценивать. Ключевую роль в принятии ошибочных решений часто играют банальные человеческие слабости. Но этот же феноменологический комплекс может быть использован и на благо людей, причем очень ненавязчивым способом.

Этот подход получил название Nudge, что можно перевести как «легкий толчок локтем». Все мероприятия, относящиеся к категории подталкивания, оказывают небольшие, но психологически значимые действия. Основную суть подталкивания можно представить как шаги (намёки), которые призваны «помочь людям справиться со сложным выбором, противостоять соблазнам и избегать заблуждений, навязываемых обществом». Эти шаги могут быть предприняты различными людьми или группами людей, вплоть до законодательной власти. Основная сущность подталкивания состоит в том, что эти шаги не должны навязывать человеку какой-то конкретный выбор, а именно подталкивать его к тому, чтобы сделать правильный, с точки зрения выгоды для самого человека и общества в целом, выбор.

Таким образом, подталкивание является противоположностью прямого регулирования, которое включает в себя ограничения, запреты, мониторинг, контроль, поощрения и наказания.

Цель Nudge как раз и состоит в том, чтобы подталкивающими стимулами заменить требования и запреты. Подход к формированию подталкивающих стимулов в течение последних лет с успехом применяется во многих западных странах, оказывая воздействие на формирование выгодного поведения в области пенсионного обеспечения, налоговых сборов, страхования и даже трансплантации органов.

Элементы подталкивания относительно заявленной темы могут быть применены практически во всех областях, на которые мы хотим оказать воздействие с целью профилактики НИЗ и формирования здорового образа жизни. Правильно разработанные комплексы подталкивающих стимулов могут помочь нам сформировать нужные привычки относительно режима питания, отказа от курения, употребления алкоголя и повышения физической активности. При разработке подталкивающих стимулов необходимо постоянно сопоставлять характер стимула и возможную ответную реакцию, т.е. получаемый человеком сигнал должен соответствовать желаемому действию.

На основании проведенного анализа обзора научной литературы были приведены примеры девяти основных ситуаций: находясь дома с семьей, в школе, на работе, в магазине, в супермаркете, в медицинском учреждении и проч., человек имеет возможность совершить тот или иной выбор относительно приобретения какого-то товара или просто собственного поведения. В данном случае поведение рассматривается не в социальном аспекте, как правильное или неправильное, а именно в аспекте движения в сторону сохранения собственного здоровья и здоровья близких с точки зрения профилактики НИЗ. Далеко не всегда человек в условиях выбора действует рационально, чему мешают и сформированные динамические стереотипы, и действующие в настоящий момент доминанты, и прочие поведенческие аспекты выбора. Ядром системы подталкивающих воздействий является создание соответствующих условий для того, чтобы человек имел возможность сделать правильный, т.е. направленный на сохранение здоровья выбор в каждой конкретной ситуации выбора.

Предложения по формированию контекста среды бывает достаточно сложно разделить с прямым регулированием. Однако подчеркнем, что большинство предлагаемых мероприятий носят характер необязательный, они не ограничивают свободу выбора индивида. Если, например, мы рекомендуем магазину перенести шоколад из прикассовых зон, то мы не ограничиваем тем самым покупателя, но и не стимулируем его к спонтанной покупке бесполезных товаров. При этом мы и магазину не навязываем это в качестве обязательной меры, но поощряем его путем возможного использования соответствующего логотипа, например, «Объект здорового образа жизни». Магазин имеет полное право его не использовать. При соответствующей информационной поддержке рост потребительских запросов с точки зрения здорового образа жизни будет приводить к тому, что «Объекты здорового образа жизни» будут иметь конкурентное преимущество. Таким же образом, магазин вправе сам решать использовать ли ему «тележки здоровья», которые стимулируют покупателя к приобретению продуктов в соответствии с их полезностью или нет. Сам покупатель тоже не ограничивается в приобретении тех или иных товаров, но подсознательно может следовать предлагаемым нормам.

По данным Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака 97,2 % взрослых заметили предупреждающую информацию о вреде табака, но только 35,9 % задумались об отказе от курения из-за предупреждающих надписей. Необходимо влияние более близких человеку социальных групп, в частности, создание соответствующего контекста на рабочем месте, а также в семье, но без явного целенаправленного давления, которое зачастую у курильщиков вызывает явное неприятие и еще большую приверженность привычке. Во многих ситуациях может помочь использование принципа положительного социального доказательства и упоминание того, что большинство людей некоторой социальной группы (институт, рабочий коллектив, население города и проч.) избегают курения. Природная конформность и подверженность социальному влиянию могут сыграть важную роль в появлении у человека желания отказаться от этой привычки. Для того, чтобы описанная система контекстных стимулов обладала высокой эффективностью, необходимо предварительно разработать и начать внедрять два важных элемента предлагаемой системы подталкивающих воздействий: «Дифференцированную систему информационного воздействия» и «Систему маркировки товаров и объектов ЗОЖ».

Конкретные элементы системы информационного воздействия неразделимы с другими мероприятиями и должны внедряться в комплексе. Задача информационного воздействия – сформировать представления людей о важности и опасных последствиях неинфекционных заболеваний, а также дать людям информацию о конкретных способах предотвращения неинфекционных заболеваний, т.е. о конкретных способах ведения здорового образа жизни.

Также необходимо сформировать представление о том, что вести здоровый образ жизни легко, приятно и выгодно. Важнейшим элементом системы информационного воздействия должно стать психологическое образование среди широких масс, популяризация психотерапевтической помощи совместно с обеспечением доступности и качества психотерапевтической помощи.

Система маркировки товаров и объектов здорового образа жизни призвана обеспечить автоматизм в выборе товаров из категории здорового образа жизни. Как показывает анализ научной литературы наиболее необходимы и эффективны следующие виды маркировок:

- маркировки для товаров, характеризующие содержание соли и сахара;
- маркировки магазинов, например «Объект здорового образа жизни» или «С заботой о вашем здоровье»;
- маркировки пунктов общественного питания (столовых, кафе, ресторанов), например: здоровое питание, смешанное, фастфуд – в зависимости от процентного содержания в меню различных продуктов и блюд;
- маркировки уровня полезности блюд в пунктах общественного питания;
- маркировки спортивных учреждений и фитнес-центров, участвующих в программе профилактики НИЗ, например, если они оказывают дополнительные услуги или консультационную поддержку;
- маркировки медицинских центров и аптек, например, если они предоставляют услуги по профилактике НИЗ, консультационную поддержку;
- маркировки для учебных заведений, если они выступают партнерами Министерства здравоохранения по профилактике НИЗ.

Системное применение подталкивающих воздействий имеет интегративные свойства и способно оказать синергетический эффект в формировании здорового образа жизни и качественно дополнить усилия в области профилактики неинфекционных заболеваний.

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

Сайт: <http://miac.samregion.ru>