

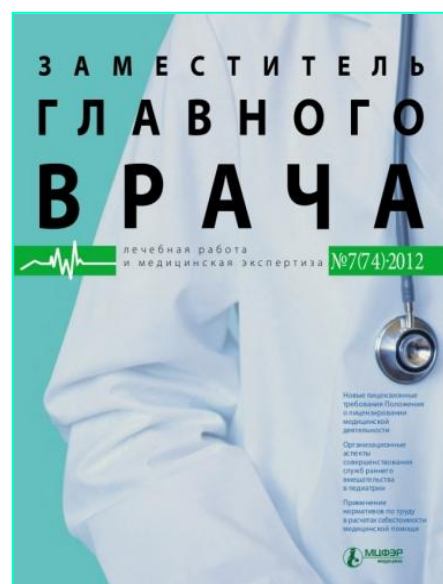


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№6 (июнь), 2017



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	29
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	38

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Шишкин, С. В. Современный уровень системы охраны здоровья России // Экономист лечебного учреждения. – 2017. – № 4. – С. 27-36.

В сложных экономических условиях системе здравоохранения удалось обеспечить требуемую динамику сокращения показателей смертности от отдельных причин и увеличения заработной платы медицинским работникам; сохранена доступность бесплатной медицинской помощи для населения; реализован комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению ее эффективности; проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования. Но многие важные вопросы совершенствования организации, управления и финансового обеспечения системы оказания медицинской помощи остались нерешенными.

В 2013-2015 гг. фактические значения показателей смертности от отдельных причин и младенческой смертности оказались заметно лучше целевых значений. Но показатели смертности от всех причин и ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2014 г. не достигли целевых значений. Снижение смертности населения от всех причин, происходившее в течение 8 лет – с 2006 по 2013 г., приостановилось в 2014 г.

Рассматривая эти показатели, следует принять во внимание, что регистрация причин смертности может являться объектом манипулирования. Это сложнее сделать с показателем смертности от всех причин и ожидаемой продолжительности жизни. Учитывая это обстоятельство, правомерно предположить, что данные о выполнении целевых показателей снижения смертности от отдельных причин могут содержать имитационную составляющую. Что же касается общей смертности, то очевидно, что обеспечить дальнейшее ее снижение без дополнительных государственных ресурсов отечественной системе здравоохранения пока не удастся.

В 2013 г. размеры оплаты труда медицинских работников существенно выросли, а целевые значения, установленные для врачей и среднего медицинского персонала, были значительно превышены.

В 2014 г. заработная плата медицинских работников выросла уже незначительно. В среднем по стране прирост среднемесячной заработной платы врачей составил 9,4 %, и в абсолютном выражении ее величина достигла 46,2 тыс. руб. Зарплата среднего медицинского персонала выросла на 9,2% до уровня 26,3 тыс. руб. У младшего медицинского персонала темп прироста оказался самым высоким – 12,7%, но в номинальном выражении прирост составил всего 1,8 тыс. руб., и в 2014 г. среднемесячная заработная плата этой категории работников равнялась 16,1 тыс. руб.

В 2015 г. рост среднемесячной заработной платы был небольшим, причем даже ниже темпа инфляции, которая составила 12,9 %. Для врачей и работников с высшим образованием рост составил 3,6 %, средних медицинских работников – 2,6%, младшего медицинского персонала – 4,3%. Среднемесячная заработная плата врачей и работников с высшим образованием составила 47,9 тыс. руб., среднего медицинского персонала – 27,0 тыс. руб., младшего медицинского персонала – 16,8 тыс. руб. В итоге показатели соотношения заработной платы врачей и среднего медицинского персонала и средней заработной платы в регионе остались примерно на уровне 2013 г., но они по-прежнему выше целевых значений. Фактические показатели по младшему

медицинскому персоналу, как и в 2013 г., остаются ниже целевых значений, но отставание невелико (3,1 п.п.).

Снижение темпов роста зарплаты в 2014-2015 гг. отражает реалии складывающейся экономической ситуации. Государственное финансирование здравоохранения в 2014 г. выросло в номинальном выражении всего лишь на 6,2%, а объем реализации платных медицинских услуг – на 7 %. Поскольку достигнутые уже в 2013 г. значения средней заработной платы врачей и среднего медицинского персонала по отношению к средней заработной плате в регионе превосходили целевые показатели, установленные на 2014 г. и на 2015 г., то в условиях экономического кризиса вполне рационально была выбрана политика сдерживания темпов роста заработной платы. Вместе с тем, по данным интервью с медицинскими работниками, проведенным сотрудниками НИУ ВШЭ в 2014 и 2015 гг., небольшой рост заработной платы, в пределах 10-15%, не приводит к позитивному изменению внутренней мотивации врачей.

Повышение размеров оплаты труда медиков рассматривалось в качестве составной части перехода к эффективному контракту. Этим понятием было названо заключение трудового договора с работником, в котором конкретизированы показатели и критерии оценки эффективности его деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг. На практике, по оценкам значительной части медиков, введение эффективного контракта оборачивается увеличением объема выполняемой ими работы, неадекватным фактическому росту их заработной платы. Как показали данные анкетного опроса медицинских работников, проведенного НИУ ВШЭ и Левада-Центром в октябре-ноябре 2014 г., почти две трети опрошенных (61%) сообщили, что «объем работы заметно вырос, а размер зарплаты увеличился незначительно».

Заработная плата медицинских работников складывается из трех частей:

- 1) базовый оклад;
- 2) компенсационные выплаты (за особые условия труда, сверхурочную работу, работу в ночное время и т.п.);
- 3) стимулирующие выплаты (выплаты за интенсивность, качество, результаты работы, премиальные, выплаты за стаж непрерывной работы и выслугу лет).

Базовый оклад и компенсационные выплаты нередко называют базовой частью оплаты труда. Предполагалось, что при внедрении эффективного контракта рост базовой части оплаты должен сочетаться с еще более быстрым увеличением стимулирующих выплат.

Между тем, по данным опросов медиков, проведенным НИУ ВШЭ в 2013 и 2014 гг., выявлен значительный рост ориентации на повышение доли базовой части в оплате труда: ее желаемая величина составила 62,5% в 2013 г., а в 2014 г. достигла 70,9%. Среди врачей доля желающих иметь более высокую долю базового оклада возросла с 66 до 86 %. Причем те, кто получают стимулирующие выплаты, значительно чаще указывают на такую необходимость. Эти результаты заставляют сделать вывод, что политика внедрения эффективного контракта, отдающая приоритет увеличению доли стимулирующей части в оплате труда и обеспечению ее большей увязки с объемом и качеством работы, не отвечает интересам самих работников. А это означает, что не меньшее внимание должно быть уделено изменению порядка назначения базовой части

оплаты труда. Этот порядок также должен быть стимулирующим, то есть учитывать квалификацию работника, сложность проводимых работ, степень дефицитности определенной категории работников на региональных рынках труда и прочие факторы.

Установленные законом права российских граждан на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных медицинских учреждениях ежегодно конкретизируются в Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, утверждаемой Правительством РФ с 1998 г. На протяжении многих лет изменения, вносимые в эту программу, касались нормативов объемов медицинской помощи (измеряемых количеством врачебных посещений, числом вызовов скорой помощи, числом койко-дней в стационарах и числом пролеченных больных в дневных стационарах в расчете на 1 тыс. населения), которые должны быть обеспечены за счет государственных средств, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и затрат в расчете на одного человека. Но в последние четыре года содержание программы получило значительную конкретизацию. Расширен состав критериев доступности и качества медицинской помощи, в программу включен перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи. Особо следует выделить установление в программе на 2016 г. требований к предельным срокам ожидания разных видов медицинской помощи. Такая конкретизация гарантий призвана защитить в сложных экономических условиях права граждан на бесплатное лечение.

Следует отметить, что основная часть российских граждан получала и получает бесплатную медицинскую помощь. Об этом свидетельствует динамика показателей доли пациентов, которые платили за лечение. Значения этого показателя позволяют оценить данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) НИУ ВШЭ. Согласно полученным оценкам, доля плативших за визит к медицинским работникам среди обратившихся за амбулаторной помощью возросла с 4% в 1994 г. до 14,7% в 2012 г., и в последующие два года мало изменилась. Это означает, что 85 % граждан получают только бесплатные врачебные консультации.

В 2013 г. 71% пациентов стационаров получал там полностью бесплатное лечение. Особое внимание привлекает динамика показателей распространенности практик приобретения пациентами стационаров за свой счет лекарств для лечения во время пребывания в больнице. В 1990-е гг. из-за недостатка государственного финансирования пациентам стационаров зачастую приходилось оплачивать медикаменты из собственных средств. В 2001 г. доля пациентов, оплачивавших медикаменты при стационарном лечении, составляла 52,8%, но на протяжении последующего десятилетия эта доля постоянно сокращалась и достигла в 2012 г. 18,3%. Такая динамика, очевидно, обусловлена ростом в этот период государственного финансирования, благодаря которому лекарственное обеспечение стационаров было значительно улучшено, и необходимость привлекать средства пациентов для обеспечения их лекарствами при стационарном лечении ослабла. Начиная с 2013 г., когда рост государственного финансирования прекратился, доля пациентов стационаров, покупающих лекарства, вновь стала увеличиваться, но достигнутое в 2014 г. значение 22,1% намного меньше, чем в нулевые годы.

Приводимые данные о динамике доли пациентов, оплачивающих свое лечение, вполне определенно свидетельствуют, что система здравоохранения в сложных

экономических условиях последних лет сохраняет доступность бесплатной медицинской помощи для основной части населения.

Прекращение экономического роста и перспектива медленного экономического развития ставят перед здравоохранением императив поиска более эффективных способов организации медицинской помощи и использования имеющегося ресурсного потенциала. Достижение целевых показателей повышения оплаты труда без увеличения государственного финансирования здравоохранения означает необходимость изыскания средств для решения такой задачи посредством проведения мероприятий по экономии ресурсов и развитию платных медицинских услуг. В Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг., утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. №2190-р, была дана целевая установка на привлечение не менее одной трети средств, необходимых для перспективы медленного экономического развития ставят перед здравоохранением императив поиска более эффективных способов организации медицинской помощи и использования имеющегося ресурсного потенциала. Достижение целевых показателей повышения оплаты труда без увеличения государственного финансирования здравоохранения означает необходимость изыскания средств для решения такой задачи посредством проведения мероприятий по экономии ресурсов и развитию платных медицинских услуг. В Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг., утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. №2190-р, была дана целевая установка на привлечение не менее одной трети средств, необходимых для повышения заработной платы, за счет реорганизации неэффективных учреждений и развития приносящей доход деятельности. Одновременно Распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р был принят план мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». В соответствии с этим документом аналогичные дорожные карты были разработаны в каждом субъекте РФ.

Следует отметить, что при проведении реструктуризации медицинской помощи (сокращение объемов стационарной помощи при адекватном увеличении объемов амбулаторной помощи) объем средств, которые за счет этого можно было бы привлечь для повышения заработной платы, составляет всего лишь 10,5% от требуемого прироста средств на повышение оплаты труда в 2013-2018 гг. при условии сохранения прежней численности медицинских работников. Возможная экономия на закупках лекарственных средств обеспечила бы еще 1,7%. Этот расчет показывает, что целевая установка на привлечение не менее трети средств за счет внутриотраслевых резервов предопределила проведение упрощенной реструктуризации (т.е. не замещения одних видов помощи другими, а сокращения сети учреждений, коечного фонда, кадров и т.д. с ущербом для качества и доступности медицинской помощи) и интенсивное развитие платных медицинских услуг.

Какие же мероприятия были реализованы для повышения эффективности здравоохранения и привлечения необходимых средств для повышения уровня оплаты труда? Можно выделить следующие направления преобразования системы оказания

медицинской помощи, по которым в последние годы достигнуто заметное продвижение:

- расширение мероприятий по профилактике заболеваний, расширение масштабов и повышение эффективности диспансеризации населения;
- реорганизация сети больниц в сторону их укрупнения и сокращения маломощных и неэффективных подразделений;
- развитие стационарозамещающей медицинской помощи;
- формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи, создание межрайонных центров, в которых концентрируются диагностические и кадровые ресурсы специализированной помощи в муниципальных образованиях;
- развитие сектора высокотехнологичной медицинской помощи, расширение объемов этой помощи, в том числе в региональных медицинских учреждениях;
- совершенствование системы подготовки медицинских кадров.

Для укрепления ПМСП с конца нулевых годов была проведена большая работа по реорганизации маломощных и неэффективных амбулаторно-поликлинических учреждений путем их закрытия либо присоединения к крупным учреждениям. Эта реорганизация создала условия для повышения доступности консультативного приема силами лучших специалистов, усиления преемственности оказания медицинской помощи, концентрации наиболее сложных диагностических исследований и повышения их доступности, более эффективного использования медицинского оборудования, снижения административных расходов.

В целях повышения доступности медицинской помощи сельскому населению и повышения укомплектованности медицинских организаций, расположенных в сельской местности, с 2012 г. осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам по программе «Земский доктор». В 2012-2014 гг. общее количество медицинских работников, привлеченных в рамках этой программы для работы в сельских населенных пунктах и рабочих поселках, составило 15 279 молодых специалистов. Однако, как и в случае с предпринятыми в рамках Национального проекта «Здоровье» доплатами врачам участковой службы, эта мера демонстрирует затухающий эффект: если в 2012 г. число участников этой программы составило 7 693 врача, то в 2014 г. – 3313. В то же время число врачей в сельской местности в 2014 г. увеличилось всего на 0,7 тыс. человек (с 51,7 до 52,4 тыс.). Очевидно, что разовая выплата на обустройство молодого специалиста не может компенсировать низкий уровень текущего вознаграждения за труд в сложных условиях сельской местности.

В дорожной карте «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», была поставлена задача увеличения доли расходов на амбулаторную помощь в общих расходах на реализацию Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи с 25,3 % в 2013 г. до 31,7 % в 2018 г. Доля расходов на стационарную помощь должна сократиться с 60,3 до 50,3%. Это заметный сдвиг в структуре расходов, но нужно принять во внимание, что в большинстве стран ОЭСР уже произошло выравнивание долей расходов на амбулаторную и стационарную помощь. В российском здравоохранении интенсивность изменения структуры медицинской помощи значительно ниже.

Получила дальнейшее развитие стационарозамещающая помощь, создающая условия для перемещения значительных объемов медицинской помощи из

стационарного в амбулаторный сектор. Число пациентов, получивших медицинскую помощь в условиях дневных стационаров, за 2010-2014 гг. увеличилось с 4,4 млн. до 6,5 млн. человек, а их доля в общем числе пациентов круглосуточных и дневных стационаров – с 11,5 до 17,2 %. То есть в процессе развертывания дневных стационаров удалось получить действительно стационарозамещающий эффект, избежав опасности увеличения стационарозамещающей помощи в дополнение к стационарной. Планируется увеличение доли расходов на медицинскую помощь в условиях дневного стационара в общих расходах на реализацию программы государственных гарантий с 7% в 2013 г. до 9% в 2018 г.

Среди мероприятий по повышению эффективности здравоохранения особое внимание гражданского общества и средств массовой информации привлекли сокращения коечного фонда стационаров и медицинского персонала. При этом наиболее острой была реакция на реформу московского здравоохранения, которая будет рассмотрена ниже. Здесь же следует отметить, что часто высказываемая критика органов здравоохранения за то, что сокращение сети медицинских учреждений – это результаты их плохо продуманных действий по реформированию отрасли, далеко не всегда справедлива.

В целом по стране эти сокращения были пока небольшими. В 2013-2014 гг. число больничных учреждений государственной формы собственности уменьшилось на 9,3%, а коечный фонд – на 4,5 %. Напротив, число амбулаторно-поликлинических организаций увеличилось на 2,5 %, а их мощность выросла на 1,3 %. Численность врачей в медицинских организациях государственной формы собственности в 2014-2015 гг. уменьшилось всего лишь на 1%, а среднего медицинского персонала – на 2,8%. Несколько больше были сокращения младшего медицинского персонала – на 12,8%.

Следует подчеркнуть, что меры по сокращению коечного фонда и кадров вызваны двумя причинами. С одной стороны, они диктуются необходимостью нахождения средств для повышения оплаты труда медицинских работников в условиях усложнения экономической ситуации и уменьшения реальных расходов на здравоохранение. С другой стороны, эти меры направлены на повышение структурной эффективности системы оказания медицинской помощи. Объемы стационарной помощи, измеряемые числом койко-дней на 100 жителей, в России на 30-50 % выше, чем в западноевропейских странах. Большие объемы стационарной помощи, складывающиеся из высокого уровня госпитализации и затянутых сроков лечения в больницах, обуславливают перекоп кадров в сторону стационара. Избыток врачей в стационарах и недостаток в амбулаторных организациях отмечается отраслевым органом управления. Так, в 2012 г. Минздравсоцразвития России оценивал профицит врачей клинических специальностей в стационаре в размере 35 тыс., а дефицит в амбулаторных организациях – 186 тыс. врачей. Этот структурный дисбаланс сохраняется и сегодня в силу относительного отставания развития сектора ПМСП.

Согласно Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг., основной прирост заработной платы медицинских работников для достижения установленных целевых показателей должен произойти в 2016-2017 гг. Именно в текущем и следующем году возникает очень серьезный риск того, что поиски средств для повышения оплаты труда медицинским работникам могут привести к непродуманным сокращениям коечного фонда и медицинского персонала, уменьшению затрат на медикаменты и расходные

материалы, что может повлечь существенное ухудшение качества и доступности для населения бесплатной стационарной медицинской помощи, диагностических исследований.

Сокращение коечного фонда является допустимым только при условии, что в амбулаторном секторе будут созданы необходимые предпосылки, которые позволят ему взять на себя объемы медицинской помощи, ранее оказывавшиеся на сокращаемых койках. Между тем параметры сокращения коечного фонда, содержащиеся в дорожных картах субъектов РФ, далеко не всегда увязываются с возможностями амбулаторно-поликлинических учреждений обеспечить лечение пациентов в амбулаторных условиях.

Чтобы обеспечить такую увязку, необходим реальный, а не декларируемый приоритет развития ПМСП, что предполагает ликвидацию дефицита врачей участковой службы, расширение состава медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях и в дневных стационарах, проведение комплекса мер по повышению квалификации врачей первичного звена, обеспечение преемственности лечения и координации деятельности медицинских служб. Необходимо также повысить роль поликлиник в планировании объемов стационарной помощи. Именно на стадии планирования можно решить, каких пациентов можно реально передать в поликлиники и что конкретно нужно сделать для расширения привычного набора функций амбулаторных врачей и медсестер. Подобные оценки должны относиться к конкретным заболеваниям и видам работ, на их основе можно получить обоснованные укрупненные расчеты по объемам медицинской помощи и структуре расходов на оказание медицинской помощи в разрезе отдельных территорий. К сожалению, по нашим наблюдениям, в реальной жизни доминирует планирование, которое больше похоже на арифметическое упражнение, чем на реальный анализ сложившихся возможностей различных типов медицинских организаций и уровней оказания медицинской помощи.

Среди проведенных преобразований следует выделить значительную работу по формированию трехуровневой модели организации медицинской помощи (муниципальный уровень – межмуниципальный уровень – региональный уровень). Развитие такой системы сопровождается формированием муниципальных округов, организацией межмуниципальных центров специализированной помощи, разработкой маршрутов пациентов для всех видов и профилей медицинской помощи. В регионах утверждены нормативные акты по маршрутизации, предусматривающие направление пациентов на более высокие уровни оказания медицинской помощи.

Очевидные достижения есть в развитии высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП): число больных, получивших такую помощь, возросло с 60 тыс. человек в 2005 г. до 715,6 тыс. человек в 2014 г. Общие затраты на оказание ВМП достигли 6% от общих затрат на оказание всей медицинской помощи. Вместе с тем общая потребность населения в ВМП, по оценке Минздрава России, составляет не менее 1 млн. случаев в год, то есть в 1,4 раза выше достигнутого объема ее оказания.

Растущая часть ВМП оказывается в региональных учреждениях здравоохранения, что является свидетельством повышения их материально-технического уровня и квалификации медицинского персонала. Так, в 2011 г. доля пациентов, которым была оказана ВМП в региональных учреждениях здравоохранения, составила 12,5%, а в 2014 г. – уже 44%. Но предстоит сделать очень много, чтобы оказывать ВМП в каждой городской больнице и на этой основе полностью

удовлетворить потребность населения в этом виде медицинской помощи. Для этого требуется дальнейшая реорганизация маломощных и неэффективных стационаров путем их закрытия либо присоединения к крупным больничным учреждениям, концентрация в них наиболее квалифицированных кадров и наиболее сложной диагностической и медицинской техники.

В ряду медицинских мер, направленных на усиление профилактики заболеваний, следует выделить мероприятия по расширению перечня лиц, подлежащих ежегодной диспансеризации. С 2013 г. введена диспансеризация определенных групп взрослого населения. Диспансеризации не реже одного раза в три года подлежат как работающие, так и неработающие граждане, а также обучающиеся в образовательных организациях. Региональными программами модернизации здравоохранения предусматривается диспансеризация подростков.

Вместе с тем, оценивая результативность профилактической деятельности системы оказания медицинской помощи, следует обратить внимание на динамику показателя вызовов населением скорой медицинской помощи. За период с 2010 г. по 2013 г. число вызовов, в значительной степени характеризующее усилия амбулаторной службы по профилактике заболеваний и их осложнений, не только не сократилось, а, напротив, возросло с 336 до 344 на 1 тыс. населения.

Индикатором уровня профилактики перехода острых заболеваний в хроническую стадию служит показатель соотношения общей и первичной заболеваемости. Он продолжает расти, правда, темпы роста в последние годы существенно замедлились.

Приведенные данные в целом свидетельствуют не в пользу повышения результативности профилактической деятельности.

Для решения проблемы обеспечения населения высококвалифицированными медицинскими кадрами в 2012 г. Минздравом России был разработан комплекс мероприятий, направленных на совершенствование системы профессиональной подготовки врачей. Началась реализация мероприятий по повышению качества до дипломного образования – внедрение государственных образовательных стандартов 3-го поколения, предусматривающих увеличение доли практической подготовки, создание симуляционных тренинговых центров, развитие и дооснащение клинических баз и клиник, обновление программ подготовки с учетом опыта ведущих университетов мира, широкое использование современных технологий обучения, повышение квалификации и мотивации преподавателей, внедрение в сознание будущих врачей приверженности профессии и профессиональному сообществу.

Мероприятия по совершенствованию послевузовского профессионального образования предусматривают переход от системы одногодичной интернатуры и двухгодичной ординатуры к 2-5-летней ординатуре, повышение качества послевузовского и дополнительного профессионального образования (обновление программ ординатуры, увеличения в них удельного веса практических занятий, тренингов и производственной практики), замену циклической (один раз в пять лет) постдипломной подготовки непрерывным медицинским образованием, организацию учебного процесса с использованием системы зачетных единиц (кредитов).

С декабря 2013 г. в рамках пилотного проекта реализуется модель непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров

участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с использованием системы зачетных кредитов.

Планируется, начиная с 2016 г., изменение порядка допуска к профессиональной деятельности путем замены действующей системы сертификатов специалиста на аккредитацию врачей, отличающуюся получением каждым специалистом личного перечня допусков врача к определенным видам медицинской помощи.

Итак, позитивным итогом изменений российского здравоохранения в последние годы явилось:

- обновление материальной базы здравоохранения;
- расширение доступа населения к высокотехнологичной медицинской помощи;
- формирование трехуровневой модели организации медицинской помощи.

Однако, несмотря на перечисленные достижения, сохраняются серьезные структурные проблемы в организации оказания медицинской помощи.

Алешина, А. Инвестиции в здоровье // Волжская коммуна. – 2017. – 16 июня (№ 146). – С. 10.

Повышение качества оказания медицинской помощи – стратегическая задача здравоохранения. За последние несколько лет в отрасль вложены колоссальные средства. Это позволило улучшить материально-техническую базу, приобрести современное оборудование, внедрить новые технологии диагностики и лечения. Как результат – общее здоровье жителей губернии и позитивная динамика главных демографических показателей.

Проверка здоровья.

Пятый год Самарский регион вместе со всей страной участвует в диспансеризации. Раз в три года каждый человек может бесплатно пройти плановое обследование. «В первую очередь, это делается для тех, кто еще не болен, но рискует оказаться на больничной койке», – поясняет главврач регионального центра медицинской профилактики А. В. Муравец.

Диспансеризация проходит в несколько этапов. По итогам, пациентов делят на несколько групп: здоровых, людей с так называемыми факторами риска и больных с выявленными хроническими заболеваниями.

Регион – в лидерах по показателям диспансеризации. По итогам прошлого года план выполнен на 95%. «То есть в основном те граждане, которые должны были пройти обследование, это сделали», – отмечает Муравец.

Медицинские технологии в деле.

Самарское здравоохранение расширило возможности оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Для того, чтобы поставить искусственный сустав, прооперировать позвоночник или устранить дефект челюстно-лицевой области, уже не надо выезжать в Москву или Санкт-Петербург. Самарские врачи успешно пересаживают почки и печень, делают сложнейшие операции на кровеносных сосудах и сердце. У нас один из лучших в России онкологических центров.

За три года объем оказания высокотехнологичной помощи в 14-ти медучреждениях области вырос более чем в полтора раза – с 9,7 до 15,2 тыс. человек.

Продолжается модернизация крупнейших клиник. Обновляются и главные больницы Самары.

Объединяя усилия.

Качественный рывок позволил на треть увеличить число оказываемых медицинских услуг в регионе. Но отрасль требует непрерывного развития и инвестиционной подпитки, в том числе от частных инвесторов, – отмечают в региональном Минздраве.

За 5 лет Самарская область вышла в лидеры федерального рейтинга по государственно-частному партнерству, уступая лишь Москве. Сейчас в регионе реализуется 21 проект в сфере здравоохранения с общим объемом инвестиций 10 млрд. руб.

Так, на территории областной больницы им. В. Д. Середавина возводят Центр экстракорпоральной гемокоррекции и клинической трансфузиологии.

«Крупнейший центр будет иметь две службы: диализный центр и подразделение по переливанию крови, – рассказывает директор розничной сети компании «Фарм СКД» А. Е. Литвишков. – Инвестиции в строительство и оснащение составили 350 млн. рублей. Первых пациентов клиника примет уже в этом году».

Не только инвестиции, но и новые технологии получит регион в госпитале мирового уровня «Мать и дитя». Система так называемых интегрированных операционных свяжет между собой все оборудование, управлять которым можно будет с одного монитора. «Если мне как хирургу понадобится срочный консилиум, прямо из операционной я смогу выйти на связь с ведущими хирургами и акушерами-гинекологами нашей страны и проконсультироваться онлайн, – поясняет главный врач клиники «Мать и дитя» М. Т. Тугушев. – Эту же систему будут использовать для обучения врачей».

В скором времени распахнут двери центры помощи больным с почечной недостаточностью, ПЭТ-центр и уникальная «Клиника сердца».

Растет престиж профессии.

Впрочем, качество медицинской помощи зависит не только от оснащенности клиники, но и от квалификации врачей, работающих в ней, – от их умений, а порой и от человеческих качеств.

С прошлого года медики ехали проходить аккредитацию – своего рода допуск к профессии, который в дальнейшем станет персональным ID с занесением в единую базу – федеральный регистр медицинских работников.

Как отмечают в региональном Минздраве, в последние годы стабилизировался отток медицинских кадров. В профессию охотнее идет молодежь. Только в прошлом году клиники региона приняли тысячу человек, почти половина из них – врачи.

По словам директора Самарского медицинского колледжа им. Н. Ляпиной Н. В. Ярочкиной, интерес к медицинским специальностям растет. «Конкурс на поступление в наш колледж вырос с 2,2 человека на место до 2,5, причем по специальностям «Сестринское дело», «Фармация» и «Стоматология» он доходил до трех и более человек на место, а по «Лечебному делу» – до пяти.

Конкурс растет, а зарплата? Согласно отчету Счетной палаты рейтинга, в трети государственных медицинских учреждений целевые показатели по средней заработной плате медработников не дотягивают до нормы.

Чрезвычайно остро стоит вопрос обеспеченности медучреждений узкими специалистами, что порождает рост запущенных случаев. «Особенно это чувствуется в глубинке, – подчеркивает руководитель вертеброневрологической клиники А. А. Чебыкин, – где редко можно встретить узких специалистов, а потребность в них у пациентов очень высока. В сложных клинических случаях максимально быстро попасть на прием к профильному неврологу-вертеброневрологу, эпилептологу – можно только в частных клиниках, и более того, получить консультацию узкого специалиста на дому».

Предстоит немало сделать и для того, чтобы условия, в которых работают медики, отвечали необходимым требованиям. Срочных перемен ждет больница им. Пирогова, в которой комиссия ФИФА обнаружила ряд серьезных недостатков. По словам главврача больницы А. В. Вавилова, реконструкция приемного отделения уже начата.

Пивень, Д. В. Новый инструмент контроля в сфере здравоохранения: контроль без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями / Д. В. Пивень, И. С. Кицул, И. В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 5. – С. 6-11.

В статье рассматриваются вопросы, связанные с появлением нового инструмента контроля в сфере здравоохранения, а именно организации и проведения мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями. Авторы отмечают, что законодательство Российской Федерации содержит значительный объем требований к медицинским организациям в части размещения и предоставления информации. В свою очередь соблюдение данных требований теперь будет проверяться надзорными органами путём проведения мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями. Всё это повышает ответственность медицинских организаций и ставит перед ними новые задачи при проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Как известно, Распоряжением Правительства Российской Федерации от 1 апреля 2016 г. № 559-р был утверждён План мероприятий («дорожная карта») по совершенствованию контрольно-надзорной деятельности в Российской Федерации на 2016-2017 гг. (далее – Дорожная карта). Очевидно, что разработка и реализация указанных мероприятий имеет прямое отношение не только к органам, осуществляющим контроль и надзор в сфере здравоохранения, но и непосредственно к медицинским организациям. Это прямо следует из целей, указанных в Дорожной карте, к которым, в том числе отнесены следующие:

- повышение уровня защищенности охраняемых законом ценностей в сферах производства или оказания услуг за счет обеспечения соблюдения обязательных требований;

- снижение при осуществлении государственного контроля (надзора) административных и финансовых издержек граждан и организаций, осуществляющих предпринимательскую и иные виды деятельности, в том числе путем исключения существующих и предотвращения установления новых избыточных контрольно-надзорных функций, избыточных и устаревших обязательных требований, а также

обеспечения соответствия обязательных требований достижениям науки, техники и уровню развития экономики.

Необходимо подчеркнуть, что помимо указанных целей в Дорожной карте поставлена задача и по внедрению новых инструментов, применяемых контрольно-надзорными органами. Именно в связи с решением этой задачи Федеральным законом от 3 июля 2016 г. № 277-ФЗ были внесены весьма значимые для медицинских организаций дополнения в Федеральный закон от 26.12.2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». Так, в данном законе появилась статья 8.3 «Организация и проведение мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями». В соответствии с этой статьей, к мероприятиям по контролю, при проведении которых не требуется взаимодействие органа государственного контроля (надзора) с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, в том числе относятся:

- наблюдение за соблюдением обязательных требований при размещении информации в сети Интернет и средствах массовой информации;
- наблюдение за соблюдением обязательных требований посредством анализа информации о деятельности либо действиях юридического лица и индивидуального предпринимателя, обязанность по представлению которой возложена на такие лица в соответствии с федеральным законом.

Следует отметить, что установленных законодательством обязательных требований к информации, которую обязана размещать, представлять медицинская организация, сегодня более чем достаточно. В наших публикациях мы неоднократно касались данных вопросов в контексте самых разных аспектов обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В этой связи напомним основные документы, содержащие требования, о которых идёт речь в указанных выше дополнениях в Федеральный закон «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

Статья 79 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы) указывает, что «медицинская организация обязана:

- информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- предоставлять пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях;
- информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети Интернет, об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации, а также предоставлять иную определяемую уполномоченным федеральным органом исполнительной власти необходимую для проведения

независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями информацию».

В соответствии с представленным выше пунктом 7 части 1 статьи 79 Основ, Минздравом РФ издан приказ от 30 декабря 2014 г. № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет. Данным приказом установлены:

– информация, предоставляемая медицинскими организациями, необходимая для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями;

– требования к содержанию и форме информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Кроме того, весьма значительный объём информации, которую обязана представлять медицинская организация, определён Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006. Также требования к размещаемой медицинскими организациями информации содержат: Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; приказ МЗ РФ от 28 ноября 2014 г. № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»; приказ МЗ РФ от 14 мая 2015 г. № 240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями».

Таким образом, можно заключить, что обозначенные в указанных выше нормативно-правовых актах требования к информации, которую обязана предоставить медицинская организация, являются весьма значительными как по объёму, так и по структуре. То есть работа по соблюдению данных требований, безусловно, является для медицинских организаций не только весьма сложной, кропотливой, но и с введением новых механизмов контроля, осуществляемого без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями, становится и гораздо более ответственной. Очевидно, что теперь медицинские организации должны достаточно хорошо ориентироваться и в самой процедуре контроля, осуществляемого без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями. В этой связи необходимо обратить внимание на следующее.

1. Необходимо отметить, что в соответствии со ст. 8.3 Федерального закона от 26.12.2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» мероприятия по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями проводятся уполномоченными должностными лицами органа государственного контроля (надзора) в пределах своей компетенции на основании заданий на проведение таких мероприятий, утверждаемых руководителем или заместителем руководителя органа

государственного контроля (надзора). Порядок оформления и содержание указанных выше заданий, а также порядок оформления должностными лицами органа государственного контроля (надзора) результатов мероприятия по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями, в том числе результатов плановых (рейдовых) осмотров, обследований, исследований, измерений, наблюдений, устанавливаются федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими нормативно- правовое регулирование в соответствующих сферах государственного контроля (надзора).

2. Следует обратить внимание и на меры, которые в соответствии с законом могут принимать органы государственного контроля (надзора) по результатам проведения мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями. Данные меры заключаются в следующем. В случае выявления, при проведении мероприятий по контролю, нарушений обязательных требований должностные лица органа государственного контроля (надзора) принимают в пределах своей компетенции меры по пресечению таких нарушений, а также направляют в письменной форме руководителю или заместителю руководителя органа государственного контроля (надзора) мотивированное представление с информацией о выявленных нарушениях для принятия при необходимости решения о назначении внеплановой проверки юридического лица, индивидуального предпринимателя по основаниям, указанным в пункте 2 части 2 статьи 10 Федерального закона «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», в том числе при причинении вреда или при возникновении угрозы причинения вреда жизни и здоровью граждан. При отсутствии подтвержденных данных о том, что нарушение обязательных требований причинило вред или создало угрозу причинения вреда жизни и здоровью граждан орган государственного контроля (надзора) может направить юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю Предостережение о недопустимости нарушения обязательных требований.

3. В настоящее время определён механизм составления и направления Предостережения о недопустимости нарушения обязательных требований. Данный механизм представлен в Правилах составления и направления предостережения о недопустимости нарушения обязательных требований, подачи юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем возражений на такое предостережение и их рассмотрения, уведомления об исполнении такого предостережения, утверждённых Постановлением Правительства РФ от 10 февраля 2017 г. № 166.

В указанных Правилах отмечено, что предостережение, в том числе содержит следующую информацию:

- указание на обязательные требования, нормативные правовые акты, включая их структурные единицы, предусматривающие указанные требования;
- информацию о том, какие действия (бездействие) юридического лица, индивидуального предпринимателя приводят или могут привести к нарушению обязательных требований;
- предложение юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю принять меры по обеспечению соблюдения обязательных требований;
- предложение юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю направить уведомление об исполнении предостережения в орган государственного контроля (надзора);

– срок (не менее 60 дней со дня направления Предостережения) для направления юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем уведомления об исполнении предостережения.

Важно отметить, что Предостережение о недопустимости нарушения обязательных требований не может содержать требования о предоставлении юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем сведений и документов. Более того, по результатам рассмотрения Предостережения юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем могут быть поданы в орган государственного контроля (надзора), направивший предостережение, возражения с обоснованием позиции в отношении указанных в предостережении действий (бездействия) юридического лица, индивидуального предпринимателя, которые приводят или могут привести к нарушению обязательных требований. При этом орган государственного контроля (надзора) рассматривает возражения, по итогам рассмотрения направляет юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю в течение 20 рабочих дней со дня получения возражений ответ. Результаты рассмотрения возражений используются органом государственного контроля (надзора) для целей организации и проведения мероприятий по профилактике нарушения обязательных требований, совершенствования применения риск - ориентированного подхода при организации государственного контроля (надзора) и иных целей, не связанных с ограничением прав и свобод юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

При отсутствии возражений юридическое лицо, индивидуальный предприниматель в указанный в Предостережении о недопустимости нарушения обязательных требований срок направляет в орган государственного контроля (надзора) уведомление об исполнении Предостережения. В уведомлении об исполнении Предостережения указываются сведения о принятых по результатам рассмотрения Предостережения мерах по обеспечению соблюдения обязательных требований.

Таким образом, в связи с появлением в сфере здравоохранения нового инструмента контроля, а именно контроля без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями можно сделать следующие выводы:

– Проведение надзорными органами мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями усиливает ответственность медицинских организаций за соблюдение обязательных требований при размещении информации в сети Интернет и за соблюдение обязательных требований к предоставлению информации об осуществляемой деятельности.

– Целесообразно, чтобы в каждой медицинской организации соблюдение обязательных требований при размещении информации в сети Интернет и соблюдение обязательных требований к предоставлению информации об осуществляемой деятельности:

– стало одним из важных направлений внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с назначением ответственного за эту работу лица и определением соответствующего регламента;

– постоянно находилось в поле зрения врачебной комиссии и периодически являлось предметом её тщательного рассмотрения.

Ростовский, Ю. Б. Медицинский маркетинг в интернете [Текст] // Библиотека главного врача : система фармаконадзора в медорганизации технологии здравоохранения : приложение к журналу "Главврач". – 2017. – № 2. – С. 20-26.

Потребители любого продукта или услуги обычно предварительно знакомятся с ним, получают информацию о нем, ищут рекомендации и отзывы. Чем сложнее, дороже и более желанен продукт, тем больше информации, которую необходимо получить перед покупкой. Медицинское обслуживание, как наиболее важный и наименее прогнозируемый продукт, требует наибольшей информации на этапе выбора. В статье рассмотрены вопросы, каким путем эту информацию можно донести до потребителя. Предложены наиболее эффективные и наиболее востребованные инструменты, имеющие прогнозируемый эффект в решении поточных и стратегических целей медицинского учреждения.

Развитие системы управления качеством в здравоохранении – поэтапный процесс, требующий пересмотра стереотипов, сложившихся в отношении качества медицинских услуг и подходов к реформированию системы оказания медицинской помощи в целом. Обоснованные преобразования позволят не только повысить доступность и качество услуг, но и обеспечить экономическую эффективность деятельности учреждений здравоохранения.

Требование к медицинской организации иметь официальный сайт закреплено федеральными законами от 21.11.2011 № 323-03 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-03) и от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Основные задачи сайта медицинского учреждения:

- предоставление пациентам оперативной и значимой информации учреждения;
- обеспечение доступа пациентов к информационным ресурсам, необходимым для удовлетворения их нужд;
- обеспечение обратной связи с пациентами и использованием различных сервисов, технических решений;
- мониторинг предпочтений пациентов, партнеров, коллег;
- формирование позитивного имиджа;
- вовлечение сотрудников в рабочие процессы;
- повышения качества оказания медицинской помощи.

Официальный сайт дает возможность потребителю получить полезную информацию до заключения договора на оказание медицинских услуг или до обращения в медицинскую организацию по программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Официальный – означает, что помимо рекламной, маркетинговой функции (к чему мы уже привыкли) сайт медицинской организации рассматривается законодателем как достоверный источник обязательной информации для потребителя. И здесь перед главным врачом, директором встает практический вопрос. Какая информация должна быть размещена на сайте, чтобы пациент реализовал свое право на получение информации и у контролирующих органов не возникли претензии к медицинской организации?

Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 утверждены Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

Правила предоставления платных медицинских услуг определяют перечень информации для любой медорганизации, а приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н распространяется только на учреждения, участвующие в программе ОМС.

Согласно п. 11 Правил сайт медицинской организации должен содержать следующую информацию:

- наименование (фирменное наименование) юридического лица (фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя);
- адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя);
- данные документа о государственной регистрации юридического лица (индивидуального предпринимателя);
- данные лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий и территориальной программой;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- адреса и телефоны контролирующих органов (региональный орган исполнительной власти в сфере охраны здоровья, территориальный орган Росздравнадзора и территориальный орган Роспотребнадзора).

В 2014 г. в Закон № 323-03 введена ст. 79.1 «Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями», определившая принципы и порядок независимой оценки для организаций, оказывающим медицинскую помощь по программе государственных гарантий. В развитие этой статьи Минздравом России издан приказ от 30.12.2014 № 956н (далее – Приказ № 956н). Приказ содержит требования к информации, необходимой для проведения независимой оценки качества медицинских услуг. Согласно приказу на сайте медицинской организации, помимо установленной Правилами, должна быть следующая информация:

- информация о структуре и органах управления медицинской организацией;
- правила внутреннего распорядка для потребителей услуг;
- график приема граждан руководителем организации;
- информация о страховых организациях, с которыми заключены договоры на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС);
- территориальная программа государственных гарантий на текущий год, включая показатели доступности помощи;
- информация о сроках, порядке и результатах диспансеризации населения;
- правила записи на первичный прием;
- правила подготовки к диагностическим исследованиям;
- правила и сроки госпитализации;
- информация о вакантных должностях;
- информация об отзывах потребителей услуг.

Кроме перечисленного, сайт должен содержать информацию о различных перечнях лекарственных препаратов, применяемых в организации (пп. 9-11 приложения 1 к Приказу № 956н).

Приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н предписывает обеспечить следующие сервисы для пользователей:

- карта официального сайта;
- работоспособный поиск по сайту;
- версия для слабовидящих;
- возможность выражения мнений получателями медицинских услуг о качестве оказания услуг медицинскими организациями (анкетирование).

Создание сайта, его наполнение, верификация данных, своевременное обновление – это обязанность медицинской организации, за неисполнение которой юридическое лицо может быть привлечено к административной ответственности. Судебная практика по данным делам уже сформировалась: к ответственности клиники могут привлечь органы Роспотребнадзора, Росздравнадзора, а также органы прокуратуры.

Административные дела возбуждаются как по ст. 14.1 КоАП РФ – за нарушение лицензионных требований, так и по ст. 14.8 КоАП РФ – за нарушение прав потребителя на получение необходимой и достоверной информации.

Для медицинской организации, работающей в системе ОМС, невыполнение требований по информированию пациентов может стать также основанием для отказа в оплате (уменьшении оплаты) уже оказанной медицинской помощи (приложение 8 к приказу ФФОМС от 01.12.2010 № 230).

Потенциальный потребитель должен иметь возможность узнать заранее о медицинской организации (режиме работы, времени приема врачей, видах оказываемых услуг). Он должен заранее получить информацию о враче, к которому хочет записаться на прием, ознакомиться с отзывами других пациентов. Именно эта «подготовительная работа» с высокой степенью вероятности уменьшит тревожность, заведомое недоверие пациента. Также это позволит пациенту выбрать «своего» врача, избежать траты времени и внимания на то, чтобы получить в регистратуре ответы на обыденные вопросы.

В качественном сайте как источнике информации для потребителя медицинских услуг заинтересован не только пациент, но и сама медицинская организация, ее врачи.

Официальный сайт медицинской организации должен содержать информацию о медицинских работниках. Сначала это требование распространялось только на медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг (постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006). Теперь то же относится к работникам государственных медицинских организаций (приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н). Указывают фамилию, имя, отчество сотрудника, уровень профессионального образования и квалификации, график работы.

Интернет как канал промоции.

По данным 2016 года, около 84 миллионов россиян в возрасте старше 16 лет регулярно пользуются интернетом (70,4% населения). Прирост российской аудитории пользователей интернета на мобильных устройствах в 2016 году составил 6 млн. человек. Сегодня 56 млн. россиян в возрасте от 16 лет пользуются интернетом на мобильных устройствах – смартфонах и планшетах (46,6 % от всей аудитории). При

этом рост аудитории наблюдался только на смартфонах – с 37,2 % в 2015 году до 42,1 % по итогам 2016 года. Выход в Сеть на планшетах практически не изменился (9,5 млн). 3 % бюджета онлайн – рекламы в 2016 году принадлежит медицине.

Если медицина всегда была необходима для жизни человека, а интернет является неотъемлемой составляющей современной жизни каждого, то внимание к этим двум сферам необходимо объединить.

В первую очередь хочется обратить внимание на характеристики интернета, благодаря которым он является уникальным и обязательным инструментом для развития и эффективного функционирования любого бизнеса. Интернет дает возможность:

- вести коммуникации с клиентом, партнером, инвестором, общественностью;
- формировать имидж и руководить репутацией наиболее эффективными методами;
- привлекать релевантную, четко определенную и количественно ограниченную целевую аудиторию;
- реально рассчитывать охват целевой аудитории, количество контактов и обратных действий клиентов;
- руководить рекламным бюджетом;
- вносить изменения на ежеминутной основе;
- полностью оцифровать рекламу;
- проводить онлайн-мониторинг эффективности.

Цели интернет-промоции делятся на три типа в зависимости от задач, которые стоят перед медицинским учреждением:

- формирование имиджа и репутации, что включает предоставление информации о бренде и его позиционировании, привлечение клиентов для продажи услуг, партнеров для совместных проектов, инвесторов и меценатов для развития бизнеса и повышения его стоимости;
- запуск бизнеса и активация продуктов и/или потребления, что включает формирование знаний среди целевой аудитории, дифференциацию с конкурентами, стимулирование спроса и привлечение новых клиентов;

Конверсии (продажи), что включает постоянную поддержку планового охвата целевой аудитории, получение необходимого уровня знаний у целевой аудитории, стимулирование регистрации, обращений, продаж, а также удержание клиентов и мотивирование их к повторным обращениям и рекомендациям.

Для каждой цели существуют инструменты интернет-промоции, которые помогают решить то или другое задание. Основными инструментами могут быть сайт медицинского учреждения, контекстная реклама в поисковых системах, социальные сети, информационные порталы и онлайн СМИ, форумы, лидогенераторы, кобрендинговые проекты, а также почтовые сервисы, дискаунтеры, мобильные приложения.

Виртуальное лицо медицинского учреждения.

Сайт медицинского учреждения, как и в любом другом виде бизнеса, прежде всего источник детальной информации о нем, его услугах, предложениях, реквизитах и контактах, к которому есть доступ 24 часа в сутки семь дней недели. Адреса сайта выполняют роль первичной контактной информации, которая указывается во всех рекламных материалах, каталогах и поисковиках. Сайт дает возможность свободно и

оперативно размещать любые материалы, которые бизнес считает необходимым. При помощи сайта можно привлечь клиентов и обеспечить процесс заказа услуги. Также важно, что наличие сайта или целевой (лендинг) страницы значительно повышает эффективность не только онлайн, а и офлайн рекламы.

Дополнительным преимуществом сайта для медицинской организации является возможность иметь обратную связь с клиентом путем организации разделов «вопрос - ответ». Форума, сбора отзывов. Это безграничный инструмент, который помогает удерживать и расширять сотрудничество с клиентами.

Создавая или развивая сайт медицинского учреждения, необходимо уделить внимание наличию наиболее полной информации о медицинской команде, а именно – знания и опыт врачей, полноценному контенту обо всех направлениях деятельности, в том числе программам лечения и реабилитации. Следует публиковать статьи врачей с советами и пояснениями, информационные статьи, детальные описания методов лечения. Современный потребитель хочет получать максимум информации по факту получаемой услуги.

Необходимо создать страничку с наиболее распространенными вопросами и готовыми ответами на них, раздел с советами врачей, в том числе в видеоформате, форум или онлайн-чат, блоги и живые журналы. Также нельзя пренебрегать размещением информации о наградах и других отличиях медицинского учреждения и его персонала.

Современный виртуальный мир диктует свои правила об отзывах. Если сайт не отражает отзывы пациентов, у потенциальных потребителей уровень доверия к такому учреждению снижается. Еще одним трендом является наличие формы, которая дает возможность с жалобой или предложениями. Воспользовавшись такой формой, клиент может наблюдать и контролировать обратную связь о своем обращении.

Дополнительным методом привлечения клиентов на сайт является целевой (лендинг) странички для различных видов услуг, на которых можно просто и удобно оформить заявку или записаться на прием. Это мотивирует не откладывать на потом планирование обращения, то есть не искать ничего другого.

Современные сайты медицинских учреждений часто не разглашают свою ценовую политику по различным причинам. Однако, такая «таинственность» не дает значительных преимуществ. Не что не помешает конкурентам узнать цены медицинского учреждения другим методом. А потенциальный клиент, не понимая ценового предложения, может воздержаться от онлайн-обращения и начать поиск альтернативных предложений.

Место знакомства и встречи пациента и клиники.

Другим направлением интернет-промоции является контекстная реклама, которая может быть направлена на брендинг (повышение количества показов бренда медицинского учреждения), увеличение количества посетителей сайта, увеличение уровня знаний, напоминание пользователям о возможных услугах, привлечение клиентов и увеличение продаж, выход на необходимый уровень рентабельности, максимизация прибыли и активация новых продуктов и/или сетевых мероприятий.

Среди особенностей контекстной рекламы необходимо отметить возможность высокоточного географического таргетинга – именно рекламодатель определяет заранее, с какого места отображается его рекламное сообщение клиентам.

Контекстная реклама предусматривает планирование в соответствии с бюджетом практически на почасовой основе, внесение изменений в сообщения, целевую аудиторию, цену рекламы и другие характеристики в любое время. И в целом гибкость и точность настройки рекламы под целевую аудиторию медицинского учреждения является уникальной характеристикой контекстной рекламы.

Дополнительной и не менее уникальной опцией является ремаркетинг, то есть постоянная работа с пользователями, которые ранее посещали сайт медицинского учреждения. При этом формат оплаты также определяется в зависимости от целей и требований рекламодателя. Это может быть как оплата за показ пользователю, так и за определенные действия или за переход пользователя на сайт медорганизации. Современные поисковые системы дают возможность отслеживать все каналы и уровень вовлечения трафика, то есть совокупность посетителей сайта учреждения.

Обратите внимание на три основных «кита», которые сделают контекстную рекламу медицинского учреждения на самом деле эффективной:

- создание компаний под релевантную аудиторию (например, «Детская клиника»);
- создание компаний по ключевому слову (например, «Клиника рака в Москве»);
- создание целевых (лендинг) страниц под медицинские направления (например, «Реабилитация после инсульта»).

Место общения и поддержания отношений клиники и пациентов.

Учитывая уровень проникновения социальных сетей в жизнь каждого человека, хочется коротко остановиться на основных инструментах промоции в социальных сетях. Целями такой активности является подъем публикаций, продвижение сайта и клиники, перенаправление на сайт медицинского учреждения, увеличение уровня конверсий на сайте, стимулирование загрузки собственных приложений или других активных действий со стороны потребителей, увеличение уровня вовлечения аудитории в предложения медицинского учреждения и увеличение посещаемости клиники, стимуляция спроса на предложения клиники, увеличение количества просмотров статей и видеоматериалов, репостов и охват аудитории, популяризация контента.

Возможности рекламы в социальных сетях по характеристикам и особенностям очень схожи с контекстной рекламой. Таргетинг обеспечивает актуальность информации для релевантной аудитории. Такая реклама эффективно мотивирует к действию, например, переходу на сайт или приложение.

Благодаря распространению в социальных сетях возникает эффект «сарафанного» радио, что является наиболее продуктивным каналом любой промоции. Собственный контент формирует информационный ресурс и привлекает дополнительных пользователей и читателей, публичность дает возможность управлять репутацией, а распространение историй из жизни действует как вирусный маркетинг.

Преимуществами социальных сетей также является проведение промоции среди идентифицированных клиентов и создание похожих аудиторий по определенным характеристикам.

Использование форумов как инструментов для онлайн-промоции дает возможность выбора наиболее соответствующих ресурсов для определенного вида учреждения, постоянной поддержки активности и персонификации мониторинга, оперативного реагирования, включения в «игру» обеих сторон отношений – врача и пациента. Важным для такой промоции является обеспечение доступности

информации о медицинском учреждении на интернет ресурсах и создание специальных предложений для посетителей путем промокодов или программ лояльности.

Сфера объективной оценки.

Еще одним инструментом интернет-промоции являются информационные ресурсы, которые включают профильные СМИ, порталы новостей и информационные порталы, развлекательные и интерактивные сайты, а также профессиональные медицинские ресурсы и агрегаторы.

Особенностью использования таких ресурсов является релевантность информации, которая транслируется. То есть информация для пациентов должна сообщать им про актуальные услуги доступным языком. Специалистов рынка заинтересует оригинальная информация с использованием профессиональных терминов. Для партнеров и инвесторов следует подчеркнуть выгоды, используя бизнес-лексику.

Чрезвычайно важно, чтобы информационная активность была актуальной и востребованной в момент спроса или поиска, так как только тогда она работает на достижение целей учреждения. Кроме того, особого внимания требует фактор соответствия – соотношение предлагаемого и фактического состояния вещей. Хотя реклама и должна преувеличивать и преукрашать, она должна основываться на реальности. В онлайн-мире неправдивые и фальшивые сообщения разоблачаются очень быстро.

Внешние помощники.

Другими эффективными инструментами интернет-промоции являются лидогенераторы и ко-бренд системы, целевые аудитории которых совпадают с потенциальными клиентами медицинского учреждения.

Особенностями лидогенераторов и ко-брендов является возможность перекрестного продукт-плейсмента, онлайн-поддержка совместной целевой аудитории, использование промокодов, программ лояльности и, соответственно, снижение стоимости привлечения клиентов, прозрачное управление «лидами» (входным потоком пациентов) и начислением поощрения, а также создание и размещение целевых (лендинг) страниц с комплексными предложениями для клиента.

Среди других видов промоции нужно не оставлять без внимания ресурсы дискаунтеров, почтовые сервисы, мобильные приложения. Это инструменты, направленные на привлечение новых клиентов, поддержание лояльности пациентов и активацию предложений и услуг. Особенности таких сервисов является уже знакомый нам таргетинг и возможность персонализации.

Подводя итог, можно сделать вывод, что каждый из описанных инструментов может решить целый ряд задач и вопросов при условии правильного их использования. При этом формате использование инструментов интернет-промоции, то есть действия, которые помогают достичь поставленных целей, являются такими же важными, как и собственно описанные каналы. Среди основных форматов можно выделить такие: сео - оптимизация, банерная или медийная реклама, видеоформаты, интерактивы, промокоды и вирусный маркетинг. Каждый из форматов имеет свои преимущества и правильное их сочетание и использование в интернет-каналах может ускорить и/или удешевить процесс достижения маркетинговых целей, которые стоят перед медицинской организацией. Неправильное их использование, наоборот, может свести на ноль все усилия, время и затраченные ресурсы.

Эффективная стратегия интернет-промоции имеет определенную логику действий, которой необходимо придерживаться для достижения цели.

Прежде всего – определение целевой аудитории, ее сегментация по типам и целям. Вторым шагом является создание сайта в соответствии с целями медицинской организации и характеристиками потенциальных клиентов. Выбор релевантных каналов интернета с последующим определением ресурсов согласно с наибольшей концентрацией аудитории на них и условиями сотрудничества базируется на индикаторе соответствия, части целевой аудитории на определенном ресурсе, стоимости охвата целевой аудитории. Далее – определение форматов размещения в соответствии с целями интернет-компании, создание контента и креативных материалов, определение цели коммуникаций. После этого можно провести планирование размещения с учетом периода и календарного графика коммуникаций, настроить размещение форматов промоции и определить их необходимый объем. Также перед запуском коммуникации нужно определить индикаторы анализа эффективности компаний, чтобы иметь возможность своевременно корректировать этот очень активный и быстрый процесс.

И наконец. Интернет – живой организм, поэтому медицинское учреждение должен поддерживать активный онлайн. Если онлайн ничего не происходит, пациент думает, что и в реальной жизни сходная ситуация. Отсутствие актуальной информации, обновлений, новостей может нанести вред медицинскому учреждению, так как это Ваш сайт – это Ваша виртуальная клиника, которая открыта 24 часа в сутки.

С 1 июля вступает в силу закон об электронных больничных // Здравоохранение. – 2017. – № 6. – С. 10-11.

Совет Федерации одобрил закон, который позволяет при оформлении пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам подавать больничный в электронном виде, а не на бумаге.

С 1 июля 2017 года с письменного согласия пациента листок нетрудоспособности можно выдавать в форме электронного документа.

Бумажные бланки пока упразднить не станут. Оба формата будут иметь равную юридическую силу. Электронный документ будет формироваться в автоматизированной информационной системе, оператором которой выступает ФСС России.

На оформление электронного больничного у пациентов нужно спрашивать письменное согласие. Документ должен быть заверен усиленными квалифицированными электронными подписями.

Доступ к базе данных о больничных листах будет у ФСС, учреждений здравоохранения и работодателей. Но работодатели смогут получить сведения только о тех гражданах, которые трудоустроены у них в данный момент.

Порядок формирования листков нетрудоспособности в электронной форме установит Минздрав России по согласованию с Минтруда России и ФСС. Порядок взаимодействия страховщика, страхователей, медорганизаций и федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы по обмену сведениями утвердит Правительство РФ.

Подделать больничный лист станет крайне сложно. Работодатели смогут избежать штрафов за то, что приняли к выплате документы, не соответствующие требованиям ФСС, а специалисты фонда смогут быстро проверить сведения от работодателя.

Чиновники подсчитали, что уже в 2017 году за счет отказа от бумажных бланков в бюджете сохранится около 12 млн. рублей. Со временем, когда пациенты оценят удобство этого нововведения, экономия будет расти.

Папырин, А. Микрочип в полисы // Медицинская газета. – 2017. – 24 мая (№ 36). – С. 4.

Продолжается реальная информатизация здравоохранения. С 1 мая 2017 г. возобновился выпуск и поставки полисов ОМС электронного образца в регионы. Теперь – с чипом российского производства. Об этом заявила председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко в ходе рабочего визита в Московскую типографию АО «Гознак».

В соответствии с пунктом 17.1 части 2 статьи 55 Федерального закона «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» акционерное общество «Гознак» определено единственным исполнителем размещаемого ФОМС государственного заказа на изготовление, персонализацию и доставку полисов обязательного медицинского страхования до территориальных фондов ОМС.

Руководство Минздрава России и ФОМС ознакомились с работой производственных линий по выпуску электронных и бумажных полисов обязательного медицинского страхования. В центре персонализации «Гознака» заказчику был представлен весь технологический процесс по изготовлению и упаковке полисов ОМС.

Замена полисов происходит в плановом порядке и исключительно по желанию застрахованных граждан, подчеркнула Н. Стадченко, особо отметив, что все виды полисов единого образца являются юридически равноценными и действительны на всей территории Российской Федерации. «Полис ОМС обеспечивает доступность бесплатной медицинской помощи на всей территории России – независимо от места страхования», – обратила внимание председатель ФОМС.

Статс-секретарь – заместитель министра здравоохранения Дмитрий Костенников – обратил внимание, что не во всех субъектах РФ можно получить полис электронного образца. «Это связано с тем, что не все медицинские организации регионов оснащены соответствующими техническими средствами», – пояснил он. Н. Стадченко проинформировала, что на данный момент 49 субъектов РФ подтвердили техническую готовность использования электронных полисов. «Медицинские организации в остальных субъектах в этом году должны быть оснащены всем необходимым оборудованием для использования полиса электронного образца», – сообщила она. Но даже при отсутствии считывающих устройств медицинская услуга застрахованному будет оказана в любом медучреждении, работающем в ОМС, потому что вся необходимая информация нанесена на пластиковую карту, пояснила Н. Стадченко.

Как сообщила генеральный директор ПАО «Микрон» Гульнара Хасьянова, встроены в полис отечественный микроконтроллер отвечает всем современным международным требованиям, а срок его использования не ограничен.

До 40 тыс. полисов в сутки позволяют производить мощности «Гознака», сообщил генеральный директор предприятия Аркадий Трачук. «Есть все технические возможности обеспечить те заявки, с которыми люди будут обращаться», – заверил он.

«Министерство здравоохранения рассматривает переход на полисы ОМС с микрочипами как один из элементов информатизации здравоохранения. Для нас важно, чтобы все заявки регионов выполнялись вовремя и граждане получали полисы ОМС – будь то бумажные или электронные – точно в срок и без сбоев. И мы сегодня убедились, что налаженный процесс обеспечивает эти необходимые условия», – резюмировал Д. Костенников.

Шарьин, К. Здравоохранение: нужен качественный прорыв. Но каково будет финансирование отрасли? // Медицинская газета. – 2017. – 2 июня (№ 39). – С. 5.

«Вне зависимости от персоналий, вне зависимости даже от внутривластного графика страна должна иметь ясные, понятные планы развития экономики и социальной сферы», – заявил Президент России Владимир Путин в ходе рабочей встречи с председателем Правительства РФ Дмитрием Медведевым. На ней обсуждались перспективы экономического развития страны на период до 2025 г.

А каким видится будущее социальной сферы, здравоохранения? Каково будет финансирование отрасли? Ответы на эти и другие вопросы во многом дают материалы стратегии-2035, которые готовит для главы государства Центр стратегических разработок (ЦСР) под руководством бывшего министра финансов РФ Алексея Кудрина и которые появились в ряде СМИ.

Один из главных драйверов роста экономики.

В XXI веке перспективы экономики зависят от человеческого капитала: здравоохранение, предотвращающее его потери, к 2024 г. станет наряду с образованием, формирующим этот капитал, одним из главных драйверов роста экономики России, говорится в материалах стратегии-2035. Пути развития этих отраслей описаны в предлагаемых ею программах «Образование XXI века», «Здоровье граждан».

Место страны в мировой экономике будет определяться её способностью порождать и осваивать инновации: и образованию, и здравоохранению, которое быстро замещает в мире военную сферу в качестве главной площадки технологического прогресса, превращаясь в крупнейшую отрасль развитых экономик, необходимо не улучшение, а качественный прорыв. Пропустить этот сдвиг – значит обречь страну на утрату положения великой державы, считают в ЦСР.

Выбор, по мнению авторов разработок, однозначен: либо обеспечить технологический сдвиг отраслей человеческого капитала совместными усилиями государства, работодателей и граждан, либо смириться с глубоким долговременным отставанием. Пока же финансирование здравоохранения в расчёте на душу населения, например, отстаёт в России от развитых стран в 3,2 раза.

Рецепт решения проблем.

Обеспечить технологический сдвиг отраслей человеческого капитала авторы стратегии предлагают совместными усилиями государства, работодателей и

граждан. Предлагаемый ЦСР бюджетный манёвр в 2 % ВВП в пользу образования и здравоохранения поровну распределяется между ними: государственное финансирование медицины к 2024 г. должно возрасти с 3,3 до 4,3 % ВВП, образования – с 3,6 до 4,6 %. В системе обязательного медицинского страхования появляется опция ОМС-2 с расширенными программами за дополнительный взнос, будет реструктурировано льготное лекарственное обеспечение. Технологически развитое здравоохранение усилит и международную роль России: экспорт медицинских услуг возрастёт с 0,07 млрд. долл. (0,0001 % всего экспорта) до 3,6 млрд. к 2024 г.

Проект «Здоровье граждан» предусматривает новую модель организации медицинской помощи – «медицину 4П»: предикция (выявление предрасположенности к развитию заболеваний), превентивность, персонализация, партисипативность (участие самих граждан в профилактике).

Для развития здорового образа жизни граждан создадут инфраструктуру для массового спорта в жилых кварталах, в том числе парки; в школах введут уроки здорового образа жизни; субсидируют работающим платные занятия спортом (до 30 тыс. руб.). Акцизы на табак и алкоголь будут повышаться быстрее инфляции; сократится число торговых точек, продающих алкоголь; каждые 2-3 года будут повышаться штрафы за вождение в нетрезвом виде.

Предлагается пересмотреть состав льготников, имеющих право на бесплатные лекарства. Одновременно вырастет доля затрат на лекарственные препараты в составе тарифа на стационарное лечение.

«Важная часть наших предложений касается здравоохранения. Без улучшения здоровья и активного долголетия у нас не будет высокой производительности труда в стране. У человека, который будет жить в будущем, будет больше возможностей через новые технологии, лекарства, наблюдение и разные процедуры быть более здоровым», – считает А.Кудрин. А социологические исследования говорят, что люди готовы к дополнительным платежам в социальной сфере. Доля тех, кто готов на это тратить 2% дохода, с 2011 по 2016 г. выросла с 11 до 51 %, включая наименее обеспеченных, приоритеты – медицина и школьное образование.

Предлагаемые меры позволят увеличить среднюю продолжительность жизни с 71,4 до 76 лет, рассчитывают в ЦСР. Одним из вызовов для российского здравоохранения А. Кудрин назвал борьбу со смертностью населения. В частности, в стране велика смертность мужчин в трудоспособном возрасте, а детская смертность в три раза выше, чем в соседней Финляндии.

Леонидов, П. Врачи осваивают телемедицину технологии // Медицинская газета. – 2017. – 26 мая (№ 37). – С. 3.

Правительство РФ представило на рассмотрение в Государственную Думу РФ проект закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационно-телекоммуникационных технологий и введения электронных форм документов в сфере здравоохранения».

Принятие законопроекта позволит повысить качество и доступность медицинской помощи, в том числе путём решения наиболее острых проблем доступа к

медицинским услугам и инфраструктуре системы здравоохранения в целом, считает заведующий кафедрой информационных и интернет-технологий Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова Георгий Лебедев.

«Проект закона претерпел существенные изменения и дополнения в процессе обсуждения, учёл все предложения, высказанные рабочей группой и профессиональным сообществом», – отметил он.

Пока законопроект проходит стадию обсуждения в Госдуме РФ, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова ведёт активную работу по развитию телемедицины в своих структурах. В настоящее время в Клинике управления здоровьем Института персонализированной медицины Сеченовского университета специалистами кафедры информационных и интернет-технологий формируется телемедицинский центр, который позволит проводить телемедицинские консультации как между врачами, так и с пациентами, получающими помощь специалистов клинического центра вуза. Также важным направлением создаваемого центра станет дистанционный мониторинг медицинских показателей пациентов, таких как электрокардиограммы, артериальное давление и др., для своевременного предупреждения обострений заболеваний.

В результате кафедра информационных и интернет-технологий Сеченовского университета создаёт опытную платформу для отработки деталей внедрения информационных систем и телемедицинских технологий в повседневную практику. В перспективе телемедицинский центр должен стать первым в России образовательным центром по информационным, телемедицинским и интернет-технологиям.

«Особенно важной видится возможность распространения наработанных практик в широких кругах слушателей университета. Но главное, это обеспечит высокий уровень подготовки врачей в области телемедицины, позволит Минздраву России провести апробацию положений нового законопроекта в реальных условиях», – считает Г. Лебедев.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Каторкин, С. Информационные технологии в медицине – виртуальное 3D-моделирование и навигация в хирургической практике / С. Каторкин, С. Быстров // Медицинская газета. – 2017. – 2 июня (№ 39). – С. 8-9.

Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г. направлена на реализацию государственной политики в сфере здравоохранения на повышение качества и доступности медицинской помощи населению Российской Федерации, включая разработку инновационной продукции, освоение критически важных технологий и развитие компетенций. Целью стратегии является создание высокотехнологичных инновационных продуктов, обеспечивающих на основе трансфера этих технологий в практическое здравоохранение сохранение и укрепление здоровья населения нашей страны.

Реализация Государственной программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу», модернизация и техническое перевооружение действующих и создание новых предприятий привели в Самарском государственном медицинском университете к укреплению материально-технической базы и созданию новых импортозамещающих видов медицинской продукции. В настоящее время рынок высокотехнологичных инженерных решений в сфере здравоохранения в основном сформирован, однако представлен, как правило, зарубежными разработками. В отдельных номенклатурных группах до 100% высокотехнологичной медицинской техники поставляется из-за границы и не имеет российских аналогов.

В группе 4 Государственной программы – «Развитие инновационного потенциала медицинской промышленности» – объединены мероприятия, направленные на освоение отечественной медицинской промышленностью производства инновационной диагностической и терапевтической медицинской техники, а также технологий разработки и выпуска специализированных материалов для медицины. Это отвечает мировым трендам развития медицинских технологий, связанным с постоянным повышением точности и качества диагностики и снижением негативных последствий операционного вмешательства.

Данная концепция полностью созвучна с целевыми установками двух основополагающих в сфере отечественного здравоохранения документов: Государственной программы РФ «Развитие здравоохранения до 2020 г.» (распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24.12.2012) и Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г. (распоряжение № 2580-р от 28.12.2012). В современном здравоохранении наблюдается устойчиво растущий спрос на новые технологии и продукты, способные перенести достижения в сфере информационно-коммуникационных технологий, материаловедения и приборостроения в клиническую практику, а также в систему подготовки медицинских кадров. Ядро шестого технологического уклада включает наноэлектронику, геномную инженерию, а также мультимедийные интерактивные информационные системы.

Это связано с необходимостью технического обеспечения решения задач, вызванных ростом требований потребителей услуг к доступности и качеству оказания медицинской помощи, срокам, эффективности медицинской реабилитации пациентов и использования средств, выделяемых на лечение.

Информационные технологии в медицине (ИТ-медицина) – область новой экономики, лежащая на стыке новейших информационно-коммуникационных технологий, точного машиностроения, лучших медицинских знаний и практик. На современном этапе развития информационных технологий в медицине остроактуальным является решение следующих задач:

– подготовка, переподготовка врачей и медицинского персонала в условиях ограничения доступа к пациентам и трупному материалу во время обучения, увеличивающегося количества патологий и заболеваний, объективного роста медицинской информации, в том числе связанного с переходом на персонифицированную медицину, междисциплинарным характером новых врачебных специальностей;

– функционирования системы индивидуализированной, разносторонней и качественной диагностики, а также мониторинга состояний пациентов, территориально удалённых от квалифицированного медицинского персонала, включая ситуации,

требующие постановки дифференциального диагноза территориально распределённой врачебной командой разных медицинских специальностей и назначения соответствующего лечения;

– повышения доступности и качества оказания медицинских услуг населению, снижения времени реабилитации пациентов, что может быть решено за счёт предоставления новых технических инструментов, позволяющих существенно ускорить разработку и внедрение в практическое здравоохранение новых методик лечения и реабилитации, в том числе путём их моделирования на симуляционном тренажёре, создания роботизированных протезов и др.

К наиболее перспективным направлениям IT-медицины относятся решения, основанные на симуляционных, визуализационных и когнитивных технологиях (мультиагентные технологии, нейросети и т.д.), построенные на технологиях дополненной реальности, а также на основе технологий телемедицины и телемониторинга. Данные направления в связи с их технологической сложностью только начинают формироваться в нашей стране, но при этом способны обеспечить качественный скачок при подготовке врачей, диагностике, лечении и реабилитации пациентов.

Многоуровневая инновационная инфраструктура СамГМУ за время своей работы стала интегративной площадкой как для собственно инновационного процесса в вузе, так и для развития актуальных направлений медицинской науки, формирования уникальных компетенций в междисциплинарных сферах, развития наукоёмкого бизнеса, организации образовательного процесса инновационного типа (особенно в сфере симуляционных технологий), внедрения в клиническую практику и включения в международную кооперацию. Создана полная научно-технологическая цепочка от идеи разработки до её предсерийного или мелкосерийного образца с последующим выходом на предприятия медицинской и фармацевтической промышленности (внутрикластерное и внекластерное взаимодействие).

Организацию, координацию и контроль инновационной деятельности в СамГМУ осуществляет Институт инновационного развития. Одним из системообразующих элементов формирующейся в регионе IT-медицины явилось создание в 2013 г. в университете Исследовательского центра прорывных исследований «Информационные технологии в медицине», специализирующегося на разработке медицинских систем, основанных на симуляционных, когнитивных технологиях и технологиях дополненной реальности. В центре организованы и оснащены отделы виртуальных технологий, высокопроизводительных вычислений, нейроинтерфейсов и инжиниринговый отдел. На его базе создана «Виртуальная хирургическая клиника» с трёхмерными очками, которая решает ряд наукоёмких учебно-методических и клинических задач. Завершена работа над аппаратно-программным комплексом «Виртуальный хирург», который состоит из 3D-эндоскопического и эндоваскулярного симулятора, трёхмерного анатомического атласа, интерактивного 3D-анатомического стола.

Прогнозирование вариантов и объёма хирургического вмешательства, выбор оптимального оперативного доступа с учётом топографо-анатомических особенностей области оперативного вмешательства, несомненно, имеет огромное значение с точки зрения улучшения результатов лечения. Новым направлением современной хирургии является предоперационное моделирование области оперативного вмешательства. Системы по созданию цветных 3D - моделей области оперативного вмешательства с

возможной в настоящее время во всём мире активно изучаемы, однако в Российской Федерации имеются лишь немногочисленные отдельные публикации и единичные монографии по этому направлению.

В Центре прорывных исследований СамГМУ «Информационные технологии в медицине» группой специалистов, включающих хирургов, рентгенологов и программистов, ведётся совместная разработка и внедрение системы «Автоплан» по предоперационному планированию хирургических вмешательств с возможностью полуавтоматической сегментации. При этом раздельно сегментируются паренхиматозные органы, артерии и вены в соответствующие фазы контрастирования. Система по планированию оперативного вмешательства объединяет в себе медицинское оборудование, систему PACS (внутрибольничную сеть архивирования и обмена данными) с рабочими станциями врачей с возможностью использования на компьютерах и мобильных устройствах непосредственно в операционной, вплоть до навигации путём наложения получаемой 3D-модели на изображения реальной картины со стереокамер.

В клинике госпитальной хирургии СамГМУ накоплен определённый положительный опыт применения предоперационного цветного 3D - моделирования, в частности при операциях на селезёнке и поджелудочной железе. Для создания моделей используется междисциплинарный подход с участием специалистов с разных кафедр нашего университета – лучевой диагностики с курсом медицинской информатики, госпитальной хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии с курсом инновационных технологий. В настоящее время при патологии селезёнки на смену традиционной спленэктомии пришли органосохраняющие операции. Однако у пациентов гематологического профиля только полное удаление селезёнки и всех добавочных селезёнок необходимы для выздоровления или улучшения результатов лечения.

Лапароскопическая спленэктомия является операцией выбора в хирургической гематологии. Но всегда ли она выполнима и где предел возможности эндовидеолапароскопических технологий? Когда всё-таки предпочтение следует отдать традиционной лапаротомной методике операции? Предоперационное знание врачом топографоанатомических особенностей области операции, несомненно, имеет огромное значение и может повлиять на выбор способа спленэктомии. Хирургическое отделение клиники госпитальной хирургии СамГМУ обладает опытом выполнения более 500 спленэктомий у пациентов с гематологическими заболеваниями, однако критерии выбора хирургического доступа в основном определялись личными предпочтениями хирурга или эмпирическим опытом. С применением предоперационного цветного 3D - моделирования стало возможным объективизировать показания к выбору того или иного оперативного доступа при спленэктомии – лапаротомный, эндовидеолапароскопический, гибридный лапароскопический (мануально ассистированный).

Перед операцией пациентам выполняется мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости на томографе с болюсным контрастированием, при котором через локтевой катетер вводилось 100 мл. низкоосмолярного йодосодержащего контрастного вещества.

Затем в системе «Автоплан» на основе анализа данных компьютерной томографии выстраивается цветная 3D-модель области предстоящего оперативного вмешательства.

На основании полученной модели прогнозируется возможность выполнения различных способов оперативного вмешательства. В дальнейшем, предоперационное цветное 3D-моделирование может стать одним из объективных критериев выбора способа спленэктомии. При выявлении больших размеров селезёнки, множественных дополнительных селезёнках, атипичного анатомического взаимоотношения и васкуляризации органа, вероятно, целесообразнее выполнить традиционную операцию. И, наоборот, при неосложнённой топографоанатомической картине надёжно можно выполнять миниинвазивные вмешательства, лапароскопическую гибридную спленэктомию прецизионно с минимальной кровопотерей. Крайне важна дооперационная визуализация месторасположений добавочных селезёнок с целью их полного удаления. Оставление хотя бы одной из добавочных селезёнок, как правило, приводит к рецидиву заболевания крови.

Другой группой заболеваний, при которых применяется периоперационное 3D-моделирование, являются хронические болезни поджелудочной железы, требующие хирургического лечения. Хронический панкреатит относится к заболеваниям, лечение которых представляет собой сложную и нерешённую проблему современной хирургической панкреатологии. Заболеваемость в РФ варьирует 25-35 на 100 тыс., при этом отмечается неуклонный рост этого показателя среди женщин и молодёжи. «Всеобщая алкоголизация» в масштабах страны, а РФ занимает лидирующие позиции в мире по количеству крепкого алкоголя на душу населения в год, несомненно, является одним из ключевых факторов возникновения заболеваний поджелудочной железы.

Абдоминальная боль – основной и ведущий симптом хронического панкреатита. Хирургическое лечение требуется 50 % пациентов с хроническим панкреатитом в связи с некупирующимся никакими ненаркотическими анальгетиками болевым синдромом, этиопатогенез которого до конца неясен. Воспалительно-дегенеративный процесс в поджелудочной железе обычно протекает с чередованием обострений, сопровождающихся деструкцией ткани железы, и периодов замещения повреждённой паренхимы органа соединительной тканью. Хроническое рецидивирующее воспаление поджелудочной железы приводит к ряду осложнений. Наиболее часто образуются псевдокисты головки и тела поджелудочной железы со сдавленнее окружающих органов, также требующие хирургического лечения.

Резекция головки поджелудочной железы с формированием продольного панкреатоеюноанастомоза (операция Фрея) является одним из наиболее частых вариантов хирургического вмешательства при хроническом панкреатите. Все оперативные вмешательства на поджелудочной железе сопряжены с высоким риском развития послеоперационных осложнений, поэтому их выполнение требует строгого соблюдения показаний к хирургическому лечению. По данным мировой литературы, в ближайшем послеоперационном периоде у 18-55 % больных развивались осложнения различной степени тяжести.

Предоперационное цветное 3D-моделирование позволяет до операции визуализировать патологический процесс в поджелудочной железе в трёхмерном пространстве, визуализировать главный и добавочный панкреатические протоки,

оценить размеры, форму, положение, васкуляризацию, топографию новообразования и его взаимосвязь с жизненно важными анатомическими образованиями – аортой, нижней полой веной, верхней брыжеечной и воротной веной, гепатикохоledохом.

Инновационные технологии в медицине, в том числе информационные, позволяют улучшить результаты лечения пациентов с наиболее тяжёлыми заболеваниями. Предоперационное 3D-моделирование позволяет хирургу заранее подготовиться к операции с учётом знания индивидуальных топографоанатомических особенностей области операции у пациента. Знание индивидуальных особенностей области оперативного вмешательства позволяет прецизионно выделять и легировать сосуды, повысить качество гемостаза и уменьшить вероятность травмы жизненно важных образований. Дооперационная визуализация всех анатомических образований повышает радикальность операции и делает её более безопасной для пациента.

При этом возможно создание 3D-моделей и для пациентов, находящихся на удалённых расстояниях от Клиник СамГМУ – данные мультиспиральной компьютерной томографии могут быть переданы из любой географической точки в наш центр, где будет построена модель, которая станет также доступной для просмотра и анализа в любой больнице нашей страны.

Орлов, К. Раку нет шансов // Медицинская газета. – 2017. – 19 мая (№ 35). – С. 13.

Учёные Института биохимии при Университете Цюриха нашли уникальное средство против рака молочной железы.

Терапия решает проблему «спящих» раковых клеток, которые способны спровоцировать рецидив заболевания. Она уничтожает все раковые клетки, что особенно актуально на поздних стадиях рака. Терапию уже успешно протестировали на мышах. Клинические испытания на людях должны начаться к концу этого года.

Также стало известно, что 250 млн. долл. будет вложено в поиски нового лекарства против рака. Речь идёт о развитии технологии редактирования генома, CRISPR. Она позволяет учёным точно вырезать фрагменты ДНК из живых клеток. И сейчас специалисты пытаются объединить данную технологию с иммунотерапией.

Уже готовится к проведению первое испытание на людях противораковой терапии на базе CRISPR. Идея проста: редактор генома изменит иммунные Т-клетки человека, чтобы те более эффективно смогли атаковать 3 типа рака (миелому, меланому, саркому). Пока ожидается проведение испытаний на безопасность подхода. В нём примут участие около 15 человек.

Рудковский, Н. Создан биопротез руки // Медицинская газета. – 2017. – 26 мая (№ 37). – С. 11.

Приморские студенты показывают себя новаторами. Группа студентов Дальневосточного федерального университета (ДВФУ) Приморского края разработала новый бионический протез руки.

Главной особенностью изобретения является его экономичность: протез создаётся из недорогих материалов себестоимостью около 8 тыс. руб., тогда как минимальная цена аналогов начинается от 500 тыс. Руководитель проекта,

первокурсник направления «Прикладная механика» инженерной школы Данил Фонов представил оригинальный прототип на весенней школе «Навигатор инноватора» в ДВФУ. По словам изобретателя, его команда работает над протезом, сочетающим в себе простоту использования, гидрозащиту, высокую скорость передачи сигнала и наличие обратной связи. На данном этапе продолжается разработка системы управления бионической рукой на основе мозговых импульсов. Современные протезы читают биопотенциал через напряжение мышц, но студенты университета намерены использовать непосредственно импульсы мозга: частоты передаются на протез, который будет работать естественно – без помощи нажатий и переключателей.

Как отмечают инноваторы, в мире уже есть протезы, работающие на датчиках. Для этого человеку в мозг устанавливается имплантат, который производит высокоточное считывание, но далеко не каждый готов согласиться на такую сложную и дорогостоящую операцию.

– Мы предлагаем сделать поверхностный датчик, чтобы человек просто надевал некий головной убор, например диадему, заколку, который будет считывать информацию, – пояснил Д. Фонов. – Мы отойдём от микроэлектрических датчиков и предложим свою концепцию снятия показаний о том, что хочет сделать человек, посредством энцефалографа напрямую с мозга.

Сейчас программист команды и специалист по нейросистемам работают над моторным нейроном, а сам руководитель проекта – над управлением мыслительными процессами с помощью нейрогарнитуры.

– В нашем мозгу каждую секунду происходит множество физико-химических процессов. Их суммирование приводит к появлению слабой электрической активности, которая и регистрируется датчиками электроэнцефалографа. Некоторые процессы происходят циклически, с определённой частотой и амплитудой. С их помощью можно уловить разные мыслительные процессы вплоть до радости и грусти, – рассказал Д. Фонов.

В перспективе студенты планируют разработать водонепроницаемую бионическую руку с полностью герметичным корпусом, позволяющим снимать её только для планового обслуживания. Есть идея снабдить протез батареей на наночастицах, которая будет функционировать без подзарядки в течение нескольких дней. Разработчики также хотят создать умную систему управления протезом, которая сможет обучаться вместе со своим хозяином и иметь неограниченное количество жестов. В идеале студенты стремятся воплотить в протезе все 22 степени свободы настоящей руки и, возможно, даже расширить их.

Краузе, А. В помощь сердцу // Медицинская газета. – 2017. – 26 мая (№ 37). – С. 13.

Тауроурсодезоксихолевая кислота способна предотвращать развитие фиброза сердца. Об этом свидетельствует исследование канадских биохимиков.

Как известно, фиброз сердца представляет собой патологический процесс, обусловленный повышенной выработкой коллагена и разрастанием соединительной ткани в сердце. Фиброз является предшественником сердечной недостаточности – комплекса расстройств с высоковероятностным летальным исходом. К развитию заболевания могут приводить различные факторы, в том числе переутомление,

повышенное артериальное давление, диабет, при этом в настоящее время фиброзные изменения в сердце считаются необратимыми.

В новом исследовании группа учёных из Альбертского университета и Университета Макгилла (оба – Канада) изучила связь между состоянием сердечных тканей и одним из типов желчных кислот – конъюгированной с таурином урсодезоксихолевой кислотой. Авторы вывели группу мышей с чрезмерной экспрессией Ca_2+ -связывающего белка калретикулина. В соответствии с гипотезой, избыток калретикулина провоцировал у животных усиление развёрнутого белкового ответа – стрессорного сигнального пути – за счёт активации эндонуклеазы IRE1 α и, как следствие, приводил к фиброзу и сердечной недостаточности.

Команда предположила, что блокирование IRE1 α и связанного с ней сплайсинга гена XBP1 на ранних стадиях может предотвратить фиброзные изменения. В роли ингибитора выступила тауроурсодезоксихолевая кислота (TUDCA).

Результаты показали, что TUDCA блокирует сплайсинг XBP1 и активацию IRE1 α в калретикулине. Вместе с тем она снижает содержание коллагена, присутствие трансформирующего фактора роста β 1 (TGF β 1) и мРНК белка, связывающегося с тяжёлой цепью иммуноглобулина (BiP). Кроме того, авторы отметили рост физической активности у грызунов, обработанных TUDCA, по сравнению с особями, не получившими такого лечения.

«Это даёт надежду пациентам с сердечной недостаточностью. Профилактика фиброзных изменений повысит функциональность органа, даже если не вернёт ему прежнюю сократительную способность. Сейчас такие пациенты имеют низкое качество жизни, прогноз для них неутешителен. Улучшение их самочувствия будет равносильно чуду», – заявил соавтор исследования Луис Агеллон.

По его словам, пока учёные проводят испытания методики для дальнейшего применения на человеке. Они также намерены прояснить механизм, который позволяет желчной кислоте – эти гидрокислоты используются в лечении желчного пузыря – предотвращать фиброз сердца.

Шаги к преодолению // Медицинская газета. – 2017. – 26 мая (№ 37). – С. 14.

Британские клиницисты и биологи нашли потенциальную причину развития рассеянного склероза, обнаружив белок, появление которого в клетках мозга приводит к их массовой гибели. «Реальность такова, что на сегодняшний день мы можем только бороться с симптомами болезни – до сих пор неизвестно, почему развивается рассеянный склероз. Мы нашли несколько интересных возможных вариантов того, как это происходит. Это критически важный шаг на пути создания эффективной терапии зловещной болезни», – заявил Пол Эгглтон из Университета Эксетера (Великобритания).

Как известно, рассеянный склероз представляет собой аутоиммунное заболевание с неустановленной этиологией. Патогенез болезни заключается в атаках клеток иммунной системы миелиновой оболочки клеток головного и спинного мозга. Без миелина нервы хуже проводят сигнал и начинают «замыкаться», что приводит к огромному букету симптомов – от лёгкого онемения конечностей до паралича или слепоты. По статистике ВОЗ, сегодня более 2,5 млн. людей в мире страдают от этой болезни, а эффективных способов лечения пока не придумано.

Между тем десятки научных команд по всему миру находятся в активном поиске эффективных методов борьбы с рассеянным склерозом. Так, в прошлом году в эксперименте была создана первая потенциальная «вакцина» от рассеянного склероза, обучающая иммунные клетки не атаковать мозг. Данный метод показал неплохие результаты на животных.

Несмотря на первые успехи, остаётся непонятным, почему иммунитет начинает считать мозг врагом и атакует его не меньше, чем настоящих микробов. Часть учёных считают, что это связано с последствиями проникновения инфекций в мозг, а другие полагают, что причины развития рассеянного склероза связаны с нарушениями в работе организма.

П. Эгглтон и его коллеги нашли свидетельства в пользу второй теории, изучая различия в структуре клеток мозга у здоровых людей и дюжины больных рассеянным склерозом. Помимо добровольцев, учёные проанализировали различия в химическом составе клеток в срезах мозга, пожертвованных на благо науки родственниками больных и здоровых людей, и образцы тканей мышечной, страдавших от подобных проблем.

Сравнивая эти образцы, учёные выяснили, что клетки мозга всех людей и животных, страдавших от рассеянного склероза, обладали одним общим качеством – в них содержалось необычно много белка Rab32, отсутствующего в нейронах здоровых людей. Особенно много Rab32 было в двух частях клеток: на поверхности митохондрий – клеточных «энергостанций», а также в эндоплазматической сети – «фабрике белков». Подобная комбинация, как выяснили исследователи, нарушила баланс ионов внутри митохондрий, породила стрессовую реакцию в сети и заставила клетки производить большое количество молекул, связанных со стрессовой реакцией и воспалением.

В свою очередь, попадание этих молекул во внешнюю среду привлекает иммунные клетки, которые начинают атаковать миелиновую оболочку нервов в ответ на их сигналы «паники». В результате всего этого миелин разрушается, а клетки мозга начинают массово гибнуть. Как именно Rab32 попадает в митохондрии и в эндоплазматическую сеть, биологи пока не знают. В нормальных клетках этот белок отвечает за реакцию на недостаток кислорода, однако в мозгу людей с рассеянным склерозом он почему-то работает иначе. Команда Эгглтона предполагает, что это связано с тем, что клетки больных производят необычно много Rab32, но это ещё предстоит проверить.

В любом случае, по словам авторов исследования, блокировка работы Rab32 и «белков смерти», связанных с ним, может оказаться действенной терапией для борьбы с рассеянным склерозом, что учёные планируют исследовать в ближайшее время.

Винтер, М. Революция в травматологии? // Медицинская газета. – 2017. – 26 мая (№ 37). – С. 14.

Учёные из некоммерческой клиники Cedars-Sinai из Лос-Анджелеса (США) научились сращивать тяжёлые переломы у животных при помощи инновационной технологии, которая позволяет выращивать новые костные ткани. Если будет установлено, что этот метод, комбинирующий ультразвук, стволовые клетки и генную терапию, безопасен и эффективен и для человека, то травматологию ждёт революция.

«Мы только в начале революции в области ортопедии, – заявил содиректор программы костевой регенерации и стволовых клеток Cedars-Sinai Дэн Газит. – Мы, комбинируя инженерный подход с биологическим, развиваем регенеративную инженерию, которая, по нашему мнению, является будущим медицины».

В настоящее время используются ежегодно более 2 млн. костных трансплантатов для лечения серьёзных травм, связанных с ДТП, войнами и удалениями опухолей. В результате таких травм в костях образуются большие трещины, которые не позволяют им срастись самостоятельно. Поэтому роль трансплантата – заполнить этот зазор между сохранившимися частями кости.

Новая методика, разработанная в клинике, может обеспечить альтернативу костным трансплантатам. В ходе эксперимента учёными была создана матрица коллагена – белка, который организм использует для строительства костей. Она была имплантирована в зазор между двумя частями кости у животного. В матрицу на протяжении 2 недель вводились собственные стволовые клетки. А чтобы процесс восстановления костной ткани был начат, непосредственно в стволовые клетки при помощи ультразвука и микропузырьков вводился ген кости.

Через 8 недель после операции зазор между частями кости перестал существовать, и переломы ног были вылечены у всех лабораторных животных. При этом новая часть кости оказалась столь же прочной, как и хирургические костные трансплантаты. «Это первое исследование, которое продемонстрировало, что при помощи ультразвука можно доставлять гены в собственные стволовые клетки животного, и эта техника может эффективно использоваться для лечения незаживающих переломов костей», – сказал Д. Газит.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Иыбусов, А. П. Формирование здорового образа жизни – актуальная и неотложная задача отечественного здравоохранения / А. П. Иыбусов, О. В. Атмайкина, Л. И. Уткина // Медицинский альманах. – 2017. – № 2. – С. 10-13.

В представленной работе рассматривается методика повышения эффективности управления здоровьесохраняющим поведением населения РФ. Показано, что уровень общественного здоровья остается на низком уровне, который нельзя объяснить состоянием медицинской помощи в стране. Отмечено, что здоровьесохраняющее поведение не является свойственным для россиян, а формирование здорового образа жизни у населения только через пропаганду недостаточно эффективно. Авторами предлагается оригинальный проект по формированию здорового образа жизни у россиян с применением экономических стимулов, который был апробирован с использованием средств президентских грантов в 2009-2015 годах. Основным содержанием проекта является формирование финансовых средств, направленных на укрепление здорового образа жизни или на дополнительное медицинское обеспечение, включающих средства из бюджета, вклад работодателя и личный взнос участника проекта. Апробация проекта показала, что использование экономической мотивации позволяет значительно расширить число россиян, занимающихся физической культурой и

спортом, снизить заболеваемость и смертность, воспитать культуру регулярных занятий спортом в семье.

Ежегодные данные Росстата свидетельствуют о критическом уровне состояния здоровья россиян. Улучшение общественного здоровья, в частности, его демографической составляющей, которая теснейшим образом связана с профилактикой заболеваний и снижением смертности, сегодня для России является актуальной государственной задачей.

Показатели рождаемости и общей смертности в нашей стране составили в 2016 году соответственно 13,3% и 13,0%. При таком уровне рождаемости и смертности невозможно обеспечить воспроизводство трудовых ресурсов, экономический рост и безопасность нашего отечества.

Исторически сложилось так, что наши соотечественники связывают свое здоровье, главным образом, с состоянием системы медицинского обслуживания. Такой подход есть и в многочисленных попытках в средствах массовой информации, когда связывают кризисные явления в демографических процессах нашей страны с состоянием медицинской помощи. Такой подход нельзя признать объективными.

Страны СНГ и Никарагуа имеют значительно больше проблем в системе медицинской помощи, но уровень общей смертности у них в 1,7-2,5 раза ниже, чем в России (таблица). Более того, показатель общей смертности в нашей стране выше среднего показателя по всему миру.

В мире критерием оценки состояния системы медицинской помощи является младенческая смертность. Уровень этого показателя в названных странах превышает российские данные в 2,8-5,4 раза. Очевидно, что причины высокой смертности в России нельзя объяснить состоянием системы медицинской помощи.

Экспертами Всемирной организации здравоохранения и отечественными исследователями в 80-х годах прошлого столетия определены следующие факторы, определяющие формирование и сохранение индивидуального и общественного здоровья: состояние системы медицинской помощи (10-15%), состояние окружающей среды (20-25%), наследственность (15-20 %) и образ жизни (50-55 %).

Если определяющим элементом формирования общественного здоровья является образ жизни, то стоит оценить образ жизни россиян с точки зрения сохранения и улучшения здоровья. Известно, что здоровый образ жизни включает в себя следующие элементы: 1) отказ от курения, алкогольных напитков, наркотических средств; 2) рациональное питание; 3) достаточную для сохранения здоровья и профилактики заболеваний физическую активность; 4) соблюдение правил личной гигиены, 5) эффективное взаимодействие с системой медицинского обслуживания; 6) характер сексуальной жизни, обеспечивающий сохранение здоровья.

Самый поверхностный анализ образа жизни россиян говорит о том, что нашим соотечественникам не свойственно здоровьесохраняющее поведение.

Курение табака. Официальные данные материалов социологических исследований по доле курящих граждан в России сильно разнятся. Курят около 40% россиян, при ЭТОМ на каждого россиянина приходится в год до 2786 сигарет, что составляет 8 сигарет в день. Больше нас курят только в Греции, Болгарии и Сербии.

Потребление алкогольных напитков. В России среднестатистическое годовое потребление алкогольных напитков в литрах в пересчете на чистый этиловый спирт составляет 15,7 литров. Больше россиян пьют только в Молдове (18,2 литра), Чехии (16,5 литра) и Венгрии (16,3 литра). В странах из приведенной таблицы имеется лишь одна особенность образа жизни граждан – отказ от употребления алкогольных напитков. И только один этот фактор вызвал снижение уровня общей смертности более чем в 2 раза.

Рациональное питание и физическая активность. Индикатором физической активности и рационального питания является масса тела. Согласно последней статистике РАМН избыточная масса тела есть почти у 50 % мужчин и 60 % женщин.

Индикаторами здоровьесохраняющего поведения в сексуальной жизни выступают частота аборт и заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). По данным Росстата (2013-2014 гг.) ежегодно в России впервые обращаются за медицинской помощью по поводу сифилиса, гонореи, трихомониаза и хламидиоза свыше 250 000 человек. Данных о россиянах, страдающих этими заболеваниями, но не обратившихся к врачу нет, как нет данных о первичной заболеваемости по другим ИППП, а их сегодня насчитывается 23-27. По оценкам экспертов в России делается от 3 до 4 миллионов аборт в год, число родившихся в России составило в 2014 году 1 миллион 918 тысяч человек.

Представленные данные не позволяют признать образ жизни россиян здоровым. При этом социологические исследования показывают, что россияне признают необходимость перейти в повседневной жизни к здоровьесохраняющему поведению.

Если быть объективным, то уже более тридцати лет формирование здорового образа жизни у наших соотечественников является элементом государственной политики. Формирование здорового образа жизни предлагается вести через пропаганду, хотя такой подход показал свою неэффективность еще с советский времен.

Мировой опыт формирования у граждан здорового образа жизни связан с использованием экономических стимулов. Во всех цивилизованных, экономически развитых странах существуют те или иные механизмы стимулирования здоровьесохраняющего поведения граждан. Это и отсроченный листок нетрудоспособности, и участие в формировании средств медицинского страхования, и официальное участие в оплате медицинских услуг, как правило, в рамках добровольного медицинского страхования, и другие. У россиян же, нет экономических стимулов сохранения своего здоровья.

Признавая определяющую роль образа жизни россиян в формировании индивидуального и общественного здоровья, а также, принимая во внимание кризисные явления в демографических процессах нашей страны, на кафедре амбулаторно-поликлинической терапии с курсом общественного здоровья и организации здравоохранения в медицинском институте Национального исследовательского Мордовского государственного университета имени Н.П. Огарева по результатам многолетних исследований был разработан оригинальный проект по формированию здорового образа жизни у россиян с использованием экономических стимулов: «Управление здоровьесохраняющим поведением россиян». Целью проекта

является изменение отношения граждан к своему здоровью, улучшение общественного и индивидуального здоровья граждан РФ, ликвидация кризисных явлений в демографических процессах и апробирование экономических механизмов стимулирования здорового образа жизни. Проект направлен на решение ряда задач:

- посредством экономических стимулов сформировать у большинства россиян навыки здорового образа жизни;
- снизить уровень заболеваемости, инвалидности и смертности, улучшив здоровье граждан;
- 3) сформировать стабильный внебюджетный источник финансирования для улучшения медицинского обслуживания, развития физической культуры и спорта;
- 4) увеличить число занимающихся физической культурой до 35-60%;
- 5) снизить расходы на оплату больничных листов, что позволит использовать сэкономленные средства на улучшение здоровья работающих граждан.

Участниками проекта являются россияне, юридические лица (работодатели). Для каждого участника проекта (физического лица) создается своеобразный фонд финансовых средств, предназначенный для формирования здорового образа жизни или дополнительного медицинского обеспечения. Формирование указанных средств осуществляется следующим образом: каждому участнику проекта бюджет выделяет 33% средств, 33 % вносит работодатель и 33 % – личные средства участника проекта. Денежные средства аккумулируются на специальном счете некоммерческого фонда и перераспределяются в зависимости от выбранного участником проекта направления их использования: оздоровительные мероприятия в физкультурно-оздоровительных учреждениях или медицинскую помощь в рамках добровольного медицинского страхования.

Проект многократно апробирован Мордовской региональной общественной организацией «Шумбрачи (Здоровье)» и Мордовским региональным некоммерческим фондом «Фонд развития спорта» с использованием средств президентских грантов в 2009-2015 гг. Оператор: Общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации». В реализации проекта участвовали работодатели, ведущим из которых был Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева.

Предлагаемый проект мотивирует россиян к здоровому образу жизни, т. к. реализация его связана как с собственными средствами россиян, так с финансовым участием работодателя и государства.

Как показала апробация проекта, использование экономической мотивации к здоровому образу жизни позволяет значительно расширить число россиян, занимающихся физической культурой и спортом, снизить заболеваемость и смертность, воспитать культуру регулярных занятий спортом в семье, т.е. создает условия для улучшения демографической ситуации в России. Проект может быть использован для граждан любого возраста и в любом регионе России.

Всеми участниками проекта: физическими лицами, работодателями, лечебными учреждениями, физкультурно-оздоровительными комплексами оценен положительно.

Реализация проекта позволяет создать для здравоохранения дополнительный на 2/3 внебюджетный источник финансирования. В конечном итоге, используемые при реализации проекта государственные средства гарантированно поступают в социальную сферу, но при этом их объем увеличивается в три раза.

Выводы:

1. Демографические показатели свидетельствуют о кризисном характере состояния общественного здоровья в России.
2. Здоровье населения в современных условиях не может и не определяется только состоянием системы медицинской помощи.
3. Образ жизни россиян невозможно считать здоровье- сохраняющим.
4. Экономическая мотивация выступает ведущим элементом формирования здорового образа жизни.
5. Проект «Управление здоровьесохраняющим поведением россиян» позволяет использовать экономическую мотивацию граждан к здоровому образу жизни, создавая при этом для социальной сферы дополнительный стабильный источник финансирования.

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://medlan.samara.ru> – баннер «Заявка в библиотеку», «Виртуальная справочная служба»), по электронному адресу sonmb@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://medlan.samara.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) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел

 (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей

 тел./факс: (846) 372-39-38 – заведующий библиотекой

 sonmb@medlan.samara.ru

 sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>