

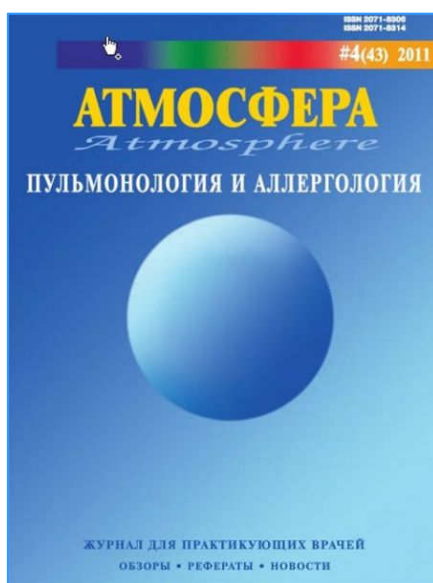


Самарская областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 12 (декабрь), 2013



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	27
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	30

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Герасимова, Т. Л. Стратегия развития здравоохранения в концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года [Текст] / Т. Л. Герасимова // Главный врач. – 2013. – №11. – С. 3-6.

В статье приведены основные положения Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (далее – Концепция), определяющие развитие отечественного здравоохранения.

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Отдельной задачей является активное развитие российской медицинской и фармацевтической промышленности и создание условий для ее перехода на инновационную модель развития, что должно поднять уровень обеспеченности организаций здравоохранения и населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, в том числе отечественного производства, до средневропейского уровня как по количественным, так и по качественным показателям.

Реализация целей развития системы здравоохранения предполагает решение следующих приоритетных задач.

ПЕРВАЯ ЗАДАЧА – обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме;

ВТОРАЯ ЗАДАЧА – модернизация системы обязательного медицинского страхования и развитие системы добровольного медицинского страхования;

ТРЕТЬЯ ЗАДАЧА – повышение эффективности системы организации медицинской помощи;

ЧЕТВЕРТАЯ ЗАДАЧА – улучшение лекарственного обеспечения граждан;

ПЯТАЯ ЗАДАЧА – информатизация системы здравоохранения;

ШЕСТАЯ ЗАДАЧА – развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду;

СЕДЬМАЯ ЗАДАЧА – совершенствование системы охраны здоровья населения.

ВОСЬМАЯ ЗАДАЧА – реализация приоритетного национального проекта "Здоровье" (2009 - 2012 годы).

Решение указанных задач позволит улучшить здоровье и качество жизни населения. Предполагается обеспечить снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения не менее чем в 1,4 раза, от несчастных случаев, отравлений и травм – примерно в 2 раза, снизить показатели младенческой и материнской смертности до показателей развитых стран, уменьшить в 1,5 раза заболеваемость социально значимыми заболеваниями.

Планируется примерно в 1,3 раза увеличить объем амбулаторной помощи, в первую очередь профилактической, позволяющей выявлять заболевания на ранних стадиях, значительно повысить эффективность использования коечного фонда (увеличить оборот и занятость койки, снизить среднюю длительность пребывания в стационаре и т.д.), обеспечить в полном объеме потребность населения в высокотехнологичной медицинской помощи.

Улучшение показателей здоровья населения и деятельности организаций системы здравоохранения будет обеспечиваться на основе постоянной модернизации технологической базы отрасли, развития медицинской науки и образования, улучшения кадрового состава.

Для достижения запланированных показателей предусматривается за 2008-2020 годы увеличить долю государственных расходов на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте с 3,6 процента до не менее 5,2-5,5 процента.

Щепин, О. П. О развитии здравоохранения Российской Федерации [Текст] / О. П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – №5. – С. 3-7.

В статье представлена система здравоохранения, характеризующаяся государственной ответственностью за здоровье граждан при различных формах собственности, изложены вопросы управления, планирования, финансирования и организации медицинской помощи.

Одной из причин низкой эффективности проведения преобразований в российском здравоохранении является отсутствие всесторонней концепции прогрессивного развития отрасли. В ее основу может быть положен критически переосмысленный отечественный и зарубежный опыт развития здравоохранения. Основное внимание должно быть уделено вопросам организации охраны здоровья граждан при различных формах собственности в здравоохранении, а также вопросам управления, планирования, финансирования и организации медицинской помощи.

Главная задача здравоохранения состоит в том, чтобы сделать квалифицированную медицинскую помощь доступной гражданам страны.

Состояние здоровья непосредственно определяется взаимоотношениями между государственной властью, здравоохранением и общественным и индивидуальным здоровьем. Характер этих взаимоотношений определяет как состояние общественного здоровья в целом, так и характер, и состояние системы здравоохранения.

Основной целью деятельности государственной власти является создание условий для обеспечения благосостояния граждан.

Внешними условиями, необходимыми для успешного реформирования и положительного развития здравоохранения являются:

- создание базовых, характерных для успешно развивающихся индустриальных стран, условий жизнедеятельности граждан и их материального обеспечения;

- обеспечение принятия государственной властью на себя ответственности за эффективность всей деятельности в области охраны здоровья граждан;

- обеспечение финансирования системы здравоохранения в объеме не менее 6% от национального дохода;

- достижение оптимального баланса между секторами здравоохранения различной формой собственности;

- ответственность государственной власти за среду обитания граждан (экологическое благополучие), поддержка профилактической направленности здравоохранения.

Исходя из накопленного в мире и в нашей стране опыта в основу политики здравоохранения могут быть положены следующие важнейшие принципы:

1. Ответственность государства, всех ведомств, общественных институтов и структур за охрану и постоянное укрепление здоровья каждого гражданина и всех членов общества.

2. Комплексное проведение мероприятий по индивидуальной и общественной профилактике во всех сферах жизни общества, включая охрану окружающей среды, предупреждение болезней и раннее их выявление, органическое сочетание предупредительной, лечебной и реабилитационной деятельности всех медицинских учреждений на базе усиления первичной медико-санитарной помощи, многостороннюю пропаганду медико-санитарных знаний и формирование здорового образа жизни среди всех групп населения.

3. Обеспечение гражданам необходимого уровня лечебно-диагностической и реабилитационной помощи на основе экономически оправданного сочетания бюджетного, страхового и платного компонентов финансирования.

4. Развитие медико-биологических исследований, их устойчивое финансирование, постоянное использование достижений мировой медицинской науки и практики здравоохранения в целях обеспечения эффективности деятельности медицинских учреждений.

5. Рациональная подготовка и усовершенствование кадров для здравоохранения как основа успешного функционирования всех звеньев управления и деятельности медицинских учреждений.

Развитие здравоохранения Российской Федерации возможно лишь при условии обязательного многостороннего участия в охране и укреплении здоровья населения всех политических, социальных и экономических структур, устойчивой, научно обоснованной

экономической и финансовой поддержки системы здравоохранения, постоянного роста профессионализма врачей, средних медицинских работников, управленческого аппарата, широкого внедрения новых механизмов управления.

Процессы формирования здоровья граждан России характеризуются снижением рождаемости и высокой смертностью, уменьшением естественного прироста населения.

Снижение рождаемости в последние годы усилилось. За последние 50 лет (1960-2010 гг.) коэффициент рождаемости резко упал с 23,2% до 12,3%, а в 2011 г. до 13,3%. Проблема заключается не просто в количественном уменьшении показателей рождаемости, а в снижении их до уровня, недостаточного для сохранения и просто воспроизводства населения.

За счет повышения смертности населения трудоспособного возраста отмечается тенденция роста общего уровня смертности с 7,4% (1960) до 13,3% (2011).

Сегодня показатель младенческой смертности в России в 2 раза превышает аналогичные показатели развитых стран. Сохранение здоровья родившихся все более будет связано с устранением сложных по характеру болезней перинатального периода и врожденных пороков развития. Современная диагностика этих состояний, формирующихся в период внутриутробного развития плода и обусловленных состоянием здоровья матери, требует организации хорошо оснащенной медико-генетической перинатальной службы.

Политика государства в области здравоохранения должна быть скорректирована в соответствии с сегодняшней ситуацией и сложившимися социально-экономическими условиями. К основным стратегическим направлениям политики Российского государства в области здравоохранения относятся:

- завершение структурной перестройки отрасли в условиях рыночных отношений;
- обеспечение необходимой государственной поддержки системы здравоохранения для защиты интересов граждан в получении медицинской помощи;
- создание, поддержка и регулирование многоукладного здравоохранения и разнообразия его форм, включая государственное и региональное, деятельность фондов и ассоциаций, обязательное и добровольное медицинское страхование, частную медицинскую практику.

Стратегия государственной политики в области здравоохранения нацелена на обеспечение сбалансированности развития всех секторов здравоохранения независимо от форм их собственности. Государство несет ответственность за обеспечение охраны здоровья граждан России и создание соответствующих условий для оптимального и эффективного функционирования системы здравоохранения.

Совершенствование системы управления здравоохранением осуществляется через ее децентрализацию и построение сбалансированной структуры стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи населению.

Децентрализованная система управления здравоохранением перераспределяет функции экономической и социальной ответственности между различными уровнями управления (региональный, территориальный местный) и отдельными структурными звеньями оказания медицинской помощи населению, позволяет сформировать и развить региональный подход к разработке общегосударственных программ и повышает роль местных органов власти в управлении здравоохранением. Это создает условия для применения в управлении здравоохранением межсекторальных подходов при сохранении методической и программной централизованной координации медицинской деятельности в отрасли.

Планирование и оценка деятельности учреждений здравоохранения в современных условиях требует наряду с такими показателями, как койко-место и поликлиническое посещение, использования качественных показателей, отражающих динамику состояния здоровья населения и удовлетворенности медицинской помощью. Наряду с традиционными подходами оно предполагает учет экономических условий и постоянный мониторинг спроса и предложения медицинских услуг, что позволит практически каждому учреждению корректировать обеспечение населения соответствующими видами медицинской помощи и самостоятельно определять организацию своей деятельности и формы удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах.

Важным механизмом управления и планирования здравоохранения является финансирование. В настоящее время уровень расходов на здравоохранение не достигает даже

рекомендуемого ВОЗ минимума в 5% ВВП. Имеющиеся ресурсы нередко используются нерационально и неэффективно. Положение усугубляется влиянием инфляционных процессов. Поэтому финансирование здравоохранения из государственного бюджета необходимо привести в соответствие к уровню, характерному для индустриально развитых стран.

Важная роль в развитии отечественного здравоохранения принадлежит научным исследованиям в области медицины и социальной гигиены, которые обеспечивают обоснование и разработку как политики здравоохранения, так и целевых программ по охране здоровья граждан, профилактике и лечению заболеваний, по реабилитации. Организация этой деятельности требует политической, социальной, экономической, финансовой и правовой поддержки на всех уровнях государственного управления. При этом особое внимание следует уделять разработке соответствующей стратегии научных исследований, которая позволит устанавливать их приоритетные направления, определять и выделять необходимые и достаточные материальные, финансовые и кадровые ресурсы, а в дальнейшем осуществлять мероприятия, направленные на улучшение и охрану здоровья граждан.

Ближайшими задачами здравоохранения Российской Федерации являются автономное управление и государственное регламентирование влияния общественного и частного секторов, финансовые ресурсы, финансирование медицинских потребностей. Это позволит здравоохранению России все более активно и эффективно влиять на поддержание и укрепление здоровья населения.

О плодах модернизации [Текст] // Сестринское дело. – 2013. – №7. – С. 6-7, 25.

В данной публикации представлены основные положения статьи министра здравоохранения РФ В. И. Скворцовой, опубликованной 26 сентября в «Независимой газете».

В своей статье В. И. Скворцова объясняет: «В последнее время в обществе активизировалась дискуссия об эффективности реформ в сфере здравоохранения. Увы, в общественном сознании, прессе, блогах преобладают негативные оценки этой деятельности. ...Общество особенно остро реагирует на программу оптимизации соотношения стационарного и амбулаторного лечения, переноса тяжести с больниц на поликлиники. С ней напрямую связан миф о тотальной ликвидации лечебно-профилактических учреждений в регионах и столице. Этому немало способствуют перегибы на местах».

В первую очередь министр имеет в виду недавний скандал, сопровождавшийся широким обсуждением в СМИ, который связан с приказом «О тактике ведения больных и пострадавших на догоспитальном этапе», подписанным главным врачом московской Станции скорой и неотложной медицинской помощи имени А. С. Пучкова 7 августа текущего года. В целях «оптимизации и правильного распределения потоков пациентов» между стационарами и поликлиниками был утвержден список из 23 заболеваний, с которыми граждан госпитализировать необязательно. В него вошла, например, эпилепсия без травм головы, ангина, легкий гипертонический криз, «средняя степень» бронхиальной астмы, вирусный гепатит и инфекции кожи, в том числе флегмоны и абсцессы «без локализации на лице и шее».

Бригадам предписывалось оказывать первую помощь гражданам с такими заболеваниями, а затем «обеспечить динамическое наблюдение с активом в лечебно-профилактических учреждениях». Исполнение приказа на практике привело к созданию ряда конфликтных ситуаций с пациентами, и в некоторых случаях отказ в госпитализации привел к тяжелому повреждению здоровья. По жалобам пациентов была проведена проверка Роспотребнадзором. По ее результатам Роспотребнадзор отменил приказ главного врача скорой помощи, так как этот приказ не соответствовал законодательству нашей страны и регламентам здравоохранения. Как объяснили в Роспотребнадзоре, главный врач не имеет полномочий для издания подобных приказов.

Оптимизация, а не сокращение. О необходимости открытия паллиативных и реабилитационных коек.

Модернизация здравоохранения сопровождается усилением роли амбулаторного звена и как следствие – сокращением коечного фонда в стационарах. Программа разрабатывалась с

учетом мирового опыта: в странах с эффективной системой здравоохранения 70% пациентов действительно решают свои проблемы со здоровьем в поликлиниках, а лишь 30% - в стационарах.

Однако сокращение коек не должно происходить бездумно и резко. Правильнее говорить не о сокращении, а об оптимизации коек.

Минздрав РФ неоднократно подчеркивал: основой оптимизации коечного фонда должно быть не столько его сокращение, сколько перепрофилирование. В программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи взято направление на развитие медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи. Оптимизация коек должна заключаться в высвобождении коек в больницах и создании на их базе коек для паллиативной помощи и реабилитации больных.

В своей статье министр подчеркивает, что «в каждом конкретном случае вопрос о сокращении или расширении коечного фонда в том или ином лечебно-профилактическом учреждении должен решаться индивидуально».

Министр выделила регионы, где процесс оптимизации коечного фонда проходит вполне благополучно. Это Воронежская, Пензенская, Тамбовская, Самарская, Белгородская области, Ханты-Мансийск, Республика Татарстан. В этих регионах сначала организуется работа профилактических кабинетов, проводится диспансеризация населения, определяется реальная потребность в количестве коек. Работа ведется с учетом территориального планирования, то есть при необходимости строятся и вводятся в эксплуатацию новые межрайонные и межрегиональные центры.

Есть общие принципы оптимизации, однако в каждом регионе их осуществляют с учетом местных особенностей.

Абсолютно одинаковых рецептов модернизации для всех регионов не существует. Они определяются потребностями населения, особенностями климата, расстояниями между населенными пунктами. Но закономерности оптимизации едины: в ее основе лежит создание трехуровневой системы, что позволит каждому гражданину независимо от места проживания своевременно получить необходимую медицинскую помощь:

- на первом уровне, максимально близко к дому – профилактику и лечение наиболее распространенных заболеваний;
- на втором уровне, в межрайонных и межмуниципальных центрах – комплексное современное лечение при острых жизнеугрожающих заболеваниях и состояниях (инфаркты миокарда, инсульты, тяжелые травмы, отравления и др.);
- на третьем уровне, в региональных центрах – плановую высококвалифицированную и высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь (нейрохирургическую, сердечнососудистую).

Реформа российского здравоохранения уже дает позитивные плоды, если только отказаться от стереотипа «все плохо» и попытаться оценить их объективно.

Пирогов, М. В. Обеспечение качества медицинской помощи в соответствии с федеральными стандартами [Текст] / М. В. Пирогов, В. Н. Маслов // ГлавВрач. – 2013. – №9. – С. 12-20.

В данной статье рассматриваются организационно-экономические и клиничко-социальные аспекты обеспечения качества медицинской помощи в многопрофильной больнице, оказывающей медицинскую помощь непосредственно на территории проживания граждан.

Среди актуальных аспектов организации системы здравоохранения вопрос обеспечения качества медицинской помощи за последнее десятилетие является одним из наиболее обсуждаемых как представителями научного медицинского и правового сообщества, так и первыми лицами государства. В первую очередь это обусловлено тем, что право на охрану здоровья и медицинскую помощь охраняется Конституцией Российской Федерации (ч. 2 ст. 7, ч. 1 ст. 41), устанавливающей обязанность государства осуществлять его соблюдение и защиту (ст. 2). Кроме того, качество оказания медицинской помощи затрагивает аспекты национальной

стратегии в сфере здравоохранения, подтверждением чему является реализация с 2006 г. приоритетного национального проекта «Здоровье», ориентированного на повышение доступности и качества медицинской помощи. Вместе с тем проблема обеспечения качества медицинской помощи тесно связана с вопросами организации контроля за оказываемой медицинской помощью.

Обеспечение качества медицинской помощи - одна из наиболее важных и сложно решаемых проблем здравоохранения, актуальность, которой сохраняется на протяжении не одного десятилетия. Несмотря на то, что в российском здравоохранении достигнуты определенные результаты в направлениях, связанных с контролем качества медицинской помощи, стандартизацией, созданием государственных разрешительных систем на осуществление медицинской деятельности, вопросы улучшения качества медицинской помощи остаются дискуссионными из-за отсутствия единого подхода к управлению качеством.

Качество медицинской помощи представляет совокупность характеристик, отражающих:

1) своевременность оказания медицинской помощи - оказание медицинской помощи по мере необходимости, т.е. по медицинским показаниям, быстро и при отсутствии очередности. Своевременность оказания помощи конкретизирует и дополняет критерий ее доступности и в значительной степени обеспечивается высокоэффективными диагностическими процедурами, позволяющими своевременно начать лечение, высоким уровнем подготовки врачей, стандартизацией процесса оказания помощи и установлением требований к медицинской документации;

2) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;

3) степень достижения запланированного результата. Эффективность и действенность - соответствие фактически оказанной медицинской помощи оптимальному для конкретных условий результату. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не максимальную медицинскую помощь, т.е. соответствовать стандартам качества и нормам этики.

Создание системы стандартизации в здравоохранении, определение основных методических подходов к разработке и совершенствованию стандартов, отраслевых норм и правил позволяют более активно влиять на лечебно-диагностический процесс, используя не только статистические данные и финансовые рычаги, но и стандартизацию как средство объективной оценки и управления качеством медицинской помощи.

Субъектом стандартизации медицинских услуг стал в первую очередь сам врач-клиницист. На первом этапе медицинский стандарт определяли как согласованный и утвержденный объем лабораторных и функциональных исследований, необходимый для диагностики заболеваний, объем медикаментозного и оперативного лечения в соответствии с современным уровнем развития медицинской науки.

В медицинских организациях современной России используются четыре уровня стандартов: международные, федеральные, административно-территориальные, стандарты отдельных учреждений и медицинских ассоциаций.

Структура порядка в каждом случае может быть уточнена исходя из специфики оказания конкретного вида (по профилю) медицинской помощи. В настоящее время принято и действует около 28 порядков оказания медицинской помощи.

Стандарты медицинской помощи определяются на уровне уполномоченных государственных органов. Стандарт медицинской помощи определяет наиболее эффективные и воспроизводимые в существующих условиях методы лечения, унификацию и контроль применения таких методов.

Назначение стандарта - указать модель пациента (описание типового случая), область и условия применения стандарта (диагнозы, амбулаторные или стационарные условия, длительность лечения и т.д.), способ лечения с указанием конкретных рекомендаций по использованию технических и медикаментозных средств. Стандарт предназначен для обязательного исполнения в системе здравоохранения.

Стандартизация в здравоохранении - определяющее условие обеспечения медицинской помощи надлежащего качества. Одним из элементов территориальной системы стандартизации здравоохранения может стать модель комплексной медицинской услуги.

Внедрение моделей медицинских услуг создает реальные возможности для соблюдения необходимой медицинской технологии и высокой вероятности получения оптимальных результатов, гарантии определенного качества диагностики, лечения, реабилитации и позволяет организовать оплату за медицинскую помощь за «законченный случай лечения» в соответствии с моделями комплексных медицинских услуг в поликлинике, стационаре, дневном стационаре.

Работа по стандартизации направлена:

- на совершение системы управления качеством медицинской помощи больным на госпитальном этапе;
- обеспечение равнодоступности оказания медицинской помощи надлежащего качества в стационарных учреждениях;
- защищенность права пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов;
- обеспечение использования оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного;
- обеспечение рационального использования имеющихся ресурсов;
- обеспечение преемственности оказания медицинской помощи пациентам на различных уровнях;
- унификацию планирования и расчета стоимости оказания стационарной медицинской помощи больным с различными заболеваниями, стоимости базовой программы ОМС и тарифов на медицинские услуги;
- оптимизацию системы взаиморасчетов между территориями за оказанную гражданам медицинскую помощь.

Таким образом, стандартизация медицинской помощи является механизмом реализации государством конституционной нормы в части гарантирования гражданам Российской Федерации качественной медицинской помощи.

Внедрение стандартов упорядочивает предоставление лечебной помощи населению, способствует повышению прозрачности затрат на здравоохранение, повышает общий уровень медицинской помощи. Наличие стандартов как элементов законодательной базы в сфере медицинских услуг имеет важное значение в определении прав, а также области ответственности пациентов и врачей.

Манухина, Е. В. Роль стандартов медицинской помощи в решении задач организации, планирования, финансирования здравоохранения и контроля качества медицинской помощи [Текст] / Е. В. Манухина, М. В. Пирогов // Справочник врача общей практики. – 2013. – №8. – С. 3-8.

В соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации на федеральные органы государственной власти возлагается обязанность подготовки федеральных порядков и стандартов медицинской помощи, стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и другие. Органам государственной власти субъектов Российской Федерации переданы полномочия по установлению региональных медико-экономических стандартов в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи.

Стандарты медицинской помощи разрабатываются в соответствии с показателями Программы государственных гарантий, и их выполнение гарантируется гражданам на всей территории Российской Федерации.

Стандарт – это нормативно-технический документ, устанавливающий единицы величин, термины и их определения; требования к продукции (услугам) и производственным процессам, требования, обеспечивающие безопасность людей и сохранность материальных ценностей.

Стандарт – это документ, который устанавливает обязательные требования к качеству услуг. Исходя из общего определения понятия, под термином «стандарт качества медицинской помощи» следует понимать нормативные документы, устанавливающие требования к качеству медицинской помощи при данном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретного медицинского учреждения.

Стандартизация в здравоохранении является приоритетным направлением современного развития здравоохранения в большинстве экономически развитых стран мира.

Необходимость стандартизации определяется целым рядом тенденций. Это, в первую очередь, неуклонно растущая стоимость медицинской помощи, что обусловлено совершенствованием (и, соответственно, удорожанием) медицинских технологий, демографическим старением населения и повышением уровня требований пациентов. При этом возможности государства удовлетворять потребности в медицинской помощи ограничены, пусть и в разной степени, во всех странах мира. Разработка и внедрение в медицинскую практику стандартных унифицированных алгоритмов, позволяющих четко делить пациентов по нуждаемости в различных видах медицинских услуг, должна способствовать более рациональному расходованию ресурсов.

Законодательная трактовка содержания стандарта медицинской помощи позволяет оценить объем, сроки и качество медицинской помощи. Стандарты описывают медицинскую технологию, которая применима к «среднему» пациенту и не всегда учитывает особенности течения заболевания у конкретного пациента, поэтому должны использоваться в комплексе с другими критериями оценок. Реальный случай медицинской помощи должен оцениваться путем его сопоставления со стандартами. Однако, при оценке качества медицинской помощи у конкретного пациента должны учитываться его индивидуальные особенности, наличие сопутствующих заболеваний и возможных осложнений, которые в ряде случаев могут служить основанием для отступления от стандарта медицинской помощи при данной нозологической форме.

Одной из самых сложных и на сегодня не решенных проблем здравоохранения является определение стоимости труда в здравоохранении.

«Традиционный», используемый экономистами и организаторами здравоохранения способ определения структуры медицинских организаций и их штатной численности, а также размер фонда оплаты труда, опирается на две сотни нормативных документов, сформированных в 50-80 гг. прошлого века, и имеющих рекомендованный характер, далеко не отражающих реалии современного здравоохранения.

Для корректного определения стоимости трудозатрат необходимо дополнить номенклатуру услуг групповым показателем, оценивающим качественную характеристику трудозатрат для каждой медицинской услуги, связанную с интенсивностью и сложностью трудового процесса и наличием специальных знаний и навыков для ее успешного выполнения.

Данный групповой показатель может быть определен как «разряд» медицинской услуги в зависимости от ее технологических особенностей в части трудозатрат и требований к квалификации исполнителя. Данный показатель используется при расчете стоимости трудозатрат как повышающий коэффициент. Критериями для определения разряда могут быть: профессиональные умения специалиста, наличие сертификата специализации, ученая степень, практические навыки работы с современным диагностическим и лечебным оборудованием. Дополнительным требованием, определяющим разряд услуги, может быть продолжительность непрерывного оказания услуги, сложные и вредные условия оказания и т.п. Разрядность услуги формирует коэффициент, влияющий на функцию зависимости трудозатрат и стоимости труда.

Используя данные статистики заболеваемости населения региона и выразив их в объемах необходимых лечебных и диагностических услуг, в соответствии со стандартами медицинской помощи, можно определить структурированные по врачебным и сестринским специальностям суммарные трудозатраты. Эти данные позволяют определить, с одной стороны, необходимые штатные единицы, а с другой стороны, с учетом «разряда» общий фонд оплаты труда по региону и средний уровень заработной платы на 1 врачебную и сестринскую ставку.

Рассмотренный в статье подход определения штатной численности и фонда оплаты труда позволяет изменить принципы построения «отраслевой» системы оплаты труда в здравоохранении и определить нормирующей величиной заработной платы объемы деятельности конкретных медицинских работников, «разряд» выполняемых ими медицинских услуг и качество их оказания.

Багненко, С. Ф. Вопросы информатизации и автоматизации работы службы скорой медицинской помощи в Российской Федерации [Текст] / С. Ф. Багненко [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2013. – №4. – С. 8-12.

В статье рассмотрены вопросы информатизации и автоматизации скорой медицинской помощи, статистика оснащения медицинских организаций автоматизированными системами управления приема и обработки вызовов скорой медицинской помощи в Российской Федерации.

За прошедшие годы информатизация и автоматизация здравоохранения достигла небывалых высот. Тем не менее, в системе скорой медицинской помощи (далее – СМП) она остается еще крайне неудовлетворительной.

По данным отраслевой статистической отчетности за 2012 год (форма № 40) в РФ обеспеченность автоматизированными системами управления приема и обработки вызовов (далее – АСУ СМП) станций (отделений) СМП в 2010 году составляла 12,8% (377 ед. на 2949 станций (отделений) СМП), в 2011 году – 14,3% (415 ед. на 2912 станций (отделений) СМП), в 2012 году – 21,1% (599 ед. на 2841 станцию (отделение) СМП).

В 2012 году 15% субъектов РФ не имели АСУ СМП (в 2011 г. неавтоматизированными были 20% субъектов РФ).

Тем не менее, наметилась положительная динамика. Количество автоматизированных систем управления выездными бригадами СМП за 3 последних года возросло на 59%: с 377 в 2010 году до 599 в 2012 году. При этом отмечена явная тенденция возрастания темпов автоматизации по РФ в целом (в 4,4 раза): 2010- 2011гг. – 10%, 2011-2012 гг. – 44%.

При рассмотрении вопроса по субъектам РФ наиболее автоматизированными по количеству функционирующих АСУ СМП в РФ в 2012 году были Свердловская область (67 ед.), Пермский край (53 ед.), Краснодарский край (49 ед.), Московская область (31 ед.).

Эти цифры по субъектам РФ лишь отчасти характеризуют истинное положение дел, так как в ряде субъектов единая и подчас единственная АСУ может охватывать всю сеть медицинских организаций СМП города (субъекта). Более того, системы эти могут быть совершенно разными: от самых примитивных до современных многофункциональных, включающих множество подсистем: прием, обработка вызовов и направление бригад СМП, взаимодействие диспетчера с бригадой СМП, сбор данных от транспортных средств станций и отделений СМП, мониторинг и отображение транспортных средств СМП, учет движения горюче-смазочных материалов и ведения путевых листов, картографическое обеспечение, интеграция с Единой государственной информационной системой здравоохранения (ЕГИСЗ), интеграция с информационными системами «112», «103» и оперативными службами, мониторинг оперативных и статистических данных, контроль за обслуживанием вызовов, генерация отчетов, подсистема администрирования, взаимодействие с территориальными фондами ОМС (далее — ТФ ОМС) и страховыми медицинскими организациями (обмен данными о пациентах, формирование реестров, выставление счетов), выгрузка данных в автоматизированные системы контроля качества медицинской помощи (АТЭ КМП) и др. Все это должно способствовать оптимизации работы СМП.

Тем не менее, в вопросах автоматизации СМП в РФ еще немало проблем. Система ОМС накладывает на медицинские организации СМП дополнительные функции: они должны обеспечивать сбор информации, необходимой для идентификации пациента и формирования реестра счетов оплаты СМП, предоставлять полученную информацию в ТФ ОМС. Вследствие недостаточной оснащенности в ряде регионов не представляется возможным обеспечить полноценный информационный обмен между медицинской организацией СМП и ТФ ОМС. Кроме того, существует практика использования формата обмена данными, отличного от регламентированных Федеральным фондом ОМС, проблемы экспорта данных из диспетчерской системы СМП в существующем формате в региональную МИС. Данное обстоятельство приводит к дублированию ввода информации в медицинских организациях СМП, что существенно увеличивает трудоемкость процесса и приводит к росту числа ошибок при ее обработке и анализе.

Следовательно, решение вопросов финансирования СМП в системе ОМС не может быть успешно решено без создания в медицинских организациях СМП современных многофункциональных автоматизированных информационных систем диспетчеризации скорой медицинской помощи, отвечающих требованиям, обеспечивающим:

- Эффективное управление бригадами СМП в целях повышения оперативности и качества работы СМП с возможностью позиционирования автомобилей СМП на местности в системе ГЛОНАСС.
- Полноценный сбор и статистическую обработку данных для анализа деятельности медицинских организаций СМП с возможностью формирования установленных отчетных статистических форм.
- Интеграцию разрабатываемых автоматизированных информационных систем диспетчеризации СМП в единый информационный комплекс на региональном и федеральном уровнях с возможностью организации обработки данных в соответствии с утвержденным регламентом.
- Возможность интеграции разрабатываемых автоматизированных информационных систем диспетчеризации с внешними информационными системами в рамках межведомственного взаимодействия (в порядке создания единых номеров оперативных служб 112, 103 и др.).
- Возможность работы с утвержденными стандартами, протоколами, общепринятыми сборниками справочной информации.

В целях повышения качества и доступности медицинской помощи в планах деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации создание единой информационной системы для скорой медицинской помощи в Российской Федерации. Система должна обеспечить информационно-технологическую поддержку функционирования организаций и подразделений СМП, медицины катастроф и других медицинских организаций субъекта РФ при оказании экстренной и неотложной медицинской помощи, а также предоставлять современные инструменты контроля и мониторинга объектов автоматизации. Создание системы должно быть основано на комплексном использовании современных средств информатики, вычислительной техники, навигационных полей ГЛОНАСС, средств связи, обеспечивающих передачу данных от контролируемых транспортных средств, сбор и накопление навигационных данных о движении транспортных средств, обмен оперативными данными между элементами и структурными компонентами системы. Рассматриваются варианты «облачных» технологий как в масштабе единой платформы для всей территории РФ, так и в рамках субъектов РФ, к которым подключаются клиентские АРМ станций и отделений СМП различных уровней автоматизации работы СМП.

Успешное внедрение и применение информационно-коммуникационных технологий в сфере здравоохранения с учетом зарубежного опыта должно способствовать системной модернизации отрасли, достижению основных целей государственной политики в сфере здравоохранения, включая повышение доступности и качества медицинской помощи, предоставление возможности на новом качественном уровне проводить как планирование, так и контроль использования бюджетных средств, удовлетворение потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи, получение общей статистической картины по заболеваемости населения по всей стране, совершенствование квалификации медицинского персонала, повышение информированности граждан в вопросах здравоохранения.

Решетников, В. А. Концептуальные подходы к подготовке специалистов в области управления здравоохранением [Текст] / В. А. Решетников [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. – №6. – С. 9-14.

Проблемы подготовки специалистов в области управления здравоохранением требуют разработки и реализации современных подходов к совершенствованию теоретической и практической подготовки кадров с применением современных образовательных технологий, адаптированных к международным требованиям и потребностям отечественного здравоохранения и позволяющих обеспечить органы и учреждения здравоохранения персоналом, способным на высоком профессиональном уровне решать задачи модернизации здравоохранения, повышения качества медицинской и лекарственной помощи населению. В статье представлены анализ и основные направления этой работы на примере деятельности факультета управления и экономики здравоохранения Первого МГМУ им. И. М. Сеченова.

Проблема здравоохранения – одна из главных составляющих социальной политики государства, обусловленная изменениями, происходящими в экономической и социальной среде, и связанная с необходимостью проведения быстрых, системных и качественных изменений в деятельности отрасли, ее организаций, учреждений и специалистов, ставит в качестве первоочередных задачу по подготовке высококвалифицированных кадров в области управления здравоохранением, от деятельности которых зависят эффективность и результативность отрасли.

В связи с этим в 1996 г. в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (ныне Первый МГМУ им. И. М. Сеченова) был создан факультет управления здравоохранением, основной целью которого явилась подготовка специалистов по управлению органами и учреждениями здравоохранения. За период своего существования факультет подготовил более 5 тыс. специалистов по программам дополнительного профессионального образования и профессиональной переподготовки кадров. За прошедшие 15 лет факультет управления и экономики здравоохранения достиг высокого рейтинга в системе образования и был признан лидером в подготовке специалистов в области управления здравоохранением и общественного здоровья в Российской Федерации. Благодаря своему авторитету сотрудники и выпускники факультета участвуют как эксперты и консультанты в обсуждении, выработке и реализации решений в вопросах по укреплению и сохранению здоровья, развитию и совершенствованию системы здравоохранения в органах власти, различных учреждениях здравоохранения, медицинских научных, образовательных, общественных и международных организациях.

С 2002 г. в стране активно работают программа «МБА – Менеджмент в здравоохранении», разработанная Российским университетом дружбы народов по требованиям Болонской конференции аккредитации в Евросоюзе, программа «Менеджмент организаций здравоохранения», функционирует центр "Менеджмент в здравоохранении" факультета академических программ обучения Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ и др.

Эта работа существенно активизировалась с выходом постановления Правительства РФ «О подготовке управленческих кадров для организаций народного хозяйства Российской Федерации в 2007/08 - 2014/15 учебных годах» от 24.03.2007 № 177 с учетом изменений и дополнений от 2009 и 2011 гг.

В РФ при участии ряда международных проектов организованы Школы общественного здравоохранения (ШОЗ) на базе Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования, Архангельского медицинского университета, Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины и др.

Вместе с тем подготовка специалистов в области управления здравоохранением в силу объективных и субъективных причин до настоящего времени не обеспечивает должного уровня знаний, умений и навыков кадров, призванных в соответствии со своими профессиональными обязанностями осуществлять эффективное управление развитием и совершенствованием системы здравоохранения, применять управленческие и организационные технологии, уметь предусматривать возможные риски, сопутствующие принятию тех или иных решений.

Новые подходы к подготовке кадров в области управления здравоохранением необходимы и в непрерывном совершенствовании качества медицинской помощи, определенной международными и отечественными требованиями и стандартами.

Развитие в стране рыночной экономики, повышение требований к качеству жизни и комфортности среды обитания вызывают необходимость решения целого ряда экономических задач в отрасли, таких как внедрение экономических методов управления и переход на этой основе от административных к мотивационным формам управления деятельностью специалистов, учреждений и служб здравоохранения, внедрение элементов рыночной экономики в деятельность медицинских организаций.

Развитие законодательной и нормативной правовой базы здравоохранения, изменение организационно-правовых форм медицинских организаций, необходимость дальнейшего развития и совершенствования правового поля в области организации деятельности медицинских организаций и специалистов, их обязанностей и ответственности, решение вопросов защиты прав медицинских работников и пациентов также требуют осуществления целевой

подготовки юристов для системы здравоохранения и повышения уровня подготовки в этой сфере специалистов в области управлением здравоохранением.

Вступление России в ВТО открывает новые перспективы для российского здравоохранения, связанные с мобильностью профессиональных кадров, и вносит дополнительные требования к образовательному уровню специалистов отрасли.

Таким образом, всесторонний запрос общества на высококвалифицированные кадры показывает, что обеспечение устойчивого профессионального (должностного и квалификационного) развития кадрового персонала организации является ключевым направлением государственной и организационной политики управления человеческим капиталом. Подготовка квалифицированных специалистов в области управления здравоохранением стала очевидной необходимостью, а также является критерием уровня общественного развития, базой экономической мощи здравоохранения страны.

Для того чтобы необходимые изменения образовательного процесса носили характер системных, качественных и эффективных преобразований и отвечали современным вызовам, необходима разработка концептуальных подходов к подготовке специалистов в области управления здравоохранением.

Опыт информатизации столичного здравоохранения [Текст] // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2013. – №11. – С. 48-50.

В статье представлен опыт информатизации здравоохранения Москвы.

По планам до конца 2016 года в столице должны завершить создание Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС). Речь идет о формировании единого информационного поля для всех поликлиник, больниц и других государственных медучреждений города. Техническое перевооружение включало создание локальных вычислительных сетей, установку компьютерного оборудования, серверов и прочих устройств. Во многих поликлиниках потребовалось проложить коммуникационные и инженерные сети, установить розетки и сетевые порты. За короткое время все ЛПУ Москвы были подключены к высокоскоростным каналам связи. В поликлиники закупили 22 тысячи автоматизированных рабочих мест. В госпитали и больницы поставили более 60 тысяч единиц вычислительной техники. Некоторым узкопрофильным специалистам (например, в кабинеты маммографии, томографии, рентгена и пр.) закупили специализированное оборудование для работы с медицинскими изображениями и снимками.

Сегодня к ЕМИАС подключено более 550 учреждений здравоохранения - все государственные поликлиники столицы, а также более десятка диспансеров, консультаций и диагностических центров. До конца 2016 года в систему войдут и стационары - именно тогда в Москве завершится создание единого информационного пространства системы городского здравоохранения.

Записаться к врачу можно не только через регистратуру или журнал самозаписи, но и удаленно. Записаться можно самыми разными способами на выбор:

- через инфоматы в холлах поликлиник и больниц (их уже 900);
- через Московский портал государственных и муниципальных услуг (<https://pgu.mos.ru>);
- через единый городской колл-центр (8-495-539-30-00) или через мобильное приложение (для мобильных устройств, работающих под управлением iOS и Android).

Запись на прием к врачу через ЕМИАС проводится в общей сложности в 529 учреждениях с возможностью выбора необходимого специалиста из 40775 внесенных в систему врачей. Каждый третий прикрепленный к поликлинике горожанин уже воспользовался электронной регистратурой. В общей сложности количество удаленных записей к врачу уже превысило 20 миллионов. ЕМИАС дает возможность записаться к врачу нужной специальности, кроме узких специалистов, направление к которым можно получить только через терапевта.

Информатизация – это длительный и дорогостоящий процесс. Следующим шагом должно стать внедрение во всех столичных клиниках электронной медицинской карты (ЭМК) пациента. Этот процесс уже активно идет. По планам уже к концу текущего года на каждого пациента городских амбулаторий будет оформлена ЭМК, которая станет единой для всех муниципальных

и государственных клиник Москвы. Затем в процесс включатся и столичные стационары. Одна из основных задач – ликвидировать огромную пропасть между стационарной и амбулаторной сетями. Чтобы пациенты могли оперативно попадать в стационары, не задерживаться там дольше необходимого, если им можно помочь в первичном звене.

Электронные истории болезни как раз и позволят обеспечивать преемственность между различными учреждениями здравоохранения, в которые может обращаться пациент. Любой врач из городской системы здравоохранения сможет запрашивать полную информацию о каждом новом пациенте и узнавать его историю болезни через ЕМИАС. В эти карты также будет внесена информация о результатах лабораторных исследований, прививках, перенесенных болезнях и аллергиях. Предполагается, что переход преимущественно на электронные истории болезни займет в Москве не менее 3 лет.

Комин, В. Лучшие в электронном здравоохранении [Текст] / В. Комин // Волжская коммуна. – 2013. – 5 дек. (№400). – С. 6.

В статье говорится о том, что 4 декабря в областном онкологическом диспансере прошла торжественная церемония награждения победителей первого регионального конкурса «Лучшие в электронном здравоохранении».

В церемонии принял участие заместитель председателя правительства Самарской области – министр здравоохранения Геннадий Гридасов.

Конкурс был объявлен 1 октября 2013 года по инициативе Самарского областного медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ).

Специалисты рассмотрели более 30 заявок на участие в пяти номинациях.

Почетными грамотами регионального Минздрава за активное участие в конкурсе были награждены более 30 медучреждений. Победителями в номинации «Лучшее ИТ-ЛПУ» стали Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина, Самарская городская клиническая поликлиника №15 Промышленного района, Тольяттинская городская клиническая больница №1, Клиники Самарского государственного медицинского университета.

В номинации «Лучший ИТ-специалист» первое место завоевала Ася Кушельман (поликлиника № 15 Промышленного района).

В номинации «Лучший медицинский работник – пользователь МИС» победителем стал Андрей Варламов (больница им. М. И. Калинина).

Самарский областной клинический онкологический диспансер занял первое место в номинации «Лучший сайт ЛПУ».

В номинации «ЛПУ – лучший пользователь социальных сетей» победила Самарская областная клиническая станция переливания крови.

Все победители и призеры награждены дипломами, кубками, ценными подарками и денежными сертификатами.

Лебедев, С. Н. Электронная история болезни [Текст] / С. Н. Лебедев // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2013. – №11. – С. 35-47.

В статье рассказывается о внедрение в практику здравоохранения электронной истории болезни. Даны определения таким понятиям как: личная медицинская карта (PHR), электронная медицинская карта (EHR), электронная история болезни (ЭИБ), персональная медицинская запись (ПМЗ), электронная персональная медицинская запись (ЭПМЗ), электронный медицинский архив (ЭМА).

Личная медицинская карта (personal health record, PHR) – это электронное хранилище информации о здоровье, которое доступно в любом месте в любое время на протяжении всей жизни человека.

Электронная медицинская карта (EHR) – это медицинская карта пациента в цифровом формате. Системы электронных медицинских карт позволяют организовать хранение и оформление медицинских карт пациентов. Карта может состоять из электронных медицинских

записей (electronic medical record, EMR), полученных из разных источников. Карта содержит данные о возрасте и поле пациента, историю болезни, списки принимаемых лекарств и аллергических реакций, данные о прививках, результаты лабораторных анализов, рентгеновские снимки, счета и предварительные назначения о возможном медицинском уходе.

Основное различие между личной медицинской картой (PHR) и электронной медицинской картой (HER) заключается в том, что данными в личной карте управляет пользователь, а данные в EHR находятся под контролем врача или сотрудников больницы.

Национальный стандарт РФ "Электронная история болезни. Общие положения", устанавливает общие положения для разработки требований к организации создания, сопровождения и использования информационных систем типа "электронная история болезни" (далее – ЭИБ) при оказании медицинской помощи. Он предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных, территориальных и муниципальных органов управления здравоохранением, систем обязательного и добровольного медицинского страхования, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм деятельности, направленной на оказание медицинской помощи.

В стандарте применены следующие термины с соответствующими определениями:

ЭЛЕКТРОННАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ – информационная система, предназначенная для ведения, хранения на электронных носителях, поиска и выдачи по информационным запросам (в том числе и по электронным каналам связи) персональных медицинских записей;

ПЕРСОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЗАПИСЬ – любая запись, сделанная конкретным медицинским работником в отношении конкретного пациента;

ЭЛЕКТРОННАЯ ПЕРСОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЗАПИСЬ – любая персональная медицинская запись, сохраненная на электронном носителе.

ЭЛЕКТРОННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ АРХИВ – электронное хранилище данных, содержащее ЭПМЗ и другие наборы данных и программ.

Термин "электронная история болезни" используют как наиболее общепринятый для обозначения любых электронных информационных систем, оперирующих персональной медицинской информацией. Система ведения ЭПМЗ охватывает отдельные категории медицинских записей (лабораторных, рентгеновских, записей лечащего врача и др.). Система ведения ЭИБ охватывает все категории медицинских записей медицинской организации (или их подавляющую часть). Требования, предъявляемые к системам ЭПМЗ и ЭИБ, одинаковы.

Классификация систем "электронная история болезни" и "электронная персональная медицинская запись"

Системы ведения ЭИБ и ЭПМЗ подразделяют на два класса:

- индивидуальные;
- коллективные.

В индивидуальных системах электронные средства и электронные архивы являются техническими средствами для подготовки традиционных медицинских записей, которые далее печатают на бумажном носителе, подписывают и затем используют в соответствии с правилами и нормативными документами, регламентирующими работу с медицинскими документами. Такие системы и электронные архивы используют медицинские работники для хранения шаблонов, заготовок, фрагментов и электронных копий различных документов. Хранящиеся в индивидуальных системах и электронных архивах документы не имеют самостоятельного статуса и, таким образом, не являются медицинскими документами.

В коллективных системах ЭПМЗ отчуждаются от их автора, т.е. ЭПМЗ может быть непосредственно извлечена из электронного архива другим медицинским работником и использована в качестве официального медицинского документа. Любой медицинский работник, имеющий соответствующие права доступа, может использовать извлеченную из электронного архива ЭПМЗ также, как и медицинскую запись на бумаге, собственноручно подписанную автором. Под использованием ЭПМЗ следует понимать чтение в электронном виде, принятие на основании ЭПМЗ медицинских решений, распечатывание и вклеивание в историю болезни в качестве официального медицинского документа, передачу ее другим лицам, имеющим соответствующие права.

Требования к структуре электронной персональной медицинской записи и электронных медицинских архивов

Структура ЭПМЗ включает в себя элементы (обязательные и необязательные).

Электронный медицинский архив (ЭМА) является единым информационным объектом, позволяющим выполнить все необходимые процедуры в отношении хранящихся в нем ЭПМЗ. Каждый ЭМА должен быть зарегистрирован в ведущей его или в вышестоящей организации и иметь идентификатор. Идентификатор ЭМА следует указывать в распечатке бумажной копии ЭПМЗ и сообщении при передаче ЭПМЗ по электронным каналам связи. Идентификатор ЭМА вместе с идентификатором ЭПМЗ должен обеспечить поиск и однозначную идентификацию ЭПМЗ для ее контроля.

ЭМА должен иметь достаточные возможности поиска и навигации. В систему поиска обязательно должны быть включены следующие возможности:

- найти и идентифицировать любого пациента;
- найти все ЭПМЗ, относящиеся к данному пациенту, и отсортировать их по дате или типу записи.

Требования к обеспечению сохранности, неизменности и достоверности электронной персональной медицинской записи

Сохранность, неизменность и достоверность ЭПМЗ следует обеспечивать в течение всего жизненного цикла ЭПМЗ. Все процедуры обеспечения сохранности, неизменности и достоверности должны быть отражены в "Политике безопасности".

В медицинской организации, использующей электронные медицинские архивы, должен существовать документ "Политика безопасности" в отношении электронных персональных медицинских записей (далее - ПБ). Этот документ должен состоять из открытой и закрытой частей.

Открытая часть ПБ должна быть предоставлена для ознакомления всем заинтересованным лицам, в том числе всем сотрудникам медицинской организации при их подготовке к работе с электронным медицинским архивом.

Закрытая часть ПБ должна содержать описание технических методов и средств обеспечения безопасности ЭМА и предоставляться только органам по сертификации или иным компетентным органам по решению суда.

Жизненный цикл ЭПМЗ включает в себя следующие этапы:

- создание ЭПМЗ;
- ведение ЭПМЗ;
- подписание ЭПМЗ;
- хранение ЭПМЗ с предоставлением доступа к ней заинтересованных лиц;
- уничтожение ЭПМЗ.

Требования к персонифицируемости электронной персональной медицинской записи

Под персонифицируемостью ЭПМЗ понимается возможность объективно определить автора и происхождение ЭПМЗ в любой момент ее жизненного цикла. Персонифицируемость является аналогом подписи на бумажном документе.

Для обеспечения персонифицируемости необходимо выполнение двух условий:

- аутентификация автора в момент подписания ЭПМЗ;
- обеспечение сохранности и неизменности ЭПМЗ в течение всего периода ее хранения.

Все процедуры обеспечения персонифицируемости ЭПМЗ должны быть изложены в "Политике безопасности" медицинской организации. При предоставлении сотруднику прав доступа к системе ведения ЭПМЗ он должен:

- быть ознакомлен с "Политикой безопасности";
- дать подписку о том, что он признает свое авторство ЭПМЗ, подписанной в соответствии с правилами, изложенными в "Политике безопасности", а также признает свою электронную подпись под ЭПМЗ равносильной своей собственноручной подписи.

После дачи подписки сотруднику предоставляют технические средства аутентификации (пароли, SMART-карты, USB-ключи, идентификационные карты, магнитные или штрихкодовые, и др.). Средства аутентификации для подписи ЭПМЗ могут быть теми же, что и средства аутентификации для обеспечения доступа к ЭПМЗ или могут отличаться более высокой степенью защиты.

Требования к передаче по электронным каналам связи и электронным копиям электронной персональной медицинской записи

В случае необходимости могут быть созданы электронные копии ЭПМЗ для передачи заинтересованным лицам и организациям (включая пациентов). При этом должны быть выполнены следующие требования:

- конфиденциальность персональной медицинской информации;
- неизменность и достоверность ЭПМЗ, защита ее от подделок;
- идентифицируемость копии ЭПМЗ, возможность определить происхождение ЭПМЗ и место ее постоянного хранения.

В "Политике безопасности" медицинской организации должны быть установлены:

- порядок выполнения электронных копий ЭПМЗ и список лиц, имеющих право на выполнение копий;
- порядок передачи электронных копий ЭПМЗ пациентам, способ регистрации передачи копий и уведомления пациентов о правилах по соблюдению конфиденциальности персональных медицинских данных; рекомендуется разработать памятку для пациентов, содержащую рекомендации по пользованию электронными копиями ЭПМЗ;
- порядок передачи электронных копий ЭПМЗ независимым и вышестоящим организациям, запросы на предоставление копий, способ регистрации передачи копий и документы, служащие основанием для такой передачи.

Электронные копии ЭПМЗ могут записываться на электронные носители информации (дискеты, CD и DVD диски, флэш-карты) или пересылаться по электронным каналам связи. Требования, предъявляемые к разновидностям копий, в целом одинаковы. К электронным копиям, передаваемым по электронным каналам связи, может быть дополнительно применено шифрование – для предотвращения несанкционированного доступа к информации в процессе ее передачи. Решение о шифровании передаваемых записей должно быть предметом отдельного соглашения между передающей и принимающей организациями.

Получатель электронной копии ЭПМЗ должен иметь электронные средства (компьютерные программы), необходимые для просмотра и организации доступа к электронной копии ЭПМЗ.

Требования к созданию бумажной копии электронной персональной медицинской записи

Бумажная копия ЭПМЗ может быть создана автором и собственноручно подписана им. В этом случае вся ответственность возлагается на автора и регламентируется нормативными документами, определяющими правила работы с медицинскими документами.

В ситуации, когда бумажная копия ЭПМЗ создается без участия автора, должны быть выполнены нижеперечисленные требования.

Требования к идентификации электронной персональной медицинской записи и электронного медицинского архива

Бумажная копия ЭПМЗ должна содержать в колонтитуле символ штрихового кода, позволяющий уникально идентифицировать данную ЭПМЗ и содержащий следующую информацию:

- идентификатор электронного архива (14 символов);
- идентификатор ЭПМЗ (8 символов).

Символ штрихового кода следует печатать в символикe штрихового кода в соответствии с ГОСТ 30743.

Каждый ЭМА должен быть зарегистрирован в ведущей его медицинской организации и должен иметь уникальный идентификатор. Этот идентификатор следует указывать на бумажных копиях и электронных копиях ЭПМЗ для идентификации места постоянного хранения ЭПМЗ.

Требования к обеспечению бесперебойной и качественной работы систем

Поскольку коллективные системы ведения ЭИБ и ЭПМЗ становятся неотъемлемым элементом лечебно-диагностического процесса, сбой в их работе может привести к серьезным нарушениям в работе медицинской организации. Для таких систем предъявляют высокие требования к надежности и бесперебойности, а также к способности персонала квалифицированно работать с ними.

В "Политику безопасности" организации должны быть внесены требования к обеспечению надежности и бесперебойности работы системы, требования к максимально допустимому времени простоя системы. В "Политике безопасности" должны быть также указаны:

- мероприятия по обеспечению надежности и бесперебойной работы систем;
- регламентные работы по обеспечению работоспособности, контроля функционирования и валидации систем, резервному копированию информации;
- действия в случае аварийных и нештатных ситуаций;
- организация обучения и тренинга пользователей и правила допуска их к работе с системой;
- организация службы поддержки пользователей;
- технологические службы, обеспечивающие надежность и бесперебойность системы, поддержку пользователей системы.

Требования к технологическим службам, обеспечивающим бесперебойную работу, регламентное обслуживание и поддержку пользователей

Для обеспечения бесперебойной работы систем ЭИБ и ЭПМЗ должны быть организованы специальные технологические службы, в обязанности которых входит проведение регламентных работ, ликвидация аварийных и нештатных ситуаций, валидация и контроль работоспособности системы, поддержка и консультирование пользователей системы.

Работа технологических служб должна организовываться и координироваться администратором ЭМА.

Данилова, Л. В. Проблемы информатизации регионального здравоохранения [Текст] / Л. В. Данилова // Медицинский альманах. – 2013. – №6. – С. 12-15.

В данной публикации рассмотрено текущее состояние информатизации здравоохранения в Оренбургской области, изучено мнение пациентов относительно влияния медицинской информационной системы (МИС) на качество и удовлетворенность оказанной медицинской помощи.

Историю информатизации здравоохранения Оренбургской области можно условно разделить на три этапа.

Первый этап характеризуется внедрением медицинских информационных систем в медицинские учреждения здравоохранения.

В 2001 году была установлена программа «Антибиотик +» в государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга. С 2007 года информационно-аналитическая система «Антибиотик +» была установлена в 33 поликлиниках шести медицинских учреждений г. Оренбурга, а также в шести амбулаторно-поликлинических подразделениях медицинских организаций, расположенных на территории Оренбургской области.

На начало 2013 года МИС «Антибиотик +» является наиболее распространенным программным продуктом среди учреждений здравоохранения Оренбургской области.

Второй этап можно охарактеризовать как реализация областной целевой программы «Диспетчерский центр» на 2009-2011 годы, разработанной Министерством здравоохранения Оренбургской области. В состав созданной информационной системы «Диспетчерский центр» входит подсистема «Плановая госпитализация». Особенности функционирования данного инновационного управленческого продукта является заблаговременное поступление необходимой клинической информации о предстоящем посещении пациента в поликлиники областных медицинских учреждений Оренбургской области. К подсистеме «Плановая госпитализация» относятся пять государственных бюджетных учреждений здравоохранения: «Областная клиническая больница № 1», «Областная клиническая больница № 2», «Областная детская клиническая больница», «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер», «Орский онкологический диспансер». В 2010 году началась установка терминалов для самозаписи пациентов, были созданы электронные регистратуры в 57 медицинских организациях Оренбургской области. По итогам на начало 2013 года функционирует 46 терминалов в поликлиниках Оренбургской области. В состав «Диспетчерского центра» входит

подсистема « Центральный архив медицинских изображений». Её работа направлена на реализацию потребности медицинского персонала в ознакомлении с необходимыми изображениями результатов некоторых проведённых диагностических исследований при оказании медицинской помощи населению. В данной подсистеме хранятся изображения от диагностических устройств, поддерживающихся стандартом DICOM: современные флюорографы и рентгенустановки, эндоскопическое оборудование, УЗИ-аппараты, магнитно-резонансные и компьютерные томографы, системы холтеровского мониторирования и другие.

Третий этап соответствует временным рамкам реализации целевой программы «Модернизация здравоохранения Оренбургской области на 2011-2012 годы» по разделу «Внедрение современных информационных систем в здравоохранение». В 92% медицинских организаций из 42 запланированных в программе созданы локальные вычислительные сети. В Оренбургской области в рамках дорожной карты «Запись на прием к врачу в электронном виде» осуществляется работа сайтов «orendocor.ru» и «orb.cdmarf.ru/pp». По итогам на конец 2012 года для населения Оренбургской области создана возможность записи на прием к врачу посредством сервиса «Электронная регистратура», к которому подключены 64 МО данного субъекта РФ.

Технически дооснащены рабочие места медицинских организаций. По данным на начало 2013 года дополнительно установлено 8699 АРМ, что составляет 60% от запланированного в целевой программе, закуплены печатающие устройства. В результате коэффициент оснащённости равен приблизительно 138 персональных компьютеров на 1 МО. До 2020 года запланировано автоматизировать 11 570 (80%) рабочих мест медицинского персонала к 2020 году. Собственный сайт имеют 119 (96%) учреждений здравоохранения Оренбургской области. В 42 медицинских организациях созданы условия для обмена информации по защищенным каналам технологии VipNet.

Далее в статье приведены данные анкетирования пациентов. В результате обработки ответов проведенного анкетирования было выявлено, что 387 (31,93%) опрошенных считают, что появление компьютера на рабочих местах врачей не повлияет на качество оказания медицинской помощи. 698 (57,59%) респондентов считают, что внедрение ИТ улучшит организацию работы учреждений здравоохранения в той или иной степени. Оренбуржцы полагают, что время на оформление медицинской документации регистраторы и врачи стали тратить меньше, чем до внедрения МИС, особенно в регистратуре (в 37,87% (459) случаев респонденты отметили графу «значительно сократилось»).

Информатизация – это глобальный процесс, затрагивающий все сферы экономики и предполагающий широкомасштабное использование информационных технологий (ИТ). Оренбуржцы наглядно видели и участвовали во внедрении информационных технологий в другие сферы экономики и поэтому понимают значимость использования данных технологий в здравоохранении: на вопрос о необходимости обеспечения медицинских работников персональными компьютерами и внедрения новых информационных технологий 1024 (84,49%) респондента отметили графу «да».

При анализе отдельных исследуемых переменных, характеризующих аспекты удовлетворенности организацией медицинской помощи и ее результатом, было выяснено, что больше всего не устраивают опрошенных качество медицинского оборудования и оснащения, меньше всего – недостаточность справочной информации о работе некоторых специалистов. Остальные аспекты можно представить в порядке убывания неудовлетворенности: организация приема в поликлинике; внимание со стороны медицинского персонала; квалификация врачей.

Изменения, происходящие в результате внедрения современных информационных технологий, статистически достоверно влияют на удовлетворенность медицинской помощью пациентов, а именно на удовлетворенность вниманием со стороны медицинского персонала. Мнение пациентов о значимости компьютеризации и информатизации для здравоохранения зависит от их экономического благополучия.

Алмазов, А. А. Комплексная информационная система больницы: возможности и преимущества [Текст] / А. А. Алмазов, В. В. Сапрыкина // Здравоохранение. – 2013. – №11. – С. 48-53.

В статье рассмотрены функциональные возможности основных информационных систем, используемых в медицинских организациях и входящих в комплексную информационную систему больницы (далее – КИС), а также выгоды, получаемые больницей при их создании.

Комплексная информационная система больницы должна обеспечивать как минимум выполнение следующих функций:

- автоматизацию документооборота при ведении административно-хозяйственной деятельности (материальный и кадровый учет, бухгалтерия, управление закупками, дело-производство и т. п.);
- персонифицированный учет медицинской помощи, ведение расписания врачей, запись пациентов, учет коечного фонда, управление аптечной деятельностью, ведение электронной медицинской карты (далее – ЭМК), поддержку деятельности диагностических и процедурных отделений;
- сбор и агрегацию первичных данных, проведение экономического и предметного анализа, подготовка отчетности и медицинской статистики.

Существуют как минимум два крупных блока задач, решаемых с помощью информационных систем: учетные и поддерживающие работу врача.

В целом ландшафт информационных систем и программно-аппаратных комплексов (ИТ-инфраструктуры) больницы может быть представлен следующими группами.

1. «Медицинские системы» для автоматизации медицинской деятельности (профилактики, диагностики, лечения, реабилитации). К ним относятся МИС, PACS + RIS, лабораторные информационные системы, телемедицинские системы и т. д.

2. «Системы медицинского сервиса», которые автоматизируют сервисные бизнес-процессы, имеют некоторую «медицинскую» специфику, но в целом являются стандартными. К ним относятся CRM, электронное расписание, управление очередями, управление транспортом и т. д.

3. «Финансовые и офисные системы», необходимые для формирования финансовой и кадровой отчетности, используемые для планирования, бюджетирования, контроля выполнения поручений и т. д. Это системы ERP, документооборота, управления персоналом, бухгалтерские, внутренний портал и т. д.

4. Инфраструктура, обеспечивающая три основные группы систем, - компьютеры, телефоны, серверы, каналы связи и т. д.

Группа финансовых и офисных систем прежде всего должна быть представлена системами ведения бухгалтерского, кадрового учета и системами документооборота. Такие системы уже имеются почти в каждой медицинской организации.

До недавнего времени минимальный набор информационных систем финансово-организационного блока медицинской организации можно было ограничить системами бухгалтерского и кадрового учета, а также электронного документооборота. Однако с вступлением в силу Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (далее - Закон № 44-ФЗ), которым вводятся два режима закупок (за счет государственных и за счет иных средств), возникает объективная потребность в автоматизации закупочной деятельности.

Без автоматизации процесс управления закупками будет слабо контролируем и весьма трудоемок. Медицинским организациям целесообразно заранее предусмотреть порядок и техническую возможность организации закупок в электронной форме и разработать внутри себя необходимые нормативно-правовые акты.

Бюджетное учреждение имеет право разработать и принять свое положение о закупке. В случае принятия такого документа организация будет иметь возможность осуществлять закупки без применения Закона № 44-ФЗ. Однако такая возможность распространяется только на закупки:

1. За счет грантов, передаваемых безвозмездно и безвозвратно гражданами и юридическими лицами, а также субсидий (грантов), предоставляемых на конкурсной основе из соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, если условиями, определенными грантодателями, не установлено иное.

2. Привлечения третьих лиц к исполнению контракта, по которому бюджетное учреждение выступает основным исполнителем.

3. За счет средств, полученных при осуществлении бюджетным учреждением иной приносящей доход деятельности от физических лиц, юридических лиц (за исключением средств, полученных на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию)».

Основные задачи информационной системы управления закупками - снизить трудоемкость подготовки закупочных процедур и обеспечить планирование, управление и контроль. Правильно организованная система управления закупками позволит в полуавтоматическом режиме формировать все требуемые документы для их утверждения и размещения на торговых площадках.

В системе будут структурно представлены все планируемые, ведущиеся и прошедшие закупки в видах, удобных для руководителя и для исполнителей, обеспечивающих проведение данных процедур. Также подлежит автоматизации процесс сопровождения закупки и общения с потенциальными и выигравшими поставщиками. Разумеется, никакая информационная система не заменит специалистов, изучивших законодательство и обеспечивающих планирование и проведение закупочных процедур, однако черновую и практически рутинную работу по выпуску всей необходимой документации и сопровождению процедуры закупок в переписке информационная система возьмет на себя.

К финансово-организационным (офисным) относится и управленческая информационно-аналитическая система (BI-систем). Она является надстройкой практически над всеми системами организации и служит для целей анализа данных и поддержки принятия управленческих решений.

Информационно-аналитическая система может быть реализована либо как набор систем, либо быть единой. Важно, чтобы был обеспечен необходимый функционал:

- агрегирование данных из различных систем для последующего анализа в оперативном режиме;
- расчет и мониторинг ключевых показателей эффективности (KPI);
- визуальное представление данных для руководителя (возможность настройки множества панелей представления данных), построение аналитических отчетов, необходимых для принятия управленческих решений;
- методические расчетные модули;
- модуль управления нормативно-справочной информацией (основные справочники организации, на которых базируются все ее информационные системы). Этот модуль может быть организован «распределенным» образом и представлять из себя структурированную совокупность различных справочников, реализованных внутри модулей и отдельных информационных систем.

Эффективная реализация информационно-аналитической системы-надстройки зависит в первую очередь от реализации всех основных транзакционных систем и от налаженного обмена данными. На практике это - одна из самых сложных задач информатизации. Для ее успешной реализации необходимо комплексное проектирование и дальнейшее внедрение всех информационных систем медицинской организации даже в случае их планируемой автономности и «ручной» выгрузки и обработки данных.

Камаев, И. А. Возможности и перспективы применения мобильных телемедицинских комплексов в профилактических программах [Текст] / И. А. Камаев [и др.] // Медицинский альманах. – 2013. – №2. – С. 16-18.

Статья посвящена вопросам применения современных телемедицинских комплексов в профилактических целях. Рассмотрены возможности использования мобильных телемедицинских комплексов при проведении профилактических осмотров населения отдалённых населённых пунктов с телеконсультативной поддержкой. Представлен практический опыт создания и опытной эксплуатации мобильных телемедицинских комплексов и модульных медицинских укладок.

Мобильные телемедицинские комплексы (МТМК) за счёт реального приближения медицинской помощи к населению удалённых районов могут использоваться для проведения профилактических осмотров, диспансеризации населения, проведения видеомероприятий профилактической направленности (видеолекций для персонала районных центров здоровья, занятий школ для пациентов с хроническими заболеваниями), проведения телеконсультаций пациентов, находящихся на амбулаторном или стационарном лечении, для предупреждения осложнений хронических заболеваний.

В статье представлен аппаратно-программный комплекс оценки физиологического состояния организма человека (КАП ОФС). Многоцелевой комплекс в числе других задач предназначался для проведения профилактических осмотров населения удалённых территорий и организаций. Он базировался на мобильном телемедицинском комплексе (МТМК), оснащённом аппаратурой спутниковой связи, и в зависимости от комплектации мог быть использован как средство усиления первичного здравоохранения либо для автономной работы.

Предложенный МТМК выполнен на базе микроавтобуса типа «Газель» или «Соболь» транспортное средство и средства обеспечения автономного функционирования. Автономную длительную работу МТМК обеспечивает бензиновый электрогенератор. В качестве подсистемы связи используется система спутниковой связи типа VSAT, состоящая из автоматического антенного поста со спутниковой антенной диаметром 1,2 м и терминала связи. Дополнительно МТМК оснащён устройствами сотовой связи. Проведение сеансов телеконсультирования в реальном времени обеспечивается терминалом видеоконференц-связи, работающим по протоколу H.323.

В состав МТМК входят ноутбуки с программным обеспечением, выполняющие сбор данных с медицинских диагностических устройств и устройств оцифровки информации. С учётом различных потребностей медицинское оборудование выполнено в модульном варианте, что позволяет адаптировать его состав к задачам конкретного выезда. В число используемых медицинских диагностических устройств могут входить различные средства лабораторной и функциональной диагностики. Кроме того, предусмотрено подключение имеющейся на местах диагностической аппаратуры с цифровыми выходами (например, цифровых рентгеновских аппаратов, флюорографов, ультразвуковых сканеров), а также комплекс оснащён средствами оцифровки и ввода информации (цифровым аппаратом, сканером).

В типовой комплект медицинского оборудования входят автоматизированные рабочие места инструментальных обследований (АРМ-ИО), лабораторной диагностики (АРМ-ЛАБ), врача (АРМ-ВР) и АРМ удалённого консультанта (АРМ-К).

Для профилактических осмотров сформирован базовый набор диагностических приборов в составе:

- регистратор ЭКГ;
- анализатор функции внешнего дыхания;
- экспресс-анализаторы для общего анализа крови, мочи, глюкозы крови;
- электронный тонометр;
- электронный термометр.

Для ввода данных пациента, а также для интеграции диагностических данных отдельных АРМов КАП ОФС используется специально разработанное программное обеспечение, на которое было получено Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ «Система телемедицинских консультаций».

Комплексные испытания были проведены в Арзамасском районе. В ходе испытаний осуществлялся хронометраж выполнения отдельных операций и учет объемов регистрируемой и передаваемой информации.

Среднее время развёртывания МТМК и КАП ОФС составило 44,0±3,7 мин. Средние затраты времени на АРМ-ИО составили 18,5±2,4 мин., на АРМ-ЛАБ - 12,9±1,8 мин., на АРМ-ВР 8,0±1,2 мин. Потребность в телемедицинских консультациях была выявлена в 4,5% случаев профилактических осмотров. В целях оптимизации использования комплекса были исследованы различные логистические подходы к организации потоков пациентов, в том числе при необходимости проведения телеконсультаций.

Основными подходами являются:

- параллельное проведение нескольких исследований (например, термометрии и тонометрии);
- рациональная загрузка лабораторных анализаторов пробами, полученными от нескольких пациентов;
- выделение специального времени на проведение телеконсультаций с использованием АРМ-ВР и АРМ-К;
- на время работы МТМК привлечение к участию в работе мобильной бригады врача местного ЛПУ (участкового врача), что позволяет повысить эффективность полученной во время профилактического осмотра информации.

Тем самым, с учётом полученных данных, один МТМК с набором диагностического оборудования позволяет провести осмотр до 20 человек в день (450-500 человек в год в зависимости от режима работы и перечня исследований), что актуально для населения отдалённых населённых пунктов, работников предприятий, и при использовании нескольких МТМК, расположенных на базе межрайонных центров, позволяет повысить раннее выявление и своевременное начало лечения заболеваний, что составляет основу медицинской эффективности использования комплексов.

Внедрение мобильной формы проведения профилактических осмотров сопровождается положительными социальными эффектами: повышением доступности медицинской помощи, экономией средств пациентов на поездки в медицинское учреждение, минимизацией связанных с этим бытовых проблем и стресса от поездки для больного или пожилого пациента, повышением качества жизни за счёт предотвращённой заболеваемости.

Пирогов, М. В. Условия экономической устойчивости национальной системы здравоохранения [Текст] / М. В. Пирогов // Экономист лечебного учреждения. – 2013. – №11. – С. 3-21.

В данной статье рассматриваются условия обеспечения финансовой устойчивости национальной системы здравоохранения.

Понятие «финансовая устойчивость» занимает центральное место в дебатах по вопросам политики в здравоохранении, оно не входит в число целей большинства национальных систем, включая и цели, предусмотренные в разработанной Всемирной организацией здравоохранения системе оценки показателей деятельности национальных систем.

По мнению автора, центральный вопрос «устойчивости» – поддержание равновесия между растущим бременем расходов и ограниченными ресурсами – требует постоянного внимания и участия государства, тем более в контексте мирового финансового кризиса и его рецессий. Это неизбежно означает необходимость искать компромиссы как в самой системе здравоохранения, так и в более широком плане между данной системой и всей остальной экономикой.

В статье понятие «устойчивости» определяется как сохранение баланса между ее обязательствами в отношении права на получение определенных медицинских услуг, с одной стороны, и способности выполнять эти обязательства на постоянной основе, с другой.

Так как затраты на медицинские услуги во всех развитых странах имеют тенденцию постоянного повышения то возникает вопрос, в какой степени данные расходы будут влиять на развитие экономики в целом.

Когда расходы на медицинские услуги существенно угрожают другим статьям расходов, ценность которых начинает расти относительно ценности сферы медицинских услуг, – расходы на данную сферу услуг перестают быть «экономически» устойчивыми.

Беспокойство по поводу «фискальной» устойчивости национальной системы здравоохранения связано с государственными расходами на данные услуги. Фискальная устойчивость становится проблемой, если государство не в состоянии поддерживать обязательства данной системы, поскольку не может или не желает выделять на это достаточно средств, и в обстоятельствах, когда оно не может или не хочет сокращать другие виды государственных расходов.

Для отечественного здравоохранения характерно отсутствие нормирования медицинских услуг и их совокупностей, понимаемых как медицинские технологии. Объемы медицинской помощи традиционно понимаются как объемы деятельности лечебной сети, характеристикой которой являются койко-дни для стационарной помощи, посещения к врачам клинических специальностей для амбулаторной помощи, вызова скорой медицинской помощи и пациенто-дни для стационарозамещающих видов помощи.

Бизнес-план любой медицинской организации определялся по жесткой системе нормативов, а не в результате баланса между суммарной себестоимостью оказываемых медицинских услуг в результате реализации государственного задания и нормой прибыли, зависящей от технологической эффективности конкретной медицинской организации при производстве необходимого числа лечебных и диагностических услуг, в рамках программы государственных гарантий.

Процесс бизнес-планирования для медицинской организации сводился к формализованному исполнению нормативов штатной численности, обеспеченности основными средствами и расходными материалами.

Система нормативов, оценивающих объем и сложность труда в здравоохранении, обеспечивающая обратные связи между изменением показателей общественного и индивидуального здоровья и обеспеченностью системы здравоохранения необходимыми ресурсами, имела временные лаги запаздывания 5-10 лет, которые компенсировались и корректировались научно-методическими разработками ученых – организаторов здравоохранения.

Два десятилетия реформирования здравоохранения не дали существенного улучшения деятельности системы в целом, отдельных медицинских организаций и медицинских работников. Причиной тому является целый перечень противоречий, заложенных в основе преобразования здравоохранения и его организационно-экономических отношений, таких как:

1. Отсутствие долгосрочной стратегии развития и реформирования здравоохранения.
2. Государственная собственность на медицинские организации и немотивированная на результаты деятельности оплата труда медицинского персонала.
4. Излишняя централизация текущего финансирования деятельности медицинских услуг, сосредоточенная в федеральном бюджете (к 2012 г. до 30% общего финансирования).
5. Общий дефицит финансирования программы государственных гарантий (в 2012 г. составлял 26%).
6. Отсутствие баланса между объемом медицинских услуг и их совокупностей и имеющимися общественными финансовыми источниками.

В условиях недостаточного финансирования приблизиться к всеобщему охвату населения медицинскими услугами будет невозможно, если люди испытывают финансовые трудности или не могут получать эти услуги из-за необходимости оплачивать их сразу. Когда такое случается, больной сам несет все финансовые риски, связанные с оплатой медицинских услуг. Ему необходимо решить, в состоянии ли он позволить себе получить необходимую помощь. Часто это означает выбор между платой за медицинские услуги и платой за другие необходимые вещи.

Важным фактором повышения эффективности использования ресурсного потенциала является выбор метода «закупки» медицинских услуг у медицинских организаций.

Выбор метода закупки услуг - это самое важное в обеспечении рационального расходования ресурсов при организации и предоставлении медицинских услуг и в обеспечении их качества. Он также может повлиять на справедливость доступа к медицинским услугам, на оперативность в решении административных вопросов, а также оказать большое воздействие на способность регулировать издержки.

Реформирование системы закупок предполагает принятие решений о том, какие услуги здравоохранения следует финансировать, на каком уровне и с использованием каких стимулов. В частности, закупки позволяют более внимательно изучить один из главных источников роста расходов данной сферы услуг – технологические новинки. Поскольку система закупок включает и методы оплаты медицинским организациям медицинских услуг, она дает возможность вырабатывать такие методы оплаты, которые имеют финансовые и нефинансовые стимулы, поощряющие предоставление действенных и высококачественных медицинских услуг, с оптимальным соотношением затрат и результатов. Одним из важных направлений развития

является увязывание оплаты с показателями деятельности медицинских организаций, которые оцениваются с точки зрения как процессов, так и результатов.

Препятствием на пути к удешевлению предоставления помощи может выступать исторически сложившееся разделение между первичным и вторичным звеньями оказания медицинских услуг.

Большой объем медицинских услуг, который может оказываться в медицинских организациях первичного звена, предоставляется в организациях вторичного звена.

Для устранения такого положения необходимо использовать различные методы:

1. Возложение на медицинских работников и организации первичного звена финансовой ответственности за весь путь прохождения пациентом по цепочке получения медицинских услуг, что приводит к усилению ответственности за необходимость и своевременность направления пациента к специалистам вторичного звена. Данный метод финансирования получил наименование «подушевой» оплаты с «фондодержанием». Организационно-экономический механизм планирования данного метода оплаты требует взвешенного и сбалансированного ресурсного обеспечения ввиду того, что издержки планирования и неверная оценка определения степени финансовой ответственности первичного звена – «фондодержателя» может привести к увеличению ресурсных расходов и одновременному ухудшению показателей здоровья населения.

2. Необходимо в целом усилить роль первичного звена в рамках оказания медицинских услуг при первом обращении, включая ограничение прямого доступа к «узким» специалистам и облегчение доступа к медицинским работникам первичного звена. Особенно при неплановом обращении, благодаря чему сокращается пользование помощью в ресурсоемких условиях, таких как отделения травматологии, скорой медицинской помощи и амбулаторные отделения больниц.

3. Расширение круга тех видов медицинских услуг, которые можно предоставлять в менее дорогостоящих условиях. Если можно предоставлять больше помощи в первичном звене, меньше помощи нужно будет предоставлять в более ресурсоемких учреждениях. Это согласуется с особыми потребностями пациентов с хроническими заболеваниями, хотя и другие пациенты тоже имеют возможность получать выгоды от этого.

Оба стратегических подхода – расширение спектра услуг на уровне первичного звена или улучшение координации и взаимодействия обоих звеньев – могут привести к повышению оперативности и качества медицинских услуг.

Важнейшим элементом государственного планирования в системе организации и оказания медицинских услуг являются трудовые ресурсы. В этой части есть три ключевых проблемы:

1. Проблема нехватки медицинского персонала вообще. В российском здравоохранении нормы, определяющие потребность в трудовых ресурсах, не менялись 50 лет. Соответственно не пересматривались нормы нагрузки врачей и других медицинских специалистов; в регионах не увязывалась потребность в кадрах с программой государственных гарантий; не учитывались порядки и стандарты медицинской помощи. Все это привело к тому, что из 703 тысяч врачей, работающих в России, только 630 тысяч реализуют программу государственных гарантий при нормативной потребности 702 тысячи врачей.

2. Распределение кадров, в частности между первичным и вторичным звеном, между врачами общей практики и «узкими» специалистами, между городом и деревней. В России в 2008 г. в стационарах работало 112 тысяч врачей при потребности 106 тысяч, в поликлиническом звене – 213 тысяч при потребности 293 тысячи, в скорой помощи 19 тысяч при потребности 38 тысяч. Дефицит обеспеченности врачами составляет 93 тысячи врачей, а в поликлинике – 80 тысяч или 27% от потребности.

3. Меняющиеся потребностями в профессиональном составе медицинских кадров при тех изменениях, которые были описаны выше.

Частично решить все эти проблемы можно путем корректировки содержания и структуры профессиональной подготовки медицинских работников, а также путем использования материальных стимулов, в частности, для привлечения медицинских работников в службу скорой помощи, в поликлинику, в сельские районы страны.

Обозначив ключевые проблемы национальной сферы медицинских услуг, необходимо сформулировать основные направления реформирования и модернизации системы организации и

оказания данных услуг, учитывая при этом не только нормативно – правовую, регулирующую государственную функцию, но и аналитическую, методическую и стратегическую роли в части организации и оказания медицинских услуг и планирования необходимого ресурсного обеспечения.

Разработка и применение государственной стратегии планирования ресурсного обеспечения в сфере медицинских услуг представляет собой процесс постоянной адаптации, а не линейный прогресс в направлении некоего умоглядного улучшения.

Все должно начинаться с четкой формулировки принципов и идеалов, лежащих в основе системы организации и оказания медицинских услуг, понимания того, что представляет собой всеобщий охват данными услугами.

Учитывая рекомендации ВОЗ и международный опыт реформирования здравоохранения при формировании программы государственных гарантий в сфере медицинских услуг (и программы ОМС), необходимо конкретизировать объем и перечень медицинских услуг и их технологических комплексов, обеспечивающих адекватное клиническое воздействие на индивидуальное здоровье населения региона со стоимостным выражением необходимых ресурсов здравоохранения, обеспечивающих реализацию медицинских услуг.

Данная конкретизация объемов медицинской помощи должна быть определена на уровне федерации, в части основных, существенных для всего национального здравоохранения услуг, обеспечивающих лечение и диагностику типичных для всех регионов заболеваний при использовании стандартизированных технологий лечения и диагностики.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Резников, В. Тренажёр для хирурга [Текст] / В. Резников // Аргументы и факты. – 2013. – 27 нояб.-3 дек. (№48). – С. 39.

В статье рассказывается о том, что Самарский государственный медицинский университет и IT-компании региона разрабатывают новые технологии подготовки хирургов, которые позволят на тренажерах отрабатывать сложнейшие операции. Первые опытные образцы симуляторов «Виртуальный хирург» и 3D-анатомический атлас «InBody», изготовленные совместно с НПК «Маджента Девелопмент» уже на практике показали, что по ряду параметров опережают аналогичные разработки мировых производителей.

Студенты Самарского государственного медицинского университета уже начали осваивать эти тренажеры, практикуются и дипломированные хирурги. Программы, заложенные в 3D-симуляторы, позволяют учесть вес, рост и прочие физические параметры, а также данные ультразвуковых обследований, компьютерной и магнитно-резонансной томографии каждого конкретного пациента. Используя эти возможности, хирург может отработать операцию на тренажере, а потом уже делать ее реальному человеку.

Одним из главных преимуществ разработок самарского альянса является то, что в любую поставку программно-технических комплексов входят обучение персонала и обслуживание оборудования. Зарубежные конкуренты такую поддержку не оказывают.

Лалаянц, И. «Сахарный» тест для МРТ [Текст] / И. Лалаянц // Медицинская газета. – 2013. – 13 нояб. (№86). – С. 13.

В статье представлен материал о новом методе выявления сахара в опухолевой ткани, разработанный учеными Калифорнийского университета (США). В своей разработке нового метода они отталкивались от стандартного магнитно-резонансного томографа, в основе которого лежит регистрация изменений магнитного спина протонов водорода (H+). Известно, что глюкоза состоит из 6 углеводных звеньев Н-С-ОН, при этом в силу большой электроотрицательности кислорода протон водорода в (гидроксильной) группе-ОН имеет достаточно большую «свободу». Эта особенность позволяет ему обмениваться с таковым в молекуле воды (H-OH). Подобный обмен называют трансфером, а само явление – химической сатурацией, или насыщением.

Введение раствора глюкозы повышает чувствительность МРТ, сенсibiliзируя последний, в результате чего яркость «картинки» в связи с накоплением сахара в ткани резко повышается. Свой новый метод учёные назвали «глюко-CEST» (glucose Chemical Exchange Saturation Transfer). Разработанный учёными тест весьма чувствителен к локальным повышениям концентрации глюкозы, что позволило им различать даже типы опухолей по их характеристикам обмена и патофизиологии. Эффективность глюко-CEST была опробована на пяти подкожных моделях колоректального рака, перевитого мышам. Накопление сахара в опухолевых клетках было отчётливо видно на дисплее уже через час после введения мышам его раствора с концентрации всего лишь 1 ммоль/кг веса.

Новый метод безопасен для детей и беременных женщин, организм которых весьма чувствителен к разного рода излучениям. При МРТ, как известно, человек подвергается лишь действию радиочастотных импульсов, а вся информация «считывается» с протонов, входящих в состав его биологических жидкостей. МРТ-определение глюкозы найдёт широкое применение, позволяя увидеть и предупредить образования на самой ранней стадии их развития.

Андреева, И. Золтан Такатш и его «умный нож» [Текст] / И. Андреева // Медицинская газета. – 2013. – 13 нояб. (№86). – С. 4.

Группа биохимиков из лондонского Imperial College разработала устройство, представляющее собой соединённый с масс-спектрометром хирургический электроскальпель, способный в режиме реального времени по химическому составу выделяемого тканями газа точно определять границы раковых опухолей. «Умный нож» (iKnife) позволяет полностью удалить злокачественное новообразование, не повреждая при этом здоровые ткани.

Авторы разработки венгр Золтан Такатш и его коллеги в своей работе опирались на полученные ранее данные о том, что здоровые и злокачественные ткани различаются по своему липидному профилю. Такатш обнаружил, что один из компонентов газообразного вещества, выделяющегося во время прикосновения электроскальпеля к тканям, содержит ионизированные молекулы липидов, которые можно выявлять с помощью масс-спектрометра.

Затем группа Такатша сравнила показания iKnife о липидном профиле почти 3 тыс. образцов тканей, полученных в ходе около 300 хирургических операций, как связанных с удалением раковых опухолей, так и нет, с результатами гистологических исследований этих же образцов. Оказалось, что iKnife способен эффективно дифференцировать здоровые и опухолевые ткани из разных органов, включая молочную железу, печень и головной мозг, различать типы опухолей, определять их биохимический состав и даже может выявлять, первичная это опухоль или метастазированная.

База данных о липидном профиле тканей, составленная в ходе предварительного тестирования, была использована при проверке эффективности iKnife «в деле». В ходе 81 хирургической операции по удалению раковых опухолей данные, полученные с помощью iKnife, на 100% совпали с результатами гистологических исследований тканей.

При этом информация от iKnife поступает практически в режиме реального времени, с 1-3-секундной задержкой (гистологическое исследование ткани в лаборатории занимает около получаса), что позволяет минимизировать пребывание пациента под анестезией и даёт возможность хирургам работать быстрее и эффективнее. Кроме того, iKnife не требует от хирургов каких-то специальных усилий для получения нужной информации - им остаётся только сверяться с видеодисплеем, на котором опухолевые ткани подсвечены красным, здоровые - зелёным, а промежуточные – жёлтым.

В Японии создан метод ранней диагностики болезни Альцгеймера [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2013. – №10. – С. 47.

Японские ученые разработали технологию, позволяющую обнаружить в живом мозге скопления так называемых тау-белков, которые тесно связаны с развитием болезни Альцгеймера. Этот метод может привести к новым методам диагностики данного заболевания и проверки эффективности действия новых лекарственных препаратов.

На сегодняшний день, несмотря на старания ученых, не существует средств, способных остановить или хотя бы эффективно замедлить нейродегенеративный процесс при болезни Альцгеймера. Причины этого заболевания полностью все еще не выяснены, мозг начинает умирать за много лет до того, как проявятся симптомы, и тогда уже бывает поздно начинать нейропротекторную терапию.

До сих пор прижизненная диагностика такого типа деменции не могла быть сделана с абсолютной точностью. Для решения этой проблемы исследователи из Национального института радиологических наук в Тибе (Япония) разработали химическое вещество, которое связывается с тау-белком и обнаруживает его при сканировании мозга. С его помощью, используя метод позитронно-эмиссионной томографии, они построили 3D-изображение тау-белков в мозге.

Испытания, проведенные на мышах и людях с подозрением на болезнь Альцгеймера, подтвердили, что такая технология позволяет выявить наличие тау-белков в головном мозге. Благодаря этой методике ученые теперь смогут следить за действием препаратов, воздействующих на уже обнаруженные сгустки тау-белков. Другой белок, бета-амилоид, также связан с болезнью Альцгеймера и может быть обнаружен при подобном исследовании.

Финская компания ArcDia выводит на российский рынок систему экспресс-диагностики инфекций дыхательных путей [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2013. – №10. – С. 60.

Система mariPOC®, первая в своем роде система экспресс-диагностики респираторных заболеваний.

Система mariPOC® работает на уровне лаборатории. Аппарат mariPOC® выдает результаты анализов уже через 20 минут, что позволяет сразу же назначить лечение, избежав при этом излишнего назначения антибиотиков, а также сэкономить время медицинского персонала и пациентов.

Первые продажи своего уникального оборудования компания ArcDia International Ltd начала в конце 2010 года. Сегодня поставки системы mariPOC® осуществляются в 18 стран мира. Только за последние четыре месяца ArcDia вышла на рынки 12-ти новых стран. На российском рынке интересы и продукцию ArcDia представляет компания АМТЕО, с которой заключено эксклюзивное дистрибьютерское соглашение.

Технологий mariPOC® является собственной запатентованной разработкой компании ArcDia. Технология обнаружения ТРХ основана на многостороннем экспресс-анализе и полностью автоматизированной системе тестирования.

Представлены инновационные методы лечения артериальной гипертензии [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2013. – №10. – С. 61.

В данной статье представлен материал о новых возможностях лечения резистентной артериальной гипертензии. Инновационную терапию предлагает пациентам компания Medtronic.

Система ренальной денервации Symplicity состоит из гибкого одноразового катетера электрода с управляемым наконечником и генератора радиочастотных волн. Во время эндоваскулярной процедуры, похожей на ангиопластику, врач проводит небольшой гибкий катетер Symplicity в бедренную артерию в верхней части бедра, после чего катетер последовательно проводится в обе почечные артерии под контролем ангиографии. Когда кончик катетера находится внутри почечной артерии, врач, проводящий процедуру, активирует подачу контролируемой радиочастотной энергии малой мощности в соответствии с запатентованным алгоритмом генератора Symplicity. Целью данной процедуры является разрушение почечных нервов, воздействие на нервные волокна происходит направленно через всю толщу сосудистой стенки. Путем разрушения этих волокон осуществляется прерывание избыточной импульсации между почками и головным мозгом, а также между почками и сердечно-сосудистой системой, что приводит к снижению симпатических влияний, и, в конечном счете к снижению артериального давления. Процедура не подразумевает установку постоянного имплантата.

Результаты клинических исследований доказывают, что ренальная денервация с применением Symplicity Catheter System приводит к значительному, длительному и стабильному снижению артериального давления у пациентов с резистентной артериальной гипертонией, устойчивой к лечению несколькими гипотензивными препаратами. Результаты рандомизированного контролируемого клинического исследования SYMPPLICITY HTIM-2, проведенного с участием 106 пациентов из Европы, Австралии и Новой Зеландии, показали, что пациенты с резистентной артериальной гипертонией, которым проводилась ренальная денервация, достигали снижения артериального давления в среднем на 32/12 мм рт. ст. в течение 6 месяцев, в то время, как у пациентов из контрольной группы, получавших только медикаментозную терапию без ренальной денервации, артериальное давление не снижалось (1/0 мм рт.ст). По данным наблюдения за пациентами, перенесшими процедуру, в течение трех лет сохраняется стабильный эффект снижения артериального давления (среднее снижение артериального давления через 3 года составило – 32/-14 мм рт ст, около 50% пациентов смогли достигнуть целевого уровня артериального давления).

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Мещерский, А. Центр здоровья – на выезд! [Текст] / А. Мещерский // Медицинская газета. – 2013. – 15 нояб. (№87). – С. 1.

В данной публикации рассказывается о том, что Департаментом здравоохранения администрации Ямало-Ненецкого автономного округа принято решение о проведении выездных комплексных профилактических обследований населения, в том числе сельского, центрами здоровья учреждений здравоохранения на близлежащих территориях.

Например, центр здоровья, работающий на базе Салехардской окружной клинической больницы, обследует жителей Шурышкарского, Ямальского и Приуральского районов, а центр здоровья для детей Новоуренгойской ЦРБ организует выезды в Тазовский, Красноселькупский и Пуровский районы.

– Что наиболее примечательно, – говорит главный специалист по медицинской профилактике Департамента здравоохранения округа доктор медицинских наук Сергей Токарев, – в планы обследования включено детское население, ведь не секрет, что любое заболевание проще предупредить, чем лечить, именно в раннем возрасте.

Сегодня в округе успешно работают четыре центра здоровья – в Салехарде, Новом Уренгое, Надыме и Ноябрьске. В этом году создан окружной центр медицинской профилактики, дополнительно открыто 4 отделения и 7 кабинетов медпрофилактики.

Кроме того, специалисты ЦМП разработали и запустили первый на Ямале интернет-портал, посвященный актуальным вопросам профилактической медицины. На нём размещены не только разделы для врачей, но и информационные блоки для жителей округа. Здесь можно задать вопрос специалистам, записаться на бесплатное комплексное профилактическое обследование, а также на посещение школ здоровья.

Фаррахов, А. З. Центры здоровья для детей как приоритетное направление профилактической деятельности педиатрической службы [Текст] / А. З. Фаррахов, Р. Ф. Шавалиев, М. М. Садыков // Медицинский альманах. – 2013. – №2. – С. 12-15.

Одним из приоритетных направлений профилактической деятельности педиатрической службы Республики Татарстан является формирование профилактического пространства, основа которого - здоровый образ жизни. Для его решения в системе детского здравоохранения создана новая функциональная структура – центры здоровья для детей. Их профилактическая деятельность осуществляется в трех направлениях: профилактическая работа с детским населением, методическая работа в образовательных учреждениях и координационная работа на территории. За счет средств регионального бюджета оснащен мобильный центр здоровья. Его работа построена по межмуниципальному принципу, что делает доступным комплекс услуг всему детскому населению, в том числе сельскому.

В статье проанализированы результаты и опыт работы новой функциональной структуры педиатрической службы - центров здоровья для детей

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», в том числе мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, с 2010 года в Республике Татарстан (РТ) функционируют 6 центров здоровья для детей на базе учреждений здравоохранения педиатрического профиля.

Основные задачи центров – формирование здорового образа жизни у детей, мотивирование их к личной ответственности за свое здоровье, своевременное выявление факторов риска развития заболеваний, разработка индивидуальных корригирующих профилактических программ, просвещение и информирование детского населения и их родителей о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем, предотвращение социально значимых заболеваний среди детского населения.

Медицинские услуги в центрах здоровья предоставляются на бесплатной основе. Структура центра здоровья для детей: кабинет врача-педиатра; кабинет гигиениста стоматологического; кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе; кабинеты инструментального и лабораторного обследования; кабинет здорового ребёнка; кабинет психолога; кабинет (зал) лечебной физкультуры (ЛФК); кабинет (зал) санитарного просвещения; игровая комната.

На каждого ребенка оформляются «Карта центра здоровья» и выдается на руки «Карта здорового образа жизни» с заключением педиатра о выявленных факторах риска и рекомендациями по их устранению. При посещении центра здоровья в обязательном порядке оформляется информированное согласие на проведение обследования. Дети, требующие более детального обследования, направляются на консультацию к профильным специалистам амбулаторно-поликлинической сети или обследуются в условиях дневных стационаров детских лечебных учреждений республики.

В рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2013 год для каждого центра здоровья для детей предусмотрено 4518 посещений, тариф одного посещения составляет 756,6 рубля. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. № 1157 «О финансовом обеспечении в 2010 году мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» было подписано Соглашение между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Кабинетом Министров Республики Татарстан о софинансировании расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией в 2010 году мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака. Распоряжением Правительства Республики Татарстан от 15.02.2010 № 235-р выделено из средств бюджета РТ 6312,5 тыс. рублей (размер субсидий РФ - 12 625 тыс. рублей).

Важным аспектом стало гигиеническое образование учащихся. В этих целях предусмотрено специальное оснащение центров. На сегодняшний день используется практика проведения «школ здоровья», лекториев, семинаров, индивидуальных и групповых занятий, семинаров. В соответствии с планом мероприятий Кабинета министров Республики Татарстан по реализации рекомендаций республиканского августовского совещания работников образования и науки «Развитие системы образования Республики Татарстан в условиях реализации национальной образовательной инициативы «Наша новая школа», утвержденным распоряжением Правительства Республики Татарстан от 21.11.2011 № 2171-р, осуществляется взаимодействие центров здоровья для детей с образовательными учреждениями по формированию здорового образа жизни среди обучающихся. Обследование детей проводится в соответствии с графиками, сформированными руководителями центров здоровья для детей совместно с директорами школ.

Первые положительные результаты работы центров здоровья для детей заключаются, прежде всего, в том, что они стали очень востребованными у населения, у подростков наметились тенденции к ответственному отношению к своему здоровью (все больше

подростков стало обращаться в центры здоровья самостоятельно, без родителей за консультацией по вопросам отказа от курения, рационального питания), увеличилась посещаемость лекций по вопросам формирования здорового образа жизни.

Деятельность детского центра здоровья позволяет развивать профилактическое направление здравоохранения, которое является приоритетным и позволяет обеспечить доступность и преемственность медицинской помощи детям региона.

Ярыгина, М. В. Особенности мотивации ведения здорового образа жизни [Текст] / М. В. Ярыгина [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – №5. – С. 3-7.

Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) населения является одной из актуальных задач. Рост числа исследований в сфере научного знания требует систематизации методических подходов, неотъемлемой частью которого является понятие мотивации, позволяющее раскрыть механизмы развития и пути формирования ЗОЖ. Комплексный характер явления способствует широкому толкованию этого понятия.

Мотивация к ЗОЖ – это совокупность внешних и внутренних мотивов, побуждающих к деятельности по сохранению здоровья, и условий, способствующих реализации здоровьесберегающего поведения.

Структура мотивации к ЗОЖ меняется в зависимости от возраста, социального статуса, состояния здоровья и других факторов. Так, анализ мотивов к занятиям физической культурой позволяет выделить четыре блока мотивов, побуждающих девушек-студенток вуза к занятиям физической культурой: мотивы укрепления здоровья, социальные мотивы, эмоциональные мотивы и мотивы иметь красивую фигуру.

По данным Росстата (2008), взрослое население на первое место ставит важность физических упражнений для укрепления здоровья (77,9%), а на второе – сохранение физической формы и фигуры (48,5%). Далее следуют поддержание работоспособности (32,7%) и увеличение продолжительности жизни (20,8%).

Для педагогов всех ступеней образования ведущими в формировании ЗОЖ являются профессиональные мотивы. Подавляющее большинство преподавателей вузов (83%) также имеют профессиональные мотивы к формированию собственной культуры здоровья.

Анализ мотивации к ЗОЖ медицинских работников общей лечебной сети показал, что одним из главных мотивов среди всех категорий медицинских работников является необходимость сохранения профессионального здоровья прежде всего в психологической сфере. Половина медицинских работников (51,7%) оценивают собственный образ жизни как нездоровый. Среди факторов нездорового образа жизни медицинских работников лидирует стресс (в 100% случаев у главных врачей). Среди основных препятствий для ЗОЖ указываются факторы недостаточной медицинской активности (лень, отсутствие желания, силы воли), которые преобладают среди главных врачей по сравнению с другим персоналом лечебных учреждений.

М. В. Синельниковой (2010) представлена характеристика медицинских работников как субъектов профилактической работы среди населения сельского района. Эта характеристика складывается из образа жизни, гигиенической грамотности и готовности медицинских работников сельского района к профилактической работе. Оценивают свой образ жизни как здоровый 30,2% медицинских работников сельского района. При этом врачи значительно чаще оценивают свой образ жизни, как нездоровый по сравнению с медицинскими работниками среднего звена (50,9 и 33,3% соответственно). Таким образом, мотивы и факторы, составляющие мотивацию к ЗОЖ, можно объединить в следующие группы:

Связанные с образом жизни:

- гуманистические мотивы (бережное отношение к здоровью, жизни);
- мотивы реабилитации и рекреации (стремление к восстановлению утраченного здоровья и полноценному отдыху);
- мотивы личного престижа и достижения (стремление к красоте, физической форме, созданию имиджа человека с высокой культурой здоровья).

Связанные с личностно-профессиональным развитием:

- познавательные мотивы (расширение кругозора в сфере ЗОЖ);
- мотивы саморазвития;
- мотивы профессионального совершенствования (в профессиях, связанных с охраной социального здоровья).

Связанные с социальным окружением:

- мотивы идентификации (подражание друзьям, родителям, кумирам);
- мотивы социализации и аффилиации (подчинение этнокультурным требованиям);
- мотивы самоутверждения (стремление доказать способность вести ЗОЖ);
- мотивы, связанные с чувством ответственности и долга (стремление быть примером для своих детей, учеников, больных и т. д.).

Прагматические мотивы:

- конкурентоспособность на рынке труда (для лиц, имеющих высокий уровень здоровья);
- соответствие профессионально значимым качествам (для круга профессий, где показатели образа жизни входят в число нормативных требований);
- экономичность здорового образа жизни (отсутствие затрат на лечение, приобретение сигарет и т. д.);
- учебные мотивы (для обучающихся по вопросам профилактики и здоровья);
- негативная мотивация (осознание возможных болезней, неприятностей и т. п. вследствие нездорового образа жизни).

Гедонические:

- эмоциональные (улучшение настроения от занятий физической культурой, водных процедур, здоровой пищи и т. д. и от происходящих позитивных изменений);
- психофизиологические (уменьшение стрессового напряжения, улучшение психического и психологического здоровья);
- рефлексивно-волевые (осознание возможности победы над собственными слабостями, повышение самооценки).

Внедрение этих подходов способствует осознанию приоритета ценности "здоровье", развитию широкой социальной мотивации образования в области здоровья и повышению готовности обучающихся к формированию ЗОЖ.

Полунина, Н. В. Состояние здоровья детей в современной России и пути его улучшения [Текст] / Н. В. Полунина // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – №5. – С. 17-24.

В статье приведены данные официальной статистики и результаты научных исследований, раскрывающие особенности заболеваемости детей и подростков на современном этапе. Особое внимание уделено анализу влияния факторов образа жизни детей на показатели их здоровья. Показана эффективность реализации в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях оздоровительных технологий. Установлено, что осуществление оздоровительных мероприятий среди детей позволяет позитивно изменить их образ жизни и снизить заболеваемость.

Здоровье детского населения определяется рядом факторов, среди которых ведущими являются образ жизни и наследственность, течение беременности и родов, место проживания и состояние внешней среды, качество оказания медицинской помощи и другие факторы. Современные социально-экономические условия, несмотря на осуществление мероприятий по модернизации системы здравоохранения, оказывают неблагоприятное влияние на здоровье некоторой части населения, в первую очередь детей, поэтому первоочередной задачей здравоохранения является разработка лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на позитивное изменение показателей здоровья детей и подростков.

Несмотря на положительную динамику роста числа новорожденных начиная с 2005 г., отмечено снижение удельного веса в общей структуре населения детского населения уже с 1990 г.: с 23,1% в 1990 г. до 15,3% в 2012 г.

Наименьший удельный вес детского населения в общей структуре населения отмечен в 2007 г. (14,7%). Благодаря проводимой в стране демографической политике и увеличению

показателя рождаемости с 11,3‰ в 2007 г. до 13,3‰ в 2012 г. наблюдался рост удельного веса детей до 15,5% среди всего населения. Несмотря на это, численность детского населения за период с 1990 г. по настоящее время сократилась на 12,6 млн. человек.

К одному из объективных показателей, характеризующих состояние здоровья детского населения, относят показатель младенческой смертности, поскольку его величина отражает социально-экономическое положение страны, степень развития системы здравоохранения, уровень жизни и отношение населения к своему здоровью и здоровью окружающих. Анализ динамики показателя младенческой смертности выявил, что за период с 1970 г. по настоящее время его величина сократилась в 3,1 раза: с 23,0 до 7,4%, что свидетельствует о благоприятных изменениях, произошедших в стране. Осуществление постоянного мониторинга за динамикой показателя, установление причин, приводящих к преждевременной смерти ребенка, является важнейшим условием разработки целенаправленных мероприятий по снижению младенческой смертности.

В структуре младенческой смертности практически половина всех случаев смерти детей обусловлена состояниями, возникающими в перинатальном периоде, на втором месте находятся врожденные аномалии и пороки развития, затем следуют внешние причины и болезни органов дыхания. Практически на протяжении последних 20 лет структура младенческой смертности не изменилась. Профилактические меры, направленные на предотвращение развития перечисленных заболеваний и состояний у детей, способствуют снижению младенческой смертности.

Изучение и анализ заболеваемости детского населения приобретают большое значение, поскольку, зная уровень и структуру заболеваемости, можно не только объективизировать степень утраты здоровья, но и определить величину медико-социального и экономического ущерба, разработать приоритетные направления по улучшению здоровья анализируемой группы населения. Учитывая, что родители при заболевании ребенка почти всегда обращаются к врачу, изучение показателей заболеваемости позволяет получить наиболее полную информацию о здоровье прикрепленного контингента. В связи с этим при оценке здоровья детей и подростков внимание уделяется в первую очередь анализу показателей заболеваемости.

Анализ уровня заболеваемости детей на первом году жизни показал, что за период с 1990 г. по настоящее время наиболее высокий уровень отмечался в 2000 г., который к 2011 г. снизился на 8,1%.

Структура заболеваемости является качественной характеристикой заболеваемости и позволяет определить лидирующую патологию для изучаемой группы населения, характер изменения патологии в динамике и нацелить внимание на выявление факторов риска возникновения той или иной патологии.

В структуре заболеваемости детей первого года лидируют болезни органов дыхания, на долю которых приходится 43,7% всей выявленной патологии. В целом на заболевания, занимающие первые 5 мест, приходится 76,0% всей выявленной патологии.

Детальный анализ структуры заболеваемости детей первого года жизни в динамике показал, что первые три места на протяжении последних 20 лет стабильно занимают болезни органов дыхания, состояния, возникающие в перинатальном периоде, и заболевания нервной системы.

В свою очередь, инфекционные и паразитарные болезни, занимавшие 4-е место в структуре заболеваемости в 1991 г., переместились на 5-е место в 1995 г., на 7-е в 2000 г. и на 9-е место в 2011 г. Отмечено, что болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, находившиеся в 1995 г. на 4-м месте в структуре заболеваемости детей первого года жизни, постепенно сокращаются и переходят на 6-е место в 2000 г. и на 8-е место в 2011 г. Если в 2000 г. в структуре заболеваемости детей первого года жизни болезням крови и кроветворных органов принадлежало 4-е место, то начиная с 2005 г. и по настоящее время этот класс заболеваний находится на 5-м месте. Отмечено, что 4-е место стабильно занимают с 2005 г. и по настоящее время болезни органов пищеварения, причем частота их распространения за этот период времени находится практически на одном уровне (140,0-147,0%). В целом на классы болезней, составляющие первые пять мест в структуре заболеваемости детей первого года жизни, приходится 76,1% всех выявленных заболеваний.

Наиболее ранимой группой являются длительно и часто болеющие дети и подростки. Установлено, что удельный вес этой группы в зависимости от возраста колеблется от 15 до 30%

от общего числа детей. За счет данной группы сохраняется высокий уровень заболеваемости детского населения и подростков. У таких детей чаще формируются хронические заболевания и поддерживается высокая распространенность хронической патологии.

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России (2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова) за период с 2001 г. по настоящее время были проведены исследования заболеваемости, физического развития и образа жизни детей различного возраста и их родителей, результаты которых позволили разработать оздоровительные рекомендации, направленные на улучшение состояния здоровья детей. В качестве базы исследования были выбраны городские детские поликлиники г. Москвы и Московской области.

Для получения информации о состоянии здоровья детей проводилась выкопировка сведений о перенесенных заболеваниях и данных антропометрического обследования из историй развития ребенка (форма 001-у). Изучение особенностей образа жизни обследованных детей и их родителей осуществлялось на основании заполнения специально разработанных анкет.

Выполненные исследования свидетельствуют о том, что для разработки оздоровительных мероприятий необходимо определить наиболее значимые для здоровья детей факторы, среди которых наибольшее влияние оказывают социально-гигиенические факторы, характеризующие медицинскую активность.

При этом семья играет ведущую роль в формировании элементов здорового образа жизни. Приведенные данные свидетельствуют, что подрастающее поколение существенную роль отводит сложившимся взаимоотношениям в семье, которые оказывают влияние на формирование соответствующего поведения у родителей и детей.

В связи с этим была разработана программа реализации оздоровительных мероприятий, направленных на элиминирование факторов, отрицательно воздействующих на здоровье. Программа мероприятий по формированию навыков здорового образа жизни предусматривала проведение лекций-бесед по актуальным проблемам сохранения здоровья для родителей и детей, индивидуальные занятия по формированию элементов здорового образа жизни с учетом особенностей семьи, обеспечение родителей наглядными пособиями по здоровому образу жизни, оформление поликлиники материалами по здоровому образу жизни.

Реализация предложенных мероприятий в амбулаторно-поликлинических учреждениях способствовала изменению образа жизни семей с детьми и улучшению показателей здоровья детского населения. В результате проведенных мероприятий повысилась физическая активность детей, сократилось время пребывания у телевизора и компьютера, в большинстве семей увеличили употребление детьми молочных продуктов, мяса и рыбы, фруктов и овощей, сократили прием продуктов быстрого приготовления, чипсов и газированных напитков. Особое внимание родители стали обращать на выполнение детьми гимнастики, закаливающих процедур. Важным моментом явилось сокращение числа курящих родителей, в т. ч. в присутствии ребенка.

Таким образом, осуществление оздоровительных мероприятий способствует улучшению здоровья детей и подростков, поэтому целесообразно рассматривать их в качестве приоритетных направлений развития здравоохранения и учитывать при планировании медико-социальной реабилитации детей и подростков. При этом рекомендуется комплексный подход, включающий медицинские, социальные и психологические разделы.

Ради общего дела [Текст] // Медицинская газета. – 2013. – 27 нояб. (№90). – С. 5.

В Республике Татарстан очень эффективно работает союз государственных и негосударственных структур в формировании здорового образа жизни, достойным примером чего является взаимодействие Республиканского наркологического диспансера Минздрава республики и общероссийской общественной организации «Общее дело». В данной публикации главный врач диспансера заслуженный врач Республики Татарстан Фарит Фаттахов рассказал о плюсах взаимодействия с этой организацией.

Конечно, чтобы сформировать в обществе здоровый образ жизни как единую профилактическую среду, необходимо действовать с двух сторон – создавать условия для него и мотивировать население к тому, чтобы каждый чувствовал ответственность за своё здоровье и

здоровье своих близких. Поэтому не только государственные структуры должны заниматься этой проблемой, но также и неправительственные организации.

Так, в 2012 г. при поддержке Агентства стратегических инициатив по продвижению новых проектов в Казани на базе Республиканского наркологического диспансера был создан региональный ресурсный центр федерального проекта «Общее дело. Профилактика и снижение потребления алкоголя и табака». А в феврале 2013 г. в Казани начало свою деятельность региональное отделение общероссийской общественной организации поддержки президентских инициатив в области здоровьесбережения нации «Общее дело». Уже в марте этого года было заключено соглашение о сотрудничестве между региональным ресурсным центром федерального проекта «Общее дело. Профилактика и снижение потребления алкоголя и табака» Республиканского наркодиспансера и региональным отделением общероссийской общественной организации «Общее дело».

«Общее дело» больше работает с общеобразовательными и специализированными школами, колледжами, институтами, вузами. Также организация тесно сотрудничает с Департаментом по семейной и молодёжной политике Москвы, заключая договоры о сотрудничестве с различными учреждениями данного департамента, МЧС России и другими ведомствами. Цель деятельности организации одна - изменение стереотипа мышления по отношению к алкоголю и табаку в обществе, и в первую очередь в молодёжной среде в пользу понимания того, что употребление алкоголя и табака несовместимо с полноценной, здоровой и счастливой жизнью как на уровне отдельно взятой личности, семьи, так и общества в целом. Все участники этой общественной организации очень строго придерживаются здорового образа жизни, полностью избегая употребления алкоголя, курения, не говоря уже о наркотиках. Это даёт им моральное право говорить о важности отказа от всех этих веществ перед широкой аудиторией, а также позволяет собственным примером вдохновлять людей на здоровый образ жизни, наглядно показывая, что полный отказ от вредных привычек – это и есть норма, которая сопутствует гармоничным отношениям, успеху в профессиональной сфере, творчестве, семейной жизни, наполненной настоящей радостью и любовью.

В республике Татарстан созданы все условия для раскрытия творческого потенциала молодёжи – часто проводятся молодёжные форумы, конкурсы всевозможных социальных проектов. Координаторы и волонтеры проекта «Общее дело» проводят профилактические интерактивные программы с подростками в образовательных и медицинских учреждениях, участвуют в родительских собраниях, проводят семинары по вопросам профилактики употребления психоактивных веществ. А региональный ресурсный центр федерального проекта «Общее дело. Профилактика и снижение потребления алкоголя и табака» оказывает проекту «Общее дело» техническую, организационную и методическую поддержку. На сегодняшний день координаторами проекта проведено уже более 100 профилактических мероприятий в школах, вузах и детских оздоровительных лагерях страны. Мероприятия проходят в формате видеолекториев: ребята смотрят документальные фильмы, а затем активисты проекта инициируют обсуждение увиденного материала. В мероприятиях проекта принимают участие школьники, студенты, родители учащихся, учителя, работники культуры и специалисты учреждений социального обслуживания населения.

Татарстан по основным показателям социально-экономического развития стабильно занимает первое место в Приволжском федеральном округе и входит в первую пятёрку регионов Российской Федерации. Экономический потенциал республики позволяет решать важные социальные задачи, в том числе и те, которые ставит перед обществом федеральный проект «Общее дело. Профилактика и снижение потребления алкоголя и табака». Очень важно, что все участники проекта, впрочем, как и сама организация «Общее дело», в целом осуществляют свою деятельность на принципах законности, конфессионального и национального нейтралитета. Ведь в реабилитационной службе, как ни в какой другой, задействованы как государственные, так и некоммерческие организации, религиозные конфессии, терапевтические сообщества. Роль общественных организаций особенно возрастает после полного завершения человеком программы медицинской реабилитации, ведь именно тогда надо формировать новый жизненный уклад, решать вопросы занятости.

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»), по электронному адресу sonmb@inbox.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 19.00

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 – отдел комплектования и библиотечной обработки

✉ miac@medlan.samara.ru

✉ sonmb@inbox.ru

Обособленное подразделение областной научной медицинской библиотеки МИАЦ (в здании МБУЗ «ЦГБ г.о. Чапаевск»)

Адрес: 446100, г.о. Чапаевск, ул. Медицинская, д. За

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота, воскресенье - выходные дни

☎ (84639) 2-49-26

✉ biblchap@yandex.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>