

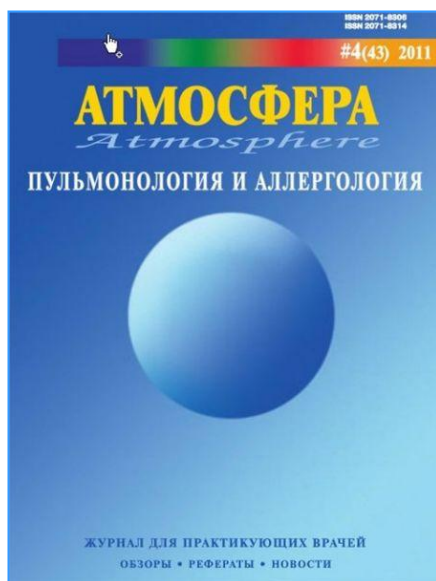


Областная научная медицинская библиотека

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№1 (январь), 2016



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	28
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	32

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Пирогов, М. В. Российская система здравоохранения в 2014 году : по отчетам министерства здравоохранения // ГлавВрач. – 2016. – № 11-12. – С. 5-16.

Позитивные тенденции отечественного здравоохранения, зафиксированные медицинской статистикой в 2014 г., отмененные международными рейтингами и впервые, в истории современной России, включившими нашу страну в список благополучных стран, по показателям достигнутой средней продолжительности жизни, являются неоспоримым подтверждением усилий Правительства страны и отраслевого министерства, направленных на достижение «майских» Указов Президента РФ.

В статье приводятся основные показатели, характеризующие различные аспекты отечественной системы здравоохранения по результатам официальных итоговых докладов за 2014 г.

Ежегодно аналитиками агентства *Bloomberg* на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций и Всемирного банка формируется рейтинг эффективности национальных систем здравоохранения. В основе рейтинга три ключевых показателя, которые определяют эффективность системы здравоохранения той или иной страны: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения.

Исследование охватывало 51 государство с населением более 5 млн человек, ВВП свыше 5 тыс. долл. на человека в год и средней продолжительностью жизни свыше 70 лет, по которым имеются достоверные статистические данные по всем семи показателям.

По итогам исследования выяснилось, что страной с самой эффективной системой здравоохранения является *Сингапур*, набравший 78,6 балла. Средняя продолжительность жизни граждан страны составляет 82,1 года, стоимость медицинских услуг на душу населения – 2,426 долл. США, доля расходов на здравоохранение – 4,5% от ВВП. За Сингапуром с небольшим отставанием идут *Гонконг, Италия, Япония и Южная Корея*. В десятку лидеров также вошли: *Австралия, Израиль, Франция, Объединенные Арабские Эмираты и Великобритания*.

Неожиданно высокие позиции в рейтинге таких стран, как Мексика (12 место), Эквадор (13), Ливия (25) и ряда других обусловлены очень низкой стоимостью медицинских услуг для населения в пересчете на душу населения, что косвенно показывает несовершенство рейтинговой методики, так как эффективность систем здравоохранения в указанных странах никак не может быть значительно выше, чем, например, в Соединенных Штатах, которые заняли лишь 44 место среди 51 страны. Вместе с тем авторы исследования обращают внимание на то, что среди стран с развитой экономикой *США тратят* больше всего на здравоохранение с худшим результатом.

Последнее место в рейтинге заняла Россия, которая была включена в список впервые в этом году и набрала только 22,5 балла. В предыдущем исследовании Россия не была представлена по причине того, что средняя продолжительность жизни населения страны на тот момент составляла 69 лет. Сейчас средняя продолжительность жизни граждан страны составляет 70,5 лет, стоимость медицинских услуг на душу населения – 887 долл. США, доля расходов на здравоохранение – 6,3% от ВВП (бюджет + ОМС + личные расходы граждан).

Лидером рейтинга является Сингапур, где реализована уникальная «страховая» модель – накопительных счетов. В десятке лидеров равно представлены «страховые» и «государственные» модели, например: Япония, Израиль и Франция – «страховые» модели Италия, Австралия и Великобритания – «государственные» модели. Кроме того, имеет место определенная динамика в представленном рейтинге, отражающая проходящие в странах реформы здравоохранения.

В числе аутсайдеров особое место занимают Соединенные Штаты Америки (44 место), являющиеся лидером как по подушевым расходам на здравоохранение – 8895 долл. США, так и по доле от ВВП – 17,2%. Необходимо отметить, что в США сохраняется «частная» организационно-экономическая модель здравоохранения – единственная среди экономически развитых стран. Среди аутсайдеров также представлены «страховые» и «государственные»

организационно-экономические модели. Хочется отметить три государства «бывшего» СССР, которые впервые включены в рейтинг 2014 года: Белоруссия (42 место) и Азербайджан (49 место) – с «государственными» моделями и Россия (51 место) – со «страховой» моделью.

Характерно то, что практически одинаковые подушевые и долевы (от ВВП) расходы Белоруссии и Азербайджана формируются по-разному: в Белоруссии это на 93% государственные затраты, а в Азербайджане только порядка 50% поступают в систему здравоохранения из бюджета, остальное частные расходы населения и добровольного медицинского страхования. В России доля финансирования из общественных источников составляет 57,2% (бюджет + ОМС), а из частных источников – 42,8%.

«Основная цель развития отрасли здравоохранения – повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению. Главным результатом усилий и действий государственных органов исполнительной власти на всех уровнях является сохранение здоровья граждан Российской Федерации и исполнение главных целевых показателей в сфере охраны здоровья граждан и развитие системы здравоохранения» – из доклада о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 г.

По оценке Росстата, численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2015 г. без учета Крымского федерального округа составила 144,0 млн человек (с учетом Крымского федерального округа – 146,3 млн человек) и за год увеличилась на 305,5 тыс. человек, или на 0,2%.

За 12 месяцев 2014 г. зафиксирован естественный прирост – 33,7 тыс. человек (в 2013 г. – естественный прирост 19,1 тыс. человек), коэффициент естественного прироста населения составил 0,2% (в 2013 г. – 0,1%).

В 2012 г. позитивные демографические тенденции привели к компенсации эффекта, получившего в 90-е гг. прошлого века наименование – «Российский крест», связанный с устойчивой депопуляцией в новой России.

В 2013 и 2014 гг. эта позитивная тенденция была стабилизирована и рождаемость превысила смертность. Число родившихся за 12 месяцев 2014 г. выросло по сравнению с 2013 г. на 17,6 тыс. (1947,3 тыс. детей и 1929,7 тыс. детей соответственно). Показатель рождаемости вырос на 0,8%, с 13,2 до 13,3 на 1000 населения. Рост рождаемости отмечен в 42 субъектах Российской Федерации. Снижение рождаемости отмечено в 30 субъектах Российской Федерации. В 13 субъектах Российской Федерации показатель рождаемости не изменился.

Показатель младенческой смертности снизился на 9,8% – с 8,2 на 1000 родившихся живыми в 2013 г. до 7,4 – в 2014 г.

За 12 месяцев 2014 г. в Российской Федерации умерли 1 913 613 человек, что на 2 990 человек или на 0,2% меньше, чем за 2013 г. (1 910 623 человека). Самые низкие показатели смертности наблюдаются: в Республике Ингушетия – 3,5, в Чеченской Республике – 5,0, в Ямало-Ненецком автономном округе – 5,1, в Республике Дагестан – 5,6, в Ханты-Мансийском автономном округе – 6,4% на 1000 населения. Наиболее высокие показатели отмечаются в Псковской области – 18,5, в Тверской области – 17,8, в Новгородской области – 17,3, в Тульской области – 17,1, в Курской области – 16,6%, во Владимирской области – 16,5% на 1000 населения.

В структуре причин смерти первое место, по-прежнему, занимают болезни системы кровообращения – 49,9%, или 653,7 на 100 тыс. населения (снижение на 6,6%), на втором месте – новообразования – 15,3% или 201,1 на 100 тыс. населения, показатель снизился на 0,2%, на третьем – внешние причины – 9,1% или 118,8 на 100 тыс. населения (снижение на 0,6%), в том числе дорожно-транспортные происшествия – 14,0 на 100 тыс. населения, показатель не изменился, далее следуют болезни органов пищеварения – 5,0% или 66,1 на 100 тыс. населения (рост на 8,4%), болезни органов дыхания – 4,0% или 53,0 на 100 тыс. населения (рост на 6,2%).

Среди классов болезней, занимающих лидирующее место в качестве причин смерти, опережающими темпами происходит прирост заболеваемости новообразованиями. Самый высокий уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями среди федеральных округов в 2014 г. отмечался в Северо-Западном федеральном округе (407,0), самый низкий уровень – в Северо-Кавказском федеральном округе – 241,4 на 100 тыс. населения, что во многом определяется диаметральной демографической структурой округов. В Северо-Западном

округе большую долю населения составляют люди пенсионного возраста с высокой онкологической патологией. В Северо-Кавказском округе доля пенсионеров незначительна (не более 10%).

В 2014 г. специализированными учреждениями Минздрава России зарегистрировано 2 млн 719 тыс. лиц с наркологическими расстройствами или 1888,8 больных на 100 тыс. населения или почти 2% общей численности населения (с учетом Крымского федерального округа – 2 млн. 766 тыс. человек или 1891,1 на 100 тыс. населения). По сравнению с 2013 в 2014 г. показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами снизился на 4,1%.

В 2014 г. за наркологической помощью обратились 2155 698 пациентов с алкогольными расстройствами, или 1447,7 на 100 тыс. населения (с учетом Крымского федерального округа – 2190 405 пациентов или 1448,2 соответственно), что составило около 1,5% от численности населения страны.

В Российской Федерации можно отметить стабилизацию эпидемической ситуации по туберкулезу с положительной тенденцией к ее улучшению.

В системе здравоохранения в 2014 г. функционировало 7003 медицинских организации, в том числе: 4231 (60,4%) больничная организация, 739 (10,6%) диспансеров, 1336 (19,1%) самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций и 697 (9,9%) стоматологических поликлиник. В ходе проводимой органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения реорганизации сети в 2014 г. общее число медицинских организаций сократилось на 297 (4,1%), в том числе: больничных – на 167 (на 3,8%), диспансеров – на 59 (на 6,9%), самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций – на 59 (на 4,2%) и стоматологических поликлиник – на 16 (на 2,2%).

Медицинские организации, находящиеся в ведении субъектов Российской Федерации, составляют 5863, число муниципальных медицинских организаций – 973, федеральных медицинских организаций – 167.

В 2014 г. медицинские организации негосударственной формы собственности составили 1840, или 21,5% от общего числа медицинских организаций, работающих в обязательном медицинском страховании. На 2015 г. уведомления о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, подали 1948 медицинских организаций негосударственной формы собственности, что на 6% больше, чем в 2014 г.

В территориальной программе одного из крупнейших субъектов РФ (Московской области) на 2015 г. на медицинские организации негосударственной собственности, выполняющие программу ОМС (12,6%), приходится 3,2% финансовых средств. Эти данные, экстраполированные на все здравоохранение, дают реалистичное представление об основном исполнителе государственных гарантий в нашей стране – это государственные медицинские организации (порядка 95% объемов деятельности и финансирования). На частную систему здравоохранения, выполняющую государственные гарантии приходится не более 5% всех объемно-финансовых активов, в очень узком профильном сегменте (в основном: стоматология, гинекология, диагностика и ЭКО).

Определенные финансовые ограничения, накладываемые законодательством на государственные медицинские организации, не позволяют «включить» механизмы экономической мотивации, крайне важные для реализации страховых принципов в отечественной организационно-экономической «страховой» модели здравоохранения.

Число посещений на 1 жителя в год в амбулаторно-поликлинических организациях снизилось и составило в 2014 г. 9,1 (2013 г. – 9,5).

Число посещений в отделениях (кабинетах) платных услуг увеличилось на 1,1% и составило 36 930106.

По сравнению с 2013 в 2014 г. число мест, развернутых в дневных стационарах при больничных и амбулаторно-поликлинических организациях, увеличилось на 7,5%, число пролеченных больных увеличилось на 10,5%, а среднее число дней лечения сократилось на 1,5%.

В 2014 г. внебольничная медицинская помощь населению также оказывалась 2650 станциями (отделениями) скорой медицинской помощи, в том числе 219 самостоятельными

(8,3%). Число бригад скорой медицинской помощи составило 39 077, в том числе 25 446 (65,1 %) – фельдшерских.

В 2014 г. коечный фонд стационаров Российской Федерации уменьшился на 4,1% и составил 1 119 595 коек. Обеспеченность койками снизилась с 81,3 до 77,9 на 10 тыс. населения. Различия между показателями обеспеченности населения субъектов Российской Федерации койками составляют 2,7 раза. В 2014 г. среднее число дней занятости койки в году сократилось на один день и составило 321 день. В 2014 г. средняя длительность пребывания пациента в стационаре сократилась на 2,5% и составила 11,8 дней. В 2014 г. показатель больничной летальности вырос на 4,5% и составил 1,62% (в 2013 г. – 1,55%).

В бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации, согласно представленным заявлениям было направлено 17 981 835,7 тыс. руб. (94,5% от утвержденного объема средств).

Число врачей – акушеров-гинекологов в Российской Федерации уменьшилось с 38050 в 2013 г. до 37205 в 2014 г., акушеров – с 59127 до 58 737 соответственно. Показатель обеспеченности врачами – акушерами-гинекологами в 2014 г. составил 4,82 на 10 тыс. женского населения (в 2013 г. – 4,94), акушерками – 7,6 на 10 тыс. женского населения (в 2013 г. – 7,7).

Число врачей-неонатологов увеличилось с 5847 в 2013 г. до 5887 в 2014 г., показатель обеспеченности врачами-неонатологами увеличился с 31,0 на 10 тыс. соответствующего населения в 2013 г. до 31,3 в 2014 г.

Число врачей-педиатров в 2014 г. снизилось и составило 48 848 (в 2013 г. – 51 262).

Доля нормальных родов в 2014 г. составила 34,1% (в 2013 г. – 37,7%). В 2014 г. в Российской Федерации сохранялась положительная динамика снижения числа аборт. Общее число аборт по сравнению с 2013 г. снизилось на 7,6% и составило 814 162.

В 2014 г. первичная медико-санитарная помощь предоставлялась в 1336 самостоятельных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и 8998 поликлинических подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях. В системе оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению: число фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов в 2014 г. по сравнению с 2013 г. (36 225) снизилось на 190 и составило 36 035; число центров, отделений врачей общей практики (семейных врачей) в 2014 г. по сравнению с 2013 г. (6 113) увеличилось на 427 и составило 6 540; число врачей в сельской местности снизилось с 51,7 тыс. человек в 2013 г. до 51,3 тыс. человек в 2014 г.; обеспеченность врачами увеличилась с 13,8 на 10 тыс. сельского населения в 2013 г. до 13,9 на 10 тыс. населения в 2014 г.

В 2014 г. в службе скорой медицинской помощи Российской Федерации функционировало 2657 станций (отделений) скорой медицинской помощи, работали 16342 врача, 90 461 человек среднего медицинского персонала, 24 160 человек младшего медицинского персонала, 39 483 водителя и 10 430 человек прочего персонала. В 2014 г. выполнено 45 605 127 выездов бригад скорой медицинской помощи. Медицинская помощь при выездах была оказана 45 810 037 пациентам. Число выездов бригад скорой медицинской помощи по времени доезда до места вызова в срок до 20 мин. составило 85,5%, от 21 до 40 мин. – 10,3%, свыше 40 мин. – 4,2%.

В целях обеспечения доступности и преемственности в оказании медицинской помощи населению в 2014 г. продолжалось формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи, согласно которой медицинские организации:

- *первого уровня* – максимально приближенные к месту жительства для оказания медицинской помощи (терапевтического, хирургического, педиатрического, акушерско-гинекологического профилей) при наиболее распространенных заболеваниях;
- *второго уровня* – специализированные межмуниципальные центры (отделения) для оказания экстренной и плановой специализированной медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения;
- *третьего уровня* – областные, краевые, республиканские больницы, а также федеральные центры высоких медицинских технологий.

В 2014 г. высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывалась гражданам Российской Федерации в 132 федеральных государственных учреждениях за счет средств федерального бюд-

жета и в 304 медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, на условиях софинансирования из федерального бюджета.

По данным специализированной информационной системы Минздрава России, в 2014 г. по высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных государственных учреждениях пролечено 334,9 тыс. пациентов.

В медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь на условиях софинансирования, в 2014 г. пролечено 151,9 тыс. пациентов.

По данным, представленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, по ВМП в системе обязательного медицинского страхования в 2014 г. пролечено 228,8 тыс. пациентов в более чем 600 медицинских организациях.

Всего медицинскую помощь по ВМП получили 715,6 тыс. человек.

Наибольшие объемы ВМП выполнены в рамках территориальных программ ОМС г. Москвы (42 825 госпитализаций), г. Санкт-Петербурга (18 738 госпитализаций), Свердловской (12 053 госпитализации) и Московской областей (9755 госпитализаций), а также Краснодарского края (7773 госпитализации).

В структуре выполненных объемов ВМП по профилям оказания медицинской помощи с наибольшими объемами составили:

- сердечно-сосудистая хирургия (74 169 госпитализаций, или 32,4% от общего количества госпитализаций);
- онкология (20 959 госпитализаций, или 10,9% от общего количества госпитализаций);
- офтальмология (22 801 госпитализаций, или 10% от общего количества госпитализаций);
- травматология и ортопедия (22 237 госпитализаций, или 9,7% от общего количества госпитализаций);
- неонатология (16499 госпитализаций, или 7,2% от общего количества госпитализаций);
- травматология и ортопедия (16 062 госпитализаций, или 7,0% от общего количества госпитализаций);
- акушерство и гинекология (12 478 госпитализаций, или 5,5% от общего количества госпитализаций).

В структуре выполненных объемов более половины случаев составили следующие виды ВМП:

- коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца (26,7%);
- эндопротезирование суставов конечностей (9,7%);
- эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера-дефибриллятора (5,7%);
- комплексное хирургическое лечение глаукомы, включая микроинвазивную энергетическую оптико-реконструктивную и лазерную хирургию, имплантацию различных видов дренажей (5,7%);
- экстракорпоральное оплодотворение при бесплодии, культивирование и перенос эмбриона в полость матки, включая интрацито-плазматическое введение сперматозоида (5,5%).

В 2014 г. за счет средств федерального бюджета осуществлялось финансирование лечения граждан Российской Федерации в условиях зарубежных клиник. Согласно заключенным договорным обязательствам, оказана необходимая медицинская помощь за рубежом 11 гражданам Российской Федерации (в 2013 г. – 17 гражданам).

В соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», с 2013 г. по настоящее время в субъектах Российской Федерации развернуто 9973 соматических реабилитационных койки для взрослых и 3775 – для детей. В системе здравоохранения субъектов Российской Федерации функционирует 176 детских реабилитационных центров (отделений) с общим коечным фондом 6245 коек.

По состоянию на 1 января 2015 г., количество коек для оказания паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации составило 5250, из них для взрослого населения – 4789, для детей – 461 (0,36 на 10 тыс. населения).

Финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на иммунизацию населения в рамках национального календаря профилактических прививок за счет средств федерального бюджета, в 2014 г. составило 10 251 688,7 тыс. руб.

В медицинских организациях Российской Федерации на 1 января 2015 г. работает 580 311 врачей и 1 287 659 медицинских работников со средним профессиональным образованием, в том числе в медицинских организациях субъектов Российской Федерации – 526 418 врачей и 1 221 669 медицинских работников со средним профессиональным образованием.

Обеспеченность населения врачами составила 39,7 на 10 тыс. населения, обеспеченность медицинскими работниками со средним профессиональным образованием – 88,09. Максимально высокие уровни обеспеченности врачами отмечаются в Чукотском автономном округе, в гг. Санкт-Петербурге и Москве, в Республике Северная Осетия-Алания и в Магаданской области. В то же время минимальные уровни обеспеченности врачами сохраняются: в Чеченской Республике, во Владимирской, Курганской и Тульской областях, в Еврейской автономной области.

В 90% регионов отмечен дефицит врачей по специальностям: «анестезиология-реаниматология», «патологическая анатомия», «клиническая лабораторная диагностика», «рентгенология», «фтизиатрия», «психиатрия». Большинство субъектов Российской Федерации отметили дефицит врачей – терапевтов участковых, врачей – педиатров участковых, врачей-хирургов, врачей – травматологов-ортопедов, врачей-оториноларингологов, врачей-офтальмологов, врачей-фтизиатров, врачей – анестезиологов-реаниматологов, врачей-психиатров, врачей-неврологов, врачей – психиатров-наркологов, врачей-патологоанатомов, врачей скорой медицинской помощи, врачей-инфекционистов.

В 2014 г. по заявкам субъектов Российской Федерации из бюджета Федерального фонда на осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам направлено 1 664 495,8 тыс. руб. (57% от утвержденного объема средств), что позволило привлечь на работу в сельские населенные пункты и рабочие поселки 3313 медицинских работников.

Планом мероприятий (дорожной картой) «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. №2599-р (далее – отраслевая дорожная карта), на 2014 г. установлены соотношения средней заработной платы врачей, среднего и младшего персонала к средней заработной плате по Российской Федерации 130,7, 76,2 и 51% соответственно.

В целом по Российской Федерации, по данным Росстата, среднемесячная заработная плата медицинских работников за 2014 г. увеличилась по сравнению 2013 г.:

– врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), на 9,4% и составила 46 231руб. (141,8% к средней заработной плате по Российской Федерации);

– среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) на 9,2% и составила 26 310руб. (80,7% к средней заработной плате по Российской Федерации);

– младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) на 12,7% и составила 16130 руб. (49,5% к средней заработной плате по Российской Федерации).

К проблемным вопросам в ходе реализации поэтапного совершенствования оплаты труда медицинских работников можно отнести наличие внутрирегиональной дифференциации в уровнях заработной платы медицинских работников одних и тех же специальностей в однотипных медицинских организациях.

В целях устранения такой дифференциации Министерством здравоохранения Российской Федерации организована работа по изменению структуры заработной платы медицинских

работников в пользу увеличения в ней доли выплат по окладам. Минздравом России рекомендовано руководителям высших органов государственной власти субъектов Российской Федерации осуществлять совершенствование порядка установления размеров должностных окладов работников таким образом, чтобы порядка 55-60% заработной платы направлялось на выплаты по окладам, порядка 30% – на стимулирующие выплаты за достижение конкретных результатов деятельности по показателям и критериям эффективности, 10-15% – компенсационные выплаты в зависимости от условий труда медицинских работников.

По данным субъектов Российской Федерации по итогам 2014 г. трудовые отношения, основанные на принципах «эффективного контракта», оформлены с 48,0% работников учреждений здравоохранения.

Не достигнуты плановые значения показателей дорожных карт по заработной плате младшего медицинского персонала в 29 субъектах Российской Федерации. В 25 субъектах Российской Федерации отклонения от плана незначительные (менее 5 процентных пунктов). Существенно не достигнуты показатели в Ямало-Ненецком автономном округе (-11,7%), в Республике Карелия (-9,7%), в Свердловской области (-9,6%), в Тверской области (-6,0%), в Ярославской области (-5,2%).

Совокупный объем средств, направленных на финансовое обеспечение государственной политики в сфере охраны здоровья, в 2014 г. составил 2546,7 млрд руб.,

или 3,6% от валового внутреннего продукта, из них средства:

- федерального бюджета – 480,8 млрд руб.;
- консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации – 825,8 млрд руб.;
- фондов обязательного медицинского страхования – 1240,1 млрд. рублей.

Частные расходы на здравоохранения (платные услуги, ДМС, лекарственные средства и предметы медицинского назначения) составили порядка 1,9 трлн руб. Для определения размера частных расходов использованы данные агентства *Bloomberg* в части доли ВВП и данные государственного доклада по здравоохранению за 2014 г.

В 2014 г. лидером расходов стали частные расходы на здравоохранение – 43%. По этому показателю отечественное здравоохранение приближается к частной системе США (55% частных расходов).

Тенденция повышения платности медицинской помощи в России отмечена и в 2015 г. при подготовке и проведении форума общенародного фронта по здравоохранению в сентябре 2015 г. и вызывает серьезную озабоченность общества и власти.

«И особенно болезненной для людей является проблема роста платных услуг. На самом деле получается такая ситуация, что значительную часть населения практически подталкивают в частную платную медицину. Совершенно по разным каналам мы видим, что только за последние полгода люди стали платить за платные услуги в здравоохранении на 13% больше денег, на 25% увеличились их траты, за лекарственные препараты» – Н. В. Говорин, сопредседатель регионального штаба ОНФ в Забайкальском крае, заслуженный врач России, профессор (из выступления на форуме ОНФ, 07.09.2015, Москва).

Вторым по объему финансовых средств являются средства ОМС, затем идут консолидированные средства субъектов РФ и средства федерального бюджета.

Обеспечение территориальных программ ОМС в основной части осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2014 г. и составила в 2014 г. 1173,9 млрд руб. (на 19% выше уровня 2013 г. – 985,4 млрд руб.).

В 2014 г. в 61 субъекте Российской Федерации сохранялся дефицит финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, который составил 119,0 млрд руб. (32,9% потребности в бюджетных ассигнованиях бюджетов субъектов Российской Федерации, рассчитанной в соответствии с установленными на 2014 г. нормативами). Территориальные программы государственных гарантий 2014 г. являлись бездефицитными в 22 субъектах Российской Федерации.

В 2014 г. в среднем по Российской Федерации фактический объем скорой медицинской помощи сложился в размере 0,288 вызовов на 1 застрахованное лицо, что составляет 90,6% от

установленного Программой, при этом фактическая стоимость 1 вызова скорой медицинской помощи составила 1987,4 руб. или на 31,8% выше установленного Программой норматива финансовых затрат.

Фактический объем медицинской помощи с профилактической и иными целями составил 3,143 посещения на 1 застрахованное лицо, что на 38,5% выше норматива, установленного Программой.

Стоимость 1 посещения с профилактической и иными целями сложилась в размере 354,7руб., что на 11,4% выше установленного Программой норматива.

Фактический объем медицинской помощи в неотложной форме сложился в размере 0,224 посещения на 1 застрахованное лицо, что составляет всего лишь 48,7% от установленного Программой норматива. Стоимость 1 посещения в неотложной форме составила 423,0 рубля, что на 3,8% выше установленного Программой норматива.

Фактический объем медицинской помощи в связи с заболеванием сложился в размере 1,859 обращений на 1 застрахованное лицо, что составляет 96,8% от установленного Программой норматива. Стоимость 1 обращения в связи с заболеванием составила 1070,1руб., что на 14,7% выше установленного Программой норматива.

Фактический объем медицинской помощи стационарных условиях составил 0,188 случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо, что на 6,8% выше установленного Программой норматива. Стоимость 1 случая госпитализации составила 20 526,88руб., что на 7,0% выше установленного Программой норматива. Средняя длительность лечения в стационарных условиях составила 9,6 дней.

Объем медицинской реабилитации в стационарных условиях составил 0,029 койко-дней на 1 застрахованное лицо или 96,7% от установленного Программой норматива. Стоимость 1 койко-дня медицинской реабилитации сложилась в размере 189,9руб., что на 15,2% выше установленного Программой норматива.

Объем медицинской помощи в условиях дневного стационара составил 0,529 пациенто-дней на 1 застрахованное лицо или 96,2% от установленного Программой норматива. Стоимость 1 пациенто-дня сложилась в размере 704,2руб., что на 42,6% ниже установленного Программой норматива.

По предварительным данным Росстата, в 2014 г. показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении составил 71,0 года. У женщин продолжительность жизни достигла 76,5 года, у мужчин – 65,3 года.

В 2014 г. продолжена отработка единых принципов и механизмов финансирования стационаров за счет средств обязательного медицинского страхования на основе клинко-статистических групп (КСГ), начатая в 2013 г. в рамках мероприятий по совершенствованию системы оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Основным эффектом внедрения КСГ стало улучшение показателей работы койки, в том числе за счет снижения средней длительности пребывания в стационаре. Кроме того, дифференцированная оплата медицинской помощи способствует повышению доли сложных случаев лечения в структуре оказания медицинской помощи, в том числе доли оперативных хирургических вмешательств.

Статистическая информация, формируемая в рамках системы КСГ, может выступать основой для принятия управленческих решений при распределении объемов медицинской помощи, а также оценки деятельности, как соответствующих подразделений медицинских организаций, так и организаций в целом.

Организация реабилитационной помощи населению с использованием инновационных медико-организационных технологий и принципов государственно-частного партнерства / Е. Г. Тоцкая [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 5. – С. 23-27.

В статье рассмотрены актуальные проблемы современного этапа развития здравоохранения, связанные с использованием инновационных подходов к организации и управлению реабилитационной помощи населению. Реабилитация представляет собой

важнейшее направление медицинской отрасли, обеспечивающее комплекс услуг в замкнутом цикле оказания медицинской помощи населению и значимые социально-экономические эффекты. Ресурсоемкость и чрезвычайная затратность реабилитационных услуг обуславливают необходимость поиска альтернативных существующим формам организации данного вида помощи и финансирования с включением механизмов государственно-частного партнерства. Представлен опыт привлечения ресурсов негосударственных медицинских организаций для выполнения обязательств государства по оказанию качественных реабилитационных услуг населению с использованием инновационных медико-организационных технологий.

Реабилитация в здравоохранении направлена на оптимальное и полномасштабное восстановление жизнедеятельности граждан, перенесших острые и хронические заболевания, травмы или имеющих аномалии развития. Инновационные программы в этом направлении нацелены на снижение инвалидизации, социальной адаптации, повышение качества жизни пациентов. Развитие медицины, интеграция смежных наук создают благоприятный базис для разработки и внедрения в практику профессиональных технологий восстановительного лечения. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки РФ до 2020 г. к стратегическим приоритетам относит технологии реабилитации. Построение эффективной системы медицинской реабилитации может быть осуществлено при соблюдении таких организационных принципов, как своевременность, специализированность, дифференцированность методов и средств, этапность, преемственность лечения и восстановления, комплексность, управляемость, непрерывность, оптимальность восстановления.

Анализ показал, что в отечественной системе медицинской реабилитации отсутствуют системность реализации, единые организационные и методологические подходы, не разработана концепция подготовки и повышения квалификации специалистов-реабилитологов.

Важнейшим аспектом организации высокотехнологичной реабилитационной помощи являются ресурсоемкость и затратность, осложняющие ее эффективное включение в процессы полноценного восстановления пациентов. В рамках различных государственных программ развития здравоохранения выделяются значительные финансовые средства на оказание высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи, в числе которых реабилитационные технологии. Достижение реабилитационного эффекта у пациентов возможно при скоординированных организационных подходах, кооперации усилий государства и частного бизнеса в обеспечении соответствующего финансирования.

Реализация моделей государственно-частного партнерства (ГЧП) в здравоохранении предполагает решение таких задач, как внедрение механизмов формирования государственного заказа, формирование типовых моделей ГЧП на основе областных и федеральных законодательных актов, мониторинг эффективности ГЧП и формирование центров подготовки специалистов по консалтингу, экспертизе проектов ГЧП, управляющих медицинских организаций. Согласно общепринятым критериям готовности регионов к внедрению модели ГЧП, Новосибирская область относится к наиболее подготовленным в сфере применения современных моделей взаимодействия государства и частного бизнеса к реализации инновационных проектов, в том числе в медицинской сфере. В области принят закон от 29 марта 2012 г. ОЗ 200 «Об участии Новосибирской области в государственно-частном партнерстве», действуют меры поддержки государством инновационных проектов и предприятий, реализующих инновационные сценарии развития через систему налоговых льгот, грантов и иных мер.

Применению инновационных медико-организационных технологий и принципов ГЧП при организации оказания реабилитационных услуг пациентам травматолого-ортопедического и неврологического профилей является востребованным на территории области.

Материалы и методы.

Создание объединенной реабилитационной службы, разработка и внедрение инновационных технологий восстановительного лечения и диагностики основывались на опыте организационной деятельности Новосибирского НИИТО им. Я.Л. Цивьяна и результатах научных изысканий в области травматологии, ортопедии, организации здравоохранения.

Применялись методы аудита систем качества в соответствии с международным стандартом ISO 1901:2002, функционального моделирования 1DEF0 (РД IDEF0-2000) и организационного моделирования.

Результаты исследования.

Проект государственно-частного партнерства реализован в 2012-2014 гг. Министерством здравоохранения и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Новосибирской области с привлечением ресурсов реабилитационного комплекса медицинских организаций различных организационно-правовых форм (ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна, АНО «Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии», Инновационный медицинский технопарк и др.).

Проект реализован при участии Правительства Новосибирской области в несколько этапов:

- создание Центра прототипирования медицинских продуктов и технологий (объединенного реабилитационного комплекса);
- формирование государственного заказа на услуги отдельных участков Центра;
- формирование государственного заказа на услуги, выполняемые на инновационном оборудовании, разработанном в рамках медицинского технопарка.

Применение инновационных управленческих технологий, обеспечивающих организационное развитие учреждения с использованием аутсорсинга, позволило перенести части реабилитационных программ на партнеров, состоящих с ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна в договорных отношениях, функционирующих в рамках единой лечебно-диагностической и управленческой доктрины и предлагающих пациентам программы по подготовке к предстоящему лечению и восстановлению в послеоперационном периоде. За 2008-2011 гг. была осуществлена структурно-функциональная реорганизация, которая привела к созданию реабилитационной службы, модернизации материально-технической базы, службы управления кадрами и контроля качества, научно-производственной сферы. Были сформулированы основные принципы оказания медицинской помощи в условиях объединенного реабилитационного комплекса:

- программно-целевой подход;
- планирование объемов медицинской помощи на основе регистров больных;
- технология дистанционной диагностики;
- филиальная сеть;
- взаимодействие пациент – система;
- интеграция программ оказания медицинской помощи;
- индивидуальность (потребности пациента);
- унифицированность (протоколы лечебного процесса);
- внедрение новых медицинских технологий;
- инновационные технологии управления;
- механизмы ГЧП.

Реабилитационная служба является связующим звеном между стационарным и амбулаторным этапами оказания помощи пациентам и представлена физиотерапевтическим отделением клиники ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна, отделением восстановительного лечения консультативно-диагностической поликлиники, специализированными реабилитационными базами с коечным фондом, амбулаторными консультативно-реабилитационными центрами для детей и взрослых.

Модернизация материально-технической базы реабилитационной службы привела оснащение ее подразделений в соответствии с международными стандартами. Было приобретено и установлено такое современное высокотехнологичное оборудование, как роботизированные комплексы с встроенной системой биологической обратной связи, аппараты для электролечения, оборудование экспертного класса для механотерапии. Использование единых стандартных подходов к материально-техническому обеспечению и оснащение набором базового и

специализированного оборудования позволяют успешно решать весь спектр задач реабилитации пациентов травматолого-ортопедического и неврологического профилей.

Инновационные подходы к управлению позволили выделить ключевые звенья организации реабилитационного процесса: амбулаторное-госпитальное-специализированные реабилитационные центры (технологическая цепочка комплексного оказания помощи в травматологии и ортопедии). Единая управленческая доктрина и технологии организации лечебно-диагностического процесса от первого обращения пациента до завершающего этапа реабилитации позволяют координировать все звенья технологической цепочки и обеспечивать преемственность.

В соответствии с разработанными стандартами пациенты получают специализированное восстановительное лечение с первых дней послеоперационного периода. На 5-6-е сутки пациент переводится на долечивание в специализированные реабилитационные базы. Распределение пациентов внутри реабилитационной системы в зависимости от патологии и особенностей течения заболевания также является важным подходом к организации реабилитационной службы. Унифицированные подходы и единые принципы организации реабилитационной службы позволили разработать алгоритм движения пациентов с различными патологическими состояниями, требующими восстановительного лечения. Примером гибкости в организации восстановительного лечения и взаимной трансформации видов помощи может служить алгоритм движения пациента с синдромом боли в спине. После первичного обращения в консультативно-диагностический центр на территории фирмы-партнера определяют варианты маршрута движения пациента: хирургический (отделение нейрохирургии ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна) или консервативный (отделение восстановительного лечения). Эти блоки связаны между собой многочисленными горизонтальными связями, определяющими все варианты ведения пациента. Алгоритм сокращает сроки прохождения этапов лечения, улучшает качество, экономит время пациента и повышает его удовлетворенность взаимодействием с системой медицинской помощи.

Реабилитационная служба работает в тесном взаимодействии с другими подразделениями института. Дополнительные виды лечения включаются в комплекс оказания медицинской помощи (физиолечение при осложнениях вследствие хирургического воздействия, хирургическое лечение) при неэффективности консервативной терапии по медицинским показаниям. Инновационные формы организации работы способствовали рационализации маршрутов движения пациентов. Путь пациента, нуждающегося в реабилитации, сокращается по временным затратам и становится психологически более комфортным благодаря разработанным алгоритмам движения больного и стандартам ведения пациента.

Важной составляющей организации восстановительного лечения пациентов травматолого-ортопедического профиля являются рациональный подбор и обеспечение адекватными ортопедическими изделиями. В группе компаний-партнеров ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна функционирует производственная база, разрабатывающая и выпускающая широкий спектр ортопедических изделий.

Эффективное управление комплексом реабилитации обеспечивает внедрение единых подходов к оказанию данного вида медицинской помощи, которые включают стандарты оказания медицинской помощи, унифицированные эталоны объема диагностических и лечебных медицинских услуг, клинические протоколы по ведению больных травматолого-ортопедического профиля. Модель оценки управления качеством медицинской помощи включает критерии по определению удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон (анкетирование), внутренние аудиты, мониторинг процессов, мониторинг оказания медицинских услуг. В ЛПУ внедрена внутриведомственная система управления и контроля качества медицинской помощи, замкнутая на экономические методы регулирования деятельности коллектива. Система предполагает разработку интегрального показателя для оценки качества лечения на основании объективных критериев и экспертной шкалы, а также организацию контроля оформления медицинской документации, соответствие входящей медицинской документации и объема лечебно-диагностических и реабилитационных

мероприятий действующим стандартам. Требования к условиям оказания медицинской помощи пациентам не отличаются от стандартных требований, заключающихся в обеспечении безопасности лечебно-диагностического процесса при эксплуатации медицинского оборудования и изделий медицинского назначения. Особенность их заключается в обеспечении безопасности в условиях повышенной интенсивности лечебно-диагностических процедур и постоянной занятости пациента в течение дня. Выполнение этих требований позволило унифицировать технологические элементы, документооборот, внутреннюю отчетность и аналитическую деятельность.

Предложенная модель организации реабилитационной службы, включающая структурные подразделения, объединенные единой лечебно-диагностической доктриной и общими управленческими подходами, оптимальный набор оборудования, кадровое обеспечение с дифференцированным распределением ресурсов внутри службы и инновационные медико-организационные технологии с элементами процессного управления, является оптимальной для реализации замкнутого цикла оказания комплексной специализированной медицинской помощи в травматологии и ортопедии. Внедрение подобной медико-организационной модели позволяет реализовать принципы, актуальные для отечественного здравоохранения на современном этапе (модернизация материально-технической базы и массовое использование новейших медицинских технологий, внедрение прогрессивных форм и методов обслуживания, повышение роли индивидуального подхода к пациенту, создание системы гарантий качества медицинских услуг на основе профессиональных стандартов, активное использование механизмов права и медицинской этики на всем пространстве взаимодействия больных и их родственников с системой здравоохранения).

При реализации механизмов ГЧП гарантированные объемы государственного задания, обеспеченные финансированием в рамках действующих тарифов на медицинские услуги, позволяют сфокусировать менеджмент на развитии и внедрении инновационных технологий диагностики, лечения и организации процессов оказания реабилитационной помощи. Инновационная деятельность в научно-производственной сфере является неотъемлемой составляющей системы реабилитации и определяет перспективы развития и жизнеспособности службы в целом. Важнейшими аспектами функционирования инновационной системы являются планирование, обучение инновационной деятельности, организация научных исследований, создание научной продукции и изобретательская деятельность. В 2012-2014 гг. в объединенном реабилитационном комплексе были внедрены такие инновационные медицинские технологии (ИМТ) диагностики и реабилитации, как «Компьютерная оптическая топография для ранней скрининговой диагностики патологии опорно-двигательного аппарата у детей и подростков», «Моделирование двигательной функции с использованием роботизированных комплексов» и «Восстановление функции опорно-двигательного аппарата и нервной системы с использованием биологической обратной связи». Внедрение инновационных технологий в лечебно-диагностический процесс улучшило показатели деятельности медицинских организаций. Так, использование технологии «Компьютерной оптической топографии» позволило увеличить объем консультативно-диагностических услуг от 56,8 тыс. ед. услуг в 2009 г. до 108,2 тыс. ед. в 2013 г. при стандартном ежегодном приросте не более 10% (34% за 4 года, предшествующие внедрению ИМТ). Рост объемов реабилитационной помощи за 2 года с момента внедрения технологий восстановления двигательных функций с использованием роботизированных комплексов и биологической обратной связи составил 100% (в 2 раза увеличилось число пациентов, получивших комплексную реабилитационную помощь за 2011-2012 гг.) при росте на 40% за аналогичный предшествующий внедрению период (2009-2010 гг.).

Тиражирование технологии «Компьютерной оптической топографии» было осуществлено с привлечением механизмов ГЧП в рамках Комплексной программы «Детская травматология, ортопедия и реабилитация», которая включила подпрограммы «Скрининговой диагностики и профилактики пограничных состояний и первичных латентных форм заболеваний позвоночника у детей Новосибирской области», «Оказания амбулаторно-консультативной помощи детям с

патологией опорно-двигательного аппарата в Новосибирской области» и «Реабилитации после позвоночной травмы у детей Новосибирской области».

К перспективным проектам ГЧП при оказании реабилитационных услуг населению Новосибирской области относится программа «Дистанционной реабилитации». Актуальность ее обусловлена необходимостью формирования современных моделей реабилитации, в том числе с применением программно-аппаратных комплексов, у спинальных пациентов, после инсульта, при реабилитации больных ДЦП, пациентов после травм, иммобилизационного послеоперационного периода. Предпосылками формирования проекта явился анализ работы подразделений реабилитационного комплекса ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна и группы организаций-партнеров, располагающих высокотехнологичным реабилитационным оборудованием. Большинству подобных отделений присущи проблемы неэффективного использования аппаратного времени, дефицита квалифицированного персонала, трудности с постгарантийным сервисным обслуживанием оборудования.

Целью проекта является повышение доступности реабилитационных услуг населению с привлечением парка высокотехнологичного оборудования медицинских организаций Новосибирской области, высококвалифицированного кадрового ресурса и опыта применения организационных технологий эффективного оказания медицинских реабилитационных услуг.

Планируемые ресурсы под реализацию программы включают:

- аппаратно-программные комплексы, разработанные в рамках научно-практических направлений Инновационного медико-технологического центра (г. Новосибирск);
- инновационные технологии дистанционной реабилитации;
- высококвалифицированные кадры врачей-реабилитологов;
- организационные технологии.

Алгоритм работы по системе дистанционной медицинской реабилитации объединяет таких участников, как Министерство здравоохранения Новосибирской области, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, Медицинский технопарк, Клинику травматологии, ортопедии и нейрохирургии, Инжиниринговый центр телемедицины, ООО Иннорта (разработчик и держатель технологии) и пациентов, которым необходима аппаратная реабилитация. Проект предлагается реализовать в 2015-2016 гг. Прогнозируемые функции Инжинирингового центра Медицинского технопарка (программа МЭР РФ) включают планирование равномерной загрузки аппаратного времени реабилитационного оборудования, централизованное хранение информации о пациентах, сервисное профилактическое обслуживание оборудования, методологическое консультирование и обучение технического, врачебного и среднего медицинского персонала.

Результаты проекта позволяют достичь глобальных целей на уровне отрасли здравоохранения: повышения эффективности использования уникального оборудования, увеличения возможного количества проводимых процедур, повышения доступности высокотехнологичных методов реабилитации населению, равномерной загрузки оборудования, снижения себестоимости услуги и затрат медицинских учреждений на персонал, повышения качества медицинских услуг за счет стандартизации анализа информации о медицинских эффектах. К ожидаемым результатам от внедрения проекта можно отнести повышение доступности квалифицированных консультаций врача в удаленных от центра районах, уменьшение стоимости услуг восстановительной медицины за счет сокращения сроков реабилитации и нахождения в стационаре, создание единого координационно-методического телемедицинского реабилитационного центра, реализующего полный спектр услуг восстановительной медицины населению региона, формирование правовых, организационных, финансовых механизмов внедрения доступных и эффективных методов восстановительной медицины с применением современных аппаратно-программных средств в практику здравоохранения, обеспечение совместимости аппаратно-программных средств для интеграции в единое информационное пространство телемедицинского центра реабилитации.

Инновационные принципы и методические подходы к организации при оказании специализированной медицинской и реабилитационной помощи травматолого-ортопедического

и неврологического профиля решает такие задачи, как структурная реорганизация, реинжиниринг процессов и методов управления реабилитационным блоком в ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна и группе организаций-партнеров, разработка подходов к организации и оснащению реабилитационной службы, стандарты восстановительного лечения и алгоритмы оказания реабилитационной помощи в травматологии и ортопедии, внедрение новых медико-организационных технологий при оказании реабилитационных услуг, создание инновационных продуктов на базе территориальных научно-производственных комплексов.

Реализация в Новосибирской области проекта по отработке механизмов взаимодействия федеральных центров, органов управления здравоохранением, фонда ОМС и негосударственных медицинских организаций в системе ОМС по оказанию медицинской помощи пациентам с патологией опорно-двигательного аппарата позволит повысить доступность медицинских технологий, содержащих инновационную компоненту, и реализовать принципы государственно-частного партнерства в здравоохранении с обеспечением социально-значимых эффектов.

Повышение инвестиционной привлекательности здравоохранения и создание государственно-частных партнерств в этой сфере при использовании государством возможностей ресурсоемких технологичных негосударственных медицинских комплексов позволяют решать задачи обеспечения населения медицинскими услугами при соблюдении принципов доступности, безопасности и качества, улучшения качества медицинской помощи, увеличения продолжительности жизни и экономии бюджетных средств.

Берсенева, Е. А. Создание мобильного приложения врача для осуществления дистанционного мониторинга / Е. А. Берсенева, И. М. Корсаков, А. Г. Михайлова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 5. – С. 46-48.

Рассмотрены вопросы необходимости создания и реализации мобильного приложения врача в рамках автоматизированной системы дистанционного мониторинга показателей здоровья человека как средства повышения качества медицинской помощи пациентам. Также рассматриваются основные особенности создания данного мобильного приложения врача.

Артериальная гипертензия является одним из ведущих факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда и, особенно, инсульт головного мозга. Современные исследования показали, что активное привлечение пациентов к регулярному контролю артериального давления приводит к снижению смертности от инсульта головного мозга на 48%, а последующий адекватный контроль артериального давления приводит к снижению риска повторного инсульта на 28%. Однако необходимый контроль регистрируется менее чем у 10% мужчин и чуть более чем у 10% женщин. Решение проблемы адекватного контроля и мониторинга артериального давления, особенно в домашних условиях, может позволить эффективно бороться с его осложнениями и снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

В публикациях отмечено, что компьютер «вошел в повседневную практику» работы врача. В вопросе организации удобного мониторинга артериального давления, частоты сердечных сокращений, а при необходимости и других параметров именно информационные технологии выходят на основные позиции.

Для решения указанных задач и была разработана автоматизированная система дистанционного мониторинга здоровья человека (АСДМЗ). Однако, на наш взгляд, создание мобильного приложения для врача и для пациента должно стать обязательным компонентом создания данной автоматизированной системы, так как сможет обеспечить большую доступность данной системы для использования.

При принятии решения о разработке мобильных приложений врача и пациента исходили из необходимости создать более оперативный и удобный способ взаимодействия, а также обеспечить непрерывную связь врача и пациента.

Мобильное приложение врача должно позволять ему осуществлять следующие функции:

- контроль общего состояние пациента при помощи панели сводных показателей мониторинга состояния здоровья пациента;
- создание назначений для пациента, а также контроль их выполнения;
- получение оповещения при ухудшении показателей мониторинга здоровья пациента или при невыполнении пациентом назначений.

Перечень необходимых функций мобильного приложения врача:

1. Отображение панели сводных сведений по пациенту, которая в лаконичном виде дает врачу представление о текущем состоянии пациента.
2. Отображение сведений о пациенте в следующем объеме:
 - измеренные показатели мониторинга состояния здоровья пациента (масса тела, пульс, артериальное давление, уровень сахара в крови, температура тела);
 - некоторые данные медицинской карты (диагностированные заболевания, лист назначений, лист выявленных аллергических реакций на медицинские препараты);
 - информация о местонахождении пациента;
 - план ведения пациента.
3. Оповещение при помощи стандартных средств операционной системы (ОС) мобильного устройства врача в реальном времени о выходе показателей мониторинга состояния здоровья пациента за установленные врачом границы. Уведомления должны иметь два вида: критичные уведомления, требующие от врача принятия срочных мер, и информационные уведомления, не требующие срочной реакции.
4. Отображение успешности выполнения пациентом назначений врача.
5. Уведомление врача при серьезном отклонении от плана.
6. Обеспечение интеграции с API ОС для вызова сервиса отправки СМС-сообщений или сервиса набора номера непосредственно из приложения.
7. Оповещение об отправке пациентом сигнала SOS.

Для успешной реализации данных функций в мобильном приложении необходимо обеспечить обмен с АСДМЗ следующими данными:

- медицинской картой пациента (односторонний обмен для мобильного приложения из АСДМЗ);
- показателями мониторинга здоровья (двусторонний обмен);
- планом лечения (односторонний обмен для мобильного приложения из АСДМЗ);
- отметками выполнения плана лечения (двусторонний обмен);
- местонахождением пациента (двусторонний обмен). С точки зрения технических требований мы исходили

– из того, что мобильное приложение врача должно иметь версии, работающие под управлением ОС Android версии 2.3. и выше, ОС iOS версии 7.0 и выше. Серверная часть приложения должна быть реализована с использованием языка программирования Java версии 1.7 и работать под управлением ОС Windows или ОС Linux.

Кроме того, в мобильном приложении врача не должны храниться на постоянной основе (после выхода из приложения) персональные данные пациентов во избежание невозможности их прочтения при утере телефона или получении физического доступа к телефону врача.

Рассмотрим основные реализованные нами сценарии работы мобильного приложения врача.

Предлагается следующая последовательность действий:

1. Врач через веб-интерфейс портала АСДМЗ вводит начальные сведения о пациенте: ФИО, телефон, диагноз и т.д.

Данные сохраняются на сервер, а затем публикуются в мобильных приложениях пациента и врача.

2. Врач через веб-интерфейс портала АСДМЗ заносит сведения в медицинскую карту пациента.

Данные сохраняются на сервере, а затем публикуются в мобильном приложении пациента и врача.

3. Врач через веб-интерфейс портала АСДМЗ вводит план ведения пациента. Данные сохраняются на сервере, а затем публикуются в мобильном приложении пациента и врача.

4. Врач через веб-интерфейс портала АСДМЗ вводит индивидуальные границы пороговых значений для показателей мониторинга состояния здоровья пациента. Данные сохраняются на сервере, а затем публикуются в мобильном приложении пациента и врача.

5. Врач через веб-интерфейс портала АСДМЗ вводит настройки оповещений для самого себя. Данные сохраняются на сервере, а затем публикуются в мобильном приложении врача.

В дальнейшем, при проведении пациентом измерений реализуются следующие сценарии:

– сервер публикует результаты проведения измерений в мобильных приложениях пациента и врача, на портале АСДМЗ в личных кабинетах врача и пациента, задача проведения измерения помечается как завершенная;

– при превышении пороговых значений сервер оповещает об этом врача через мобильное приложение, через личный кабинет врача на портале АСДМЗ, а пациента посредством мобильного приложения пациента и личного кабинета пациента на портале АСДМЗ;

– сервер фиксирует факт невыполнения предписания врача;

– если по прошествии некоторого времени пациент не сделает отметку в мобильном приложении о приеме лекарства, то сервер публикует извещение о невыполнении предписания в приложение врача и пациента, а также на портале АСДМЗ в личном кабинете врача и личном кабинете пациента.

Таким образом, в рамках созданной АСДМЗ нами реализовано мобильное приложение для врача, реализующее все описанные выше сценарии и соответствующее необходимым требованиям.

Татарников, М. А. Вовлеченность и компетентность персонала – важнейший фактор эффективности менеджмента качества // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 5. – С. 28-35.

На основе «Руководящие указания по вовлеченности и компетентности персонала» разрабатываются соответствующие национальные стандарты. Документ содержит руководство по привлечению персонала к работе в системе менеджмента качества организации и повышению его вовлеченности и компетентности.

Международный стандарт ISO 10018:2012 «Менеджмент качества. Руководящие указания по вовлеченности и компетентности персонала» носит межотраслевой универсальный характер, и применим к любой организации независимо от ее размера, типа или вида деятельности. Учреждения здравоохранения здесь не исключение, т.к. содержащиеся в стандарте процедуры и принципы управления персоналом в части его вовлеченности и компетентности носят универсальный характер. Знание этого документа необходимо для специалистов в области качества медицинской помощи (КМП), особенно при разработке и внедрении систем менеджмента качества (СМК) в учреждениях здравоохранения.

Стандарт ISO 10018:2012 описывает процессы и процедуры, которые применяются для поддержания компетентности персонала и его максимально эффективного участия в производственных (лечебно-диагностических) и управленческих процессах. При этом отмечается необходимость мониторинга и анализа вышеуказанных процессов для принятия эффективных управленческих решений по этому направлению деятельности.

Напомним читателям, что вовлечение работников является одним из основных принципов менеджмента качества. В соответствии с ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» работники всех уровней составляют основу организации, поэтому их полное вовлечение в решение задач в области качества дает возможность с выгодой

использовать их способности в повышении эффективности деятельности организации и улучшении качества продукции (услуг). Необходимо создавать соответствующие условия для того, чтобы раскрыть и использовать творческий потенциал работников, особенно в условиях внедрения систем управления качеством. Для этого руководство организации должно создать обстановку, в которой сотрудники всех уровней оказываются не просто исполнителями воли руководства, а заинтересованными участниками решения производственных задач, т.е. вовлеченными участниками управления качеством. При этом стиль руководства должен быть смещен от авторитарно-административного в сторону более коллегиального и либерально-партнерского.

Внедрение, функционирование и последующее постоянное совершенствование СМК требуют высокой эффективности управления персоналом, включая его вовлеченность в процесс управления качеством, совершенствование системы трудовой мотивации, подбор и подготовку персонала, формирование надлежащей организационной культуры со своими ценностями и принятыми в трудовом коллективе взаимоотношениями, обеспечение надежности и безопасности профессиональной деятельности и т.д. Руководство должно стремиться к тому, чтобы цели отдельных сотрудников были максимально приближены к целям организации, что должно находить отражение в материальном и нематериальном стимулировании качества и производительности их труда.

Персонал, выполняющий работу, влияющую на качество продукции (услуг), должен быть компетентным на основе полученного образования, подготовки, навыков и опыта не только в своей профессии, но и в области качества. Кроме того, работники должны быть непосредственно вовлечены в процесс управления качеством, четко понимать цели, принципы и методы менеджмента качества, как на своем рабочем месте, так и в целом по организации. Это позволяет кардинально повысить эффективность управления качеством на основе улучшения обратной связи, повышения ответственности работников, активного их участия в управлении качеством и повышения роли первичного звена. Необходимо часть функций по контролю качества делегировать самим работникам, совершенствуя процессы самоконтроля и контроля со стороны коллег, которые зачастую оказываются эффективнее формального контроля со стороны руководства, а главное, позволяют не только выявлять недостатки лечебно-диагностического процесса непосредственно на месте оказания медицинской помощи, но и предотвращать их.

Эффективность СМК зависит от вовлечения и компетентности персонала, поэтому важно идентифицировать, развивать и оценивать знания, навыки, поведение и производственную среду, требуемые для результативного вовлечения персонала с необходимой компетентностью. Если вовлечение и компетентность персонала подвергаются мониторингу, измеряются и анализируются, то это позволяет руководству организации принимать решения по улучшению процессов в этой сфере, что, в конечном итоге, ведет к повышению качества продукции (услуг), уровня удовлетворенности потребителей и уровня удовлетворенности самих работников от качественного и эффективного труда.

Как записано в стандарте ISO 10018:2012, руководителям следует демонстрировать свою приверженность вовлечению и компетентности персонала посредством:

- установления стратегий, политик и целей;
- определения ответственностей и полномочий;
- обеспечения понимания потребностей и ожиданий потребителей;
- определения требований к персоналу в таких областях, как знания, навыки и поведение;
- оценки требований к ресурсам, таким как, инфраструктура, производственная среда и условия работы;
- предоставления требуемых ресурсов;
- поощрения коммуникаций.

Данный процесс основан на четырех шагах:

- анализ: собираются и анализируются данные относительно краткосрочных и долгосрочных целей организации по вовлечению и компетентности персонала;
- планирование: создаются и поддерживаются в рабочем состоянии процедуры планирования процесса вовлечения персонала и приобретения компетентности на уровне организации, структурных подразделений и на индивидуальном уровне;
- внедрение: планы и связанные с ними действия внедряются для достижения цели в области вовлечения и компетентности персонала;
- оценивание: планы, действия и выходы анализируются и оцениваются для постоянного улучшения.

Сотрудники медицинских организаций - основа системы здравоохранения, поэтому следует определить их потребности и ожидания, удовлетворенность работой, желание профессионального роста, что поможет обеспечить наиболее полное их вовлечение в производственный (лечебно-диагностический) и управленческий процессы и усиление трудовой мотивации. Повышение КМП возможно только через активное вовлечение всех работников здравоохранения и их поддержку политики качества. Для этого необходимо поощрять инициативное трудовое поведение и профессиональное развитие работников посредством:

- планирования и организации профессиональной подготовки и карьеры;
- определения ответственности и полномочий работников;
- разработки индивидуальных и групповых целей, оценивания промежуточных и конечных результатов трудовых процессов;
- содействия вовлечению работников в процесс постановки целей и принятия решений;
- признания трудовых заслуг и справедливого вознаграждения;
- содействия открытому многостороннему обмену информацией;
- постоянного анализа потребностей работников;
- создания условий, поощряющих нововведения;
- обеспечения эффективной групповой работы;
- информирования о предложениях и мнениях;
- изучения степени удовлетворенности работников;
- выяснения причин прихода работников в организацию и их увольнения.

Руководителям учреждений здравоохранения необходимо создать культурную среду, способствующую вовлечению работников в активный поиск возможностей улучшения лечебно-профилактического процесса, показателей деятельности и характеристик медицинских и иных услуг. Полномочия должны делегироваться так, чтобы работники приняли на себя ответственность за их выполнение, включая повышение качества трудовых процессов и предоставляемых услуг.

Кожевников А. А. Современные подходы к формированию политики в сфере здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – № 6. – С. 48-50.

В статье рассмотрены научно обоснованные подходы к формированию политики в сфере здравоохранения. В частности, отражены современное состояние, проблемы и перспективы оценки медицинских технологий, используемых в европейских странах в качестве системы, позволяющей повысить стандарты медицинской помощи.

Вопросы, связанные с повышением стандартов медицинской помощи в условиях все более сложной политической и экономической обстановки, а также быстрого технического прогресса, приводящего к появлению новых профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных вмешательств, не утратили своей актуальности для Российской Федерации и иностранных государств. Это предопределило устойчивое понимание необходимости формирования единой регулируемой политики и сотрудничества в сфере здравоохранения. В результате Исполнительный комитет ВОЗ на 120-й сессии (22-29 января 2007 г.) предложил Всемирной Ассамблее Здравоохранения призвать государства-члены ВОЗ собирать, обновлять и

распространять информацию по медицинским технологиям, чтобы помочь расстановке приоритетов в области нужд здравоохранения и распределения средств. Наиболее активно работу в этом направлении стали проводить страны Европейского союза, входящие в группу высокого уровня здравоохранения и медицинского обслуживания, которые еще в 2004 г. выдвинули предложение о создании постоянной информационной сети по оценке медицинских технологий (ОМТ) в Европе. После конкурса заявок в 2006 г. был развернут проект EUnetHTA, в финансировании которого на протяжении трех лет участвовала Европейская комиссия. Благодаря этому в открытую сеть с обширными возможностями по обмену информацией были объединены 63 организации по ОМТ. Следует отметить, что проект EUnetHTA опирался на предшествующие европейские проекты по сотрудничеству в этой области, которые поддерживались ЕС, в том числе на проект ОЭСР по медицинским технологиям. В историческом плане концепция оценки технологий возникла в середине 1960-х годов, когда стало понятно, что технологии, играя важную роль в жизни общества, могут в то же время иметь неожиданные, иногда пагубные последствия. Впервые термин «оценка медицинских технологий», прозвучал в 1967 г. на конгрессе США. В США эта концепция обрела официальный статус в 1972-1973 гг. с созданием при конгрессе Бюро технической оценки проектов (ОТА), которое в 1975 г. начало проводить программу, связанную со здравоохранением. В 1982 г. во Франции на базе группы больниц было создано Агентство по оценке и распространению новых технологий (CEDIT). Первым национальным агентством по ОМТ в Европе стал Шведский совет по оценке технологий в здравоохранении (SBU), задачей которого было информирование центрального правительства и окружных советов о достоинствах медицинских технологий. В 1990-х годах новые агентства были созданы в Австрии, Дании, Испании, Норвегии, Соединенном Королевстве и Финляндии. К началу 2008 г. международная сеть агентств по ОМТ (INANHTA), образованная в 1993 г., насчитывала 46 членов, в том числе 31 – в европейских странах.

В Основных положениях Европейского сообщества по правам больных отмечается, что ОМТ – междисциплинарный подход, при котором сводится воедино информация по медицинским, социальным, экономическим и этическим вопросам, касающимся применения медицинской технологии, для того чтобы на европейском уровне устранить дублирование усилий при разработке безопасной и эффективной политики здравоохранения, а также способствовать рентабельному использованию средств. Под политическим процессом в сфере здравоохранения понимается ряд взаимосвязанных стадий, включающих постановку задачи, разработку политики и ее внедрение в конкретной социальной, политической и исторической обстановке. От этой обстановки зависит, какие вопросы ставятся на повестку дня, как разрабатываются, финансируются и внедряются политические меры. Термин «политика» определяется как «целенаправленный курс действий, проводимый субъектом или группой субъектов для решения определенной задачи» (Anderson, 1984); «курс или принцип действий, принятый или предложенный организацией или отдельными лицом» (Oxford University Press, 2001).

В рамках проекта EUnetHTA проводилась адаптация существующих методов и инструментов ОМТ к местным национальным условиям. В частности, осуществлялся сбор данных, разрабатывались модели наблюдения за новыми технологиями с целью информирования руководителей здравоохранения об их появлении. Партнерами Проекта стали такие организации, как Международная сеть агентств по оценке медицинских технологий (INANHTA), Международное общество по ОМТ (HTAi), Международная информационная сеть по новым и меняющимся медицинским технологиям (EuroScan), Международная сеть по разработке клинических рекомендаций (G-1-N) и Кокрановское сотрудничество.

ОМТ играла роль посредника между секторами политики и научных исследований, обеспечивая проблемно-ориентированный систематический обзор научных данных. Наиболее типичными были следующие вопросы: как может ОМТ помочь в процессе принятия решений; как ведомства, занимающиеся ОМТ, добиваются того, чтобы руководители здравоохранения ознакомились с результатами их деятельности.

Обращает внимание характеристика решений при ОМТ. Так, медицинское вмешательство предполагало разработку мер, осуществляемых в рамках системы медицинского обслуживания в форме разрешения или запрета выпуска на рынок медицинских товаров и технологий, в том числе используя лицензирование, а также определение эффективных источников покрытия расходов, связанных с медицинской помощью. По мнению западных специалистов, ОМТ, прежде всего, ориентирована на лиц, которые могут определять политику медицинского вмешательства на макроуровне (федеральные учреждения) и мезоуровне (региональные медицинские организации), где принимаются решения о финансировании (возмещении затрат), а также инвестировании, планировании, организации и управлении в системе здравоохранения, при этом выделяют два аспекта. Во-первых, обеспечение доступности предоставления конкретных технологий, для которых предусмотрено покрытие расходов. Во-вторых, какие меры можно или нужно применить к системе здравоохранения для общей организации медицинского обслуживания, обеспечения доступа к медицинским услугам, финансирования, оплаты труда медицинских работников и реформирования медицинской помощи. При этом в Европе круг инстанций, ответственных за принятие решений о покрытии расходов, включает разные организации – государственные, негосударственные, саморегулируемые. Разные формы организации могут сосуществовать в рамках одной и той же системы, отражая различия в системах здравоохранения, политических системах и их историческом развитии. На микроуровне осуществляются взаимодействия между отдельными больными и медицинскими работниками в форме принятия клинических решений, где актуальна доказательная медицина, позволяющая использовать научные данные в клинических ситуациях.

В рамках проекта EUnetHTA принятие решений в области медицинского обслуживания отличалось тем, что учитывались доказательства, которые были получены не обязательно в результате научных исследований. В частности, к ним можно отнести информацию об имеющихся ресурсах, заключения экспертов и мнения профессионалов, данные о политической ситуации, ценностях и традициях, взгляды заинтересованных лиц и конкретные обстоятельства.

В свою очередь, научные доказательства делили на две категории. К первой относили результаты, не зависящие от обстановки и направленные на установление универсальной истины. Примером может служить мета-анализ ряда клинических испытаний или многоцентровое клиническое исследование. Вторая категория включала научные доказательства, зависящие от обстановки, которые проясняли, будет ли технология, эффективная в принципе, эффективна в определенных условиях; будет ли она представлять в этих условиях ценность; какие ресурсы потребуются для ее внедрения. Например, к данной категории относятся предпочтения больных и медицинских работников, их представления о приемлемости, экономические ограничения, имеющиеся ресурсы и так далее.

По заключениям иностранных специалистов, применение ОМТ позволяет обеспечить высокую степень прозрачности за счет применения точных методов, убедительного документального подтверждения, обоснования выбранной методологии, а также объяснение причин, по которым принимаются (или не принимаются) во внимание некоторые виды исследований или отдельные доказательства.

Необходимо отметить, что, несмотря на наличие в Европе сети организаций, занимающихся оценкой медицинских технологий, их организационные модели не идентичны. Однако они решают общие задачи, связанные с совершенствованием системы здравоохранения путем исследования медицинских услуг и разработки стандартов качества, в том числе, используя опросы о качестве медицинской помощи, а также проводя мониторинг и анализ потребностей, запросов больных и поставщиков медицинских услуг. В настоящее время устойчивый характер приобрело стремление к упрощению обмена структурированной информацией между учреждениями-партнерами. Это достигается путем передачи знаний и опыта государствам, регионам и организациям, желающим создать местную базу для формирования политики на основе научных данных, для того чтобы не конкурировать с

национальными организациями, а дополнять их деятельность, направляя свои ресурсы на содействие улучшению учета потребностей тех, кто принимает решения на местах.

Существенным является то, что ОМТ служит инструментом для критической оценки, обобщения и представления информации. Ее задача заключается в сборе информации, а не в принятии решений. По мнению европейских специалистов, принимаемые решения должны опираться на отчеты по ОМТ, но не должны зависеть от результатов оценки напрямую. При этом предложенная ими модель оценки влияния отчетов по ОМТ на систему здравоохранения была разделена на шесть уровней.

1. *Осведомленность*: заинтересованная сторона должна знать, что ОМТ является одним из факторов, влияющих на принятие решения.

2. *Приемлемость*: отчет должен быть достоверным, актуальным и применимым на практике, а его выводы должны быть приемлемыми.

3. *Политический процесс*: политический процесс, в рамках которого используется ОМТ (например, возмещение затрат или разработка методических рекомендаций) должен явным образом использовать результаты ОМТ.

4. *Политическое решение*: политическое решение должно влиять на заключения или рекомендации, высказанные в отчете по ОМТ.

5. *Практика*: политическое решение должно быть внедрено путем внесения четких ощутимых изменений в клиническую практику.

6. *Результаты*: клиническая практика должна измениться, прежде чем можно будет оценить истинное влияние ОМТ.

В некоторых случаях отчеты по ОМТ влияют на клиническую практику непосредственно, без формального участия в политическом процессе, в этом случае третий и четвертый шаги будут опущены.

В 2004 г. Панамериканская организация здравоохранения провела исследования с целью выяснения взаимосвязи между результатами научной деятельности и процессом принятия решений в здравоохранении, а также для определения степени разрыва между теорией и практикой. В результате опросов и собеседований были получены следующие выводы.

Руководителям здравоохранения требуется «больше результатов исследований, изложенных в сжатой и обобщенной форме».

Информация должна иметь межотраслевой характер, быть научно обоснованной, причем следует учитывать то, что научные данные предназначены для руководителей здравоохранения.

Крайне важно, чтобы результаты исследований послужили полезной информацией для повседневной практики, то есть информация для руководителей здравоохранения должна быть «практическим инструментом», адаптированным к уровню принятия решений (национальному, региональному или местному).

Крайне важный фактор при разработке политики здравоохранения – время. В силу этого публикации должны быть краткими, легко читаемыми и сопровождаться рисунками.

Таким образом, использование ОМТ в Европе позволяет обеспечить связь между исследователями и теми, кто определяет политику здравоохранения и клиническую практику. Это дает возможность создавать систему координированного планирования для эффективного сотрудничества между странами в области медицины. Для Российской Федерации данный подход представляет интерес за счет универсальности и мобильности в деятельности, связанной с оценкой медицинских технологий. Наряду с этим, кроме биомедицинской стороны, возможно, его применение для изучения широкого спектра медико-социальных проблем, имеющих отношение к охране здоровья и оценке качества оказываемой медицинской помощи. Однако в России без финансового обеспечения данной деятельности и ее нормативного регулирования прикладные задачи системно решаться не будут, ограничившись теоретическими разработками и научными исследованиями.

Актуальные проблемы нормативно-правового обеспечения развития общественного здравоохранения в Российской Федерации и пути их решения / В. Н. Стародубов [и др.] // ГлавВрач. – 2016. – № 11-12. – С. 59-66.

Согласно нормам Федерального закона №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в статье 2 охрана здоровья граждан определена как система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи. Таким образом, в этой статье изложены общепринятые принципы, такие как участие всего общества и общегосударственный подход в сфере охраны и укрепления здоровья. Вместе с тем закон не дает возможности формирования единого понимания того, что такое общественное здоровье и услуги общественного здравоохранения.

Нет ясности в определении общественного здравоохранения, роль и место его в системе охраны здоровья населения. При этом общепринятые задачи общественного здравоохранения в основном возлагаются на ведомство министерства здравоохранения, полагая, что с ними вполне справятся врачи и первичная медико-санитарная служба.

Достижение хорошего здоровья в современных условиях нельзя больше рассматривать как результат работы лишь одной отрасли: устойчивое улучшение здоровья у людей – это итог реализации эффективной совместной политики, охватывающей все компоненты государственного управления, а также коллективные организованные усилия всего общества. В настоящее время показатели работы ведомственной системы здравоохранения не соответствуют растущим ожиданиям общества и граждан. Создание полноценных партнерств с учреждениями, гражданами, местными сообществами, гражданским обществом, бизнесом и со всеми заинтересованными сторонами важны для поддержки политики здоровья на всех уровнях общества.

Вовлечение и поддержка гражданского общества во всем его многообразии – общество людей, которые часто добровольно и бесплатно отдают свое время и силы для участия в реализации принятых программ и подходов – имеет ключевое значение.

В законе не учтены современные концепции и подходы общественного здравоохранения, в основе которых положена профилактика болезней, включая воздействия на социальные, экономические, экологические и поведенческие детерминанты здоровья, мобилизации общества, межведомственное, межсекторальное взаимодействие, создание единой профилактической среды, включение целей охраны здоровья в общий процесс социально-экономического развития общества и развития его человеческого потенциала. В законе отсутствуют основополагающие принципы общественного здравоохранения, нормы, касающиеся организации эффективного и централизованного межведомственного управления в интересах здоровья на всех уровнях власти.

В современном обществе влияния на здоровье настолько разнообразны и настолько рассеяны по всем сферам общества, что для укрепления и улучшения здоровья требуется применение интегрированных действий и мышления на основе новой здоровьесформирующей и здоровьесберегающей парадигмы. Эффективное многоуровневое стратегическое управление и руководство в интересах здоровья должны являться продуктом совместной деятельности широкого круга субъектов, действующих на уровне государства и общества, законодательной и исполнительной власти. При таких подходах должны достигаться цели не только повышением эффективности действий государства в области охраны здоровья, но также более широкое взаимодействие с другими субъектами за рамками государственных структур, благодаря чему обеспечивается общий вклад в достижение всеобъемлющих задач общества, таких как процветание, благополучие, социальная справедливость и устойчивость. Важный источник поддержки здоровья – развитие связей с новыми и возникающими типами партнерств в интересах здоровья, которые проводят активную деятельность в многочисленных структурах общества по конкретным направлениям. Это, прежде всего, благотворительные фонды, учредителями

которых являются авторитетные и выдающиеся граждане нашей страны, социально ориентированные бизнесмены, многочисленные общественные организации. Значительный полезный вклад вносят инновационные механизмы сотрудничества, в том числе города, входящие в европейскую сеть ВОЗ «Здоровые города и поселки». Общероссийское общественное движение РАД – Жизни, общероссийская общественная организация «Лига здоровья наций» и другие. В Российскую ассоциацию по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и поселки» входят 24 города с населением более 10 млн чел. Ассоциация является пилотной площадкой по реализации современной европейской стратегии и новых управленческих подходов в создании здоровьесберегающего пространства Российской Федерации.

Общероссийское общественное движение РАД – Жизни реализуется как объединение общественных инициатив, науки, бизнеса и власти на основе базовых ценностей человека для создания общественно-политической платформы позитивного будущего России.

Общероссийская общественная организация «Лига здоровья наций», лидером которой является выдающийся российский кардиохирург, академик РАН Лео Бакерия уже более 10 лет является одним из лидеров в общенародном движении по формированию культуры здоровья и здорового образа жизни.

Отсутствие достаточной законодательной и нормативной базы в сфере общественного здравоохранения особенно негативно влияет на организацию его в муниципальных образованиях. Как известно, передача большинства полномочий в сфере охраны здоровья с муниципального уровня на региональный вывела лечебно-профилактические учреждения из подчинения местных органов власти, но оставила за ними ответственность за состояние здоровья населения. В сложившихся условиях задачи сохранения и укрепления здоровья населения системно и эффективно могли бы быть решены с помощью организации муниципальной системы общественного здравоохранения, основанной на вовлечении общества, межведомственном взаимодействии и влиянии на социально-экономические детерминанты здоровья.

Сдерживающими барьерами для развития общественного здравоохранения являются не только недостаточное нормативно-правовое обеспечение, но и, как следствие, незнание, слабое методическое сопровождение, отсутствие кадров, недостаток в финансовых и инфраструктурных ресурсах. Развитие общественного здравоохранения осуществляется на местном и региональных уровнях, исходя из собственных представлений руководителей, их политической воли, а также разрозненных действий лидеров, специалистов и активистов общественных организаций.

В большинстве муниципальных образований из-за пробелов в законодательстве становлению и развитию общественного здравоохранения придается мало значения, так как создание ее не является для всех обязательным.

В решении этих проблем мог бы помочь опыт ВОЗ и стран Европейского Союза, которые в последние 5 лет приняли целый ряд документов, определяющих долгосрочное развитие общественного здравоохранения. Среди них «Здоровье – 2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия». «Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения». Эти документы были приняты в 2012 г. всеми 53 государствами – членами Европейского региона ВОЗ. В политике Здоровья – 2020 обозначены новые инновационные подходы социальной мобилизации в интересах справедливого, устойчивого и ответственного развития дела охраны здоровья. Эти документы содержат широкий спектр эффективных новаторских ответов на современные вызовы в области общественного здравоохранения. К сожалению, Федеральный закон от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» был принят в 2011 г. и не мог учесть новые подходы, изложенные в вышеуказанных документах. Один из возможных путей вперед – пересмотр и совершенствование российских нормативных актов в области общественного здравоохранения. Следует отметить, что в основу Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения положено общепринятое определение общественного здравоохранения: «Общественное здравоохранение – это наука и практика предупреждения

болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом». В Европейском плане действий указано, что общими недостатками и проблемами в развитии общественного здравоохранения для всех стран являются:

- Недостаток базовых знаний и навыков в области общественного здравоохранения, отсутствие нормативно-правового обеспечения.
- Дефицит ресурсов, недостающая квалификация сотрудников.
- Неудовлетворительные инфраструктурные возможности.
- Низкое моральное состояние кадров и неудовлетворительный уровень охраны труда.
- Неразвитая система подготовки и повышения квалификации кадров общественного здравоохранения.
- Недостатки в управлении и руководстве общественного здравоохранения, включая механизм межведомственного сотрудничества.
- Дефицит в оценках потребностей здравоохранения для выявления уровней здоровья, благополучия и медико-санитарные потребности населения.
- Обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия.
- Обеспечение сферы общественного здравоохранения квалифицированными кадрами достаточной численности.
- Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования.
- Информационно-разъяснительная деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья.
- Содействие развитию исследований в области общественного здравоохранения для научного обоснования политики и практики.

Пути преодоления этих проблем предложены в Европейском плане действий 10 комплексными направлениями действий, соответствующих 10 основным оперативным функциям общественного здравоохранения ОФОС. Они являются краеугольным камнем любой современной системы общественного здравоохранения. Предложенные ОФОС призваны стать объединяющей и руководящей основой для того, чтобы органы здравоохранения в любой стране могли разрабатывать и внедрять стратегии и меры области общественного здравоохранения, осуществлять их мониторинг и оценку. Для их обеспечения и укрепления необходимо в общегосударственном масштабе применять принципы учета интересов здоровья во всех стратегиях и политике ведомств и секторах общества. Рекомендовано всем странам, в том числе и Российской Федерации, одобрившей этот документ, провести предварительную оценку имеющихся сильных и слабых сторон, потенциала и услуг общественного здравоохранения и решить следующие три задачи:

- составить перечень ключевых условий для обеспечения эффективного функционирования общественного здравоохранения;
- сформулировать основной перечень услуг общественного здравоохранения, которые должны предоставляться населению силами всего общества и системы здравоохранения на национальном, региональном и местном, индивидуальном уровнях;
- предложить системный подход для оценки и совершенствования услуг общественного здравоохранения с учетом особенностей организационных структур, имеющихся в каждом государстве-члене.

В Российской Федерации на различных площадках интенсивно проходит обсуждение путей и стратегий становления и развития национальной системы здравоохранения. Так, 10.04.2014 по инициативе общероссийского общественного движения «Россия – Активное Долголетие», российской ассоциации «Здоровые города и поселки», комиссия по охране здоровья и качеству жизни Социальной платформы партии «Единая Россия» организовала слушание с участием ведущих специалистов страны по вопросу «Общественное здравоохранение России – законодательные инициативы, стратегия и тактика на современном этапе». В результате обсуждения большинством участников был сделан вывод, что в настоящее время имеются проблемы в определении роли и места общественного здравоохранения в системе охраны здоровья. Отсутствие должной нормативной базы усиливает необходимость реформ в

целях создания национальной системы общественного здравоохранения. В проекте решения заседания рекомендовано:

Содействовать распространению положительного опыта российской ассоциации «Здоровые города, районы и поселки», общероссийского общественного движения «Россия – Активное долголетие» и других общенациональных гражданских инициатив по формированию единой профилактической среды в рамках создаваемой национальной системы общественного здравоохранения.

Комиссии по охране здоровья и качеству жизни социальной платформы ВПП «Единая Россия» внести поправки в соответствующие статьи ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обеспечивающие развитие общественного здравоохранения в стране.

Выйти с предложением в профильные министерства по поддержке предлагаемого проекта образовательного национального кластера массовой подготовки специалистов общественного здравоохранения, работающих в системе формирования межведомственной профилактической среды. Совместно разработать нормативную правовую базу деятельности вышеуказанных специалистов.

Продолжить работу на федеральной площадке «Комиссии по охране здоровья и качеству жизни Социальной платформы ВПП «Единая Россия» – Ступинском муниципальном районе Московской области по отработке инновационных инфраструктурных проектов, создаваемой национальной системы общественного здравоохранения совместно с ведущими научными учреждениями.

Организованная рабочая группа с участием специалистов ЦНИИОИЗ Росздрава, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Первого МГМУ им. И. А. Сеченова разработала предложения по совершенствованию системы общественного здравоохранения, используя для этих целей опыт Ступинского района Московской области КЗК ЭКС" периментальную пилотную территорию. Результаты этой работы были обсуждены на ученом совете ЦНИИОИЗ Росздрава и доложены 26.02.2015 на совместном заседании ассоциации «Здоровые города, районы, поселки» и Социальной платформы ВПП «Единая Россия».

Разработанные рабочей группой предложения основываются на конкретных мерах для достижения целей, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения. При этом использовались общепринятые международной практикой нормы и понятия (Приложение №3). Цель предлагаемого законопроекта «О внесении изменений в Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ заключается в дополнении к действующим статьям Федерального закона №323-ФЗ норм в отношении общественного здравоохранения, включая его определения, основные функции и механизмы их реализации. Законопроект направлен на устранение пробела в нормативном регулировании общественного здравоохранения как самостоятельного субъекта сферы охраны здоровья населения. Предлагаемые нормы и дополнения к статьям Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и их обоснования:

Особое значение принятие вышеуказанных норм имеет для развития системы общественного здравоохранения в муниципальных образованиях. Многие социальные детерминанты здоровья действуют именно на местном уровне. Вследствие чего возникает необходимость внести дополнения к действующим полномочиям органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

Предлагается статью 17 «Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья» пункт 6 «Реализация на территории муниципального образования мероприятий по профилактике заболеваний, формирования здорового образа жизни в соответствии с законом субъектов Российской Федерации» изложить в новой редакции.

Реализация на территории муниципального образования мероприятий по укреплению здоровья населения, профилактике заболеваний, продлению

жизни, воздействию на социальные детерминанты здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом, межведомственного взаимодействия и развития структур общественного здравоохранения в соответствии с законом субъектов Российской Федерации.

Принятие предложенного нормативного регулирования общественного здравоохранения как самостоятельного субъекта в системе охраны здоровья населения предполагает внесение изменений и дополнений в другие статьи ФЗ №323.

В заключение авторы призывают все заинтересованные стороны представить в журнал свои замечания и предложения по проблемам общественного здравоохранения, которые будут публиковаться в рубрике «Общественное здоровье». Мы убеждены, что только мобилизация общества и создание эффективной системы общественного здравоохранения, выработка консолидированной стратегии народного здравоохранения может переломить ситуацию и реализовать поставленные руководством страны задачи по улучшению демографических показателей населения Российской Федерации.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Мелкумова, И. Антидепрессанты способны замедлить процесс старения // Медицинская газета. – 2015. – № 96. – С. 13.

Группа специалистов из Исследовательского института Скриппса (США) в результате опытов с нематодами – круглыми червями пришли к выводу, что антидепрессанты обладают уникальным свойством: они способны замедлять процесс старения.

В ходе опытов учёные вводили червям антидепрессант миансерин. По антидепрессивной активности миансерин сопоставим с другими современными антидепрессантами; при этом важной его особенностью является анксиолитическое действие. Миансерин хорошо переносится, особенно больными пожилого возраста и пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Оказалось, что нематоды, которым делали инъекции миансерина, жили дольше по сравнению с контрольной группой. Продолжительность их жизни увеличилась на 30-40%.

Начав более детально изучать эту взаимосвязь, специалисты обнаружили, что у червей, получавших миансерин, активно начинали работать гены, омолаживающие организм. После этого учёные провели эксперимент и на мышах. Было установлено, что антидепрессанты замедляют процесс старения и у млекопитающих.

Данная научная работа – уже не первая попытка специалистов из Исследовательского института Скриппса раскрыть секрет молодости. В частности, научный сотрудник Пол Роббинс открыл новый класс препаратов, которые способны существенно замедлить процесс старения. Эти препараты, получившие название «сенолитики», влияют непосредственно на жизненно важные процессы в организме, улучшая работу сердца.

Как отмечается, открытие сенолитиков было осуществлено в ходе изучения стареющих клеток, которые уже перестали делиться. Именно такие клетки стоят за процессом старения.

Напомним, что ранее учёные из Университета Копенгагена заявили, что увеличить продолжительность жизни вполне реально. И речь идёт вовсе не о далёком будущем. По их словам, уже появился на свет тот человек, который сможет прожить до 135 лет.

Юрина, Е. Удар по опухолям // Медицинская газета. – 2015. – № 96. – С. 1.

Оригинальный отечественный препарат для лечения больных раком головы и шеи разработала группа учёных Института молекулярной генетики РАН, Института биоорганической химии РАН и Института биологии гена РАН.

Результатом совместных исследований трёх научных организаций стало появление противоопухолевого препарата, не имеющего аналогов в мире: он представляет собой генную конструкцию, которая состоит из гена тимидинкиназы вируса простого герпеса HSVtk (за способность обеспечивать гибель раковых клеток его называют геном-убийцей) и ген цитокина GM-CSF (работает, как стимулятор иммунной системы).

– Действие лекарства основано на сочетании ингибирования репликации ДНК в раковых клетках и индукции противоопухолевого иммунного ответа. При попадании препарата в опухоль продукт гена HSVtk превращает вводимое внутривенно нетоксичное пролекарство в токсин, убивающий раковые клетки. Продукт гена GM-CSF, в свою очередь, синтезируясь во внеклеточное пространство опухоли, способствует привлечению к опухоли клеток иммунной системы и их активации, в результате чего развивается противоопухолевый иммунный ответ, – поясняет одна из разработчиков лекарства, сотрудница лаборатории структуры и функций генов человека Института биоорганической химии РАН, кандидат биологических наук Ирина Алексеенко.

По словам самих учёных, это первая в мире попытка создать противоопухолевый препарат, который сочетает в себе «суицидальную» генную терапию с иммунотерапией. Доклинические испытания проведены на базе Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена. Результаты оказались оптимистичными: продолжительность жизни пролеченных животных по сравнению с контрольной группой выше на 86%.

Лалаянц, И. От рентгена к свету // Медицинская газета. – 2016. – № 1. – С. 13.

Рентгеновские лучи и магнитный резонанс используются для определения структуры белков, а также при исследованиях мозга. Нейробиологи изучают активность отдельных нейронов с помощью проволочных и стеклянных электродов, однако они бесполезны для оптогенетики, в основе которой получение ген-модифицированных клеток, отвечающих на освещение (отсюда «опто» в её названии).

Поэтому описаны микронных размеров длинные светодиоды – microLED, – с помощью которых учёные «добрались» до отдельных нейронов гиппокампа (извилины морского конька, лежащей на основании височной доли и считающейся хранилищем памяти). Импульсы активности отдельных клеток генерировались излучением светодиодов мощностью всего 60 нановатт (nW), что позволяло контролировать состояние отдельных клеток на расстоянии всего 50 микрон друг от друга. Подобное разрешение учёным до последнего времени и не снилось. Е. Короткова и А. Пономаренко, работающие в берлинском Институте молекулярной фармакологии, с коллегами из Бернского университета сумели с помощью световых импульсов «управлять» сном мышей, воздействуя на две нейрональные сети, соединяющие зрительный бугор (таламус) и тормозящие клетки лежащего под ним гипоталамуса, контролирующего наши основные инстинкты.

Может показаться, что это «чистая» наука, не имеющая практического применения. Однако журнал «Труды АН США» опровергает это мнение. Речь идёт об исследовании стресса у мышей, проведённом в Рокфеллеровском университете Нью-Йорка. Известно, что привычный стресс практически не действует на клетки того же гиппокампа, на поверхности которых не появляется новых белков-рецепторов возбуждающей глутаминовой аминокислоты (Glu). Грызуны не любят ограничения подвижности, но вынуждены мириться с этим в лаборатории, привыкая к «уловкам» экспериментаторов. После применения нового стрессора (мышей бросали в сосуд с водой) на клетках гиппокампа появлялись избыточные рецепторы Glu, что подразумевает активацию гена, отвечающего за синтез рецепторного белка. В опытах применительно к человеку в университете создали ген-модифицированных мышей с вариантом гена, присутствующим у людей, склонных к депрессиям (считается, что он есть у трети населения). Учёные пишут, что им довелось заглянуть в то же «окно» пластичности нейронов, в основе которой лежит эпигенетика (выключение гена с помощью химмодификации). Получается, что не только памятью «заведуют» клетки гиппокампа.

Сотрудники университета шведского города Уппсала обследовали 985 пожилых человек на предмет влияния гена FTO (FaT and Obesity) на склонность к перееданию и накопление подкожного жира (жировой клетчатки). Они выяснили, что наличие риск-варианта сопровождается увеличением в плазме крови «голодного» гормона грелина (Hunger Hormone – HH) и снижением

уровня лептина, название которого идёт от греч. ЛЕПТА – изящество, красота (сравни: великолепный). Грелин, синтезируемый клетками желудочно-кишечного тракта, открыт в 1999 г. и необходим для синтеза пептида – осколка белка, который в мозгу «высвобождает» гормон роста. Сигнал, поступающий из желудка и кишечника в мозг, стимулирует аппетит и соответственно рост организма. Помимо ГТО переизбыток и связанный с ним диабет 2-го типа стимулирует протеин жировых клеток (адипоцитов), связывающий молекулы жирных кислот (также FABP - Fat Acid Binding Protein). В Гарварде провели испытания моноклональных антител, блокирующих указанный белок, которое, как надеются учёные, может оказаться действенным в борьбе с этой формой диабета. А сотрудники Брауновского университета, штат Род-Айленд, полагают, что жир и его транспорт связаны с продолжительностью жизни.

Исследователи блокировали липопротеин (вителлогенин, от vitellus – желток), в результате чего червячки *Caenorhabditis elegans* прожили на 40% больше. У млекопитающих, и человека в том числе, есть аналог указанного протеина под названием аполипопротеин В (apoB), лекарственное снижение которого уменьшает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Авторы полагают, что липофагия, или «поедание жиров», благотворно влияет на сердце, что, по всей видимости, и продлевает жизнь организма. Их статья называется «Увеличение продолжительности жизни за счёт аутофагии и снижения липогенеза». Внесли свою лепту в изучение сахарного обмена и учёные Университета штата Айова, открывшие, что один из белковых факторов роста фибробластов, из которых репрограммированием получают стволовые клетки, подавляет страсть людей к сладкому. Учёные надеются, что нашли новую мишень для фармакологов, создающих лекарства против диабета и ожирения.

Ларин, И. Рак и полярность // Медицинская газета. – 2016. – № 1. – С. 13.

Клетки полярны, поэтому в кишечнике их базальная часть обращена к сосудам, а верхняя (апикальная) служит для всасывания питательных веществ. Для определения источника питания на одном из клеточных полюсов появляются белки специфического сенсора.

Сотрудники Цюрихского университета выявили протеиновый комплекс полярности, состоящий как минимум из 100 компонентов и служащий для определения химических градиентов веществ. Флюоресцентный микроскоп показал, что комплекс движется по клеточной оболочке-мембране в сторону сигнала. Движение клеток регулируется ферментом, активность которого меняется при их подготовке к делению.

«Постаревшие» клетки, выполнившие свою функцию, подвергаются апоптозу, или запрограммированной смерти. Исследователи университета в корейском городе Похан (Pohang) с помощью той же флюоресценции распознают клетки в процессе апоптоза, для чего используют липосомы с аминокислотой серином, присоединяющим цинк. Вблизи обычных клеток липосомы светятся голубым, меняя у клеток, подвергающихся апоптозу, флюоресценцию на красную. Апоптоз требует согласованной работы протеиновых транскрипционных факторов, активирующих транскрипцию, то есть считывание генов. Наиболее известным является ядерный фактор каппа (NF-κB), включающий гены В-лимфоцитов, в которых синтезируются белковые антитела. В Университете Райса (Хьюстон) представили детальную картину взаимодействия фактора с молекулой ДНК, в чём ему помогает ингибирующий белок IκB (от Inhibiting), имеющий «тормоз» в виде пептида PEST (с аминокислотами пролин и глутаминовой (E), серин и треонин, откуда его название). Подробности молекулярной регуляции генной активности имеют большое значение в борьбе с раком, развивающимся вследствие нарушения геномного баланса.

При лечении новообразований применяется названный в честь России рутений (Ru). Этот металл входит в подгруппу железа, которое в геме эритроцитов постоянно окисляется и восстанавливается, присоединяя O₂ или CO₂. Рутений образует восьмивершинную (октаэдр) структуру, похожую на песочные часы, к которой для растворимости в воде добавляют полимерный «хвост» (РГА – полиэфир терефталевой кислоты), а также органический радикал

арен (Агепе), в результате чего комплекс носит название RAPTA (выпускается в С- и Т-вариантах). Сотрудники Политехнической школы в Лозанне и их коллеги из Италии и Сингапура опубликовали статью «Борьба с раком с помощью комплексов переходного металла: от голой (naked) ДНК к протеину» (СМС).

Врачи и учёные достигли определённого успеха при лечении в 24 странах 1034 пациентов с одной из форм «запущенного» – advanced – рака лёгких. Комбинированное лечение проводили с помощью терапевтических моноклональных антител (pembrolizumab) и доцетакселя, при этом увеличение дозы антител в пять раз почти не сказалось на пациентах (выживание-survival 10,4 и 12,7 мес. соответственно, 8,5 мес. с одним доцетакселем). Но антитела оказались эффективны против раковых клеток с повышенным содержанием белка PD (Programmed Death – запрограммированная смерть). В норме PD отвечает за специализацию и смерть клеток, но также и за подавление активности иммунных клеток, в частности лимфоцитов в плаценте, не давая «сбросить» развивающийся плод. У людей с опухолями, половина и более клеток которых имели PD, комбинация антител и доцетакселя продлила жизнь до 15-17 мес., причём и у людей с PD+ формой рака лёгких, не «отважавшейся» на другие виды лечения.

Ещё большего успеха добились на мышах в лаборатории Колд-Спринг Харбор, что неподалёку от Нью-Йорка: для «нормализации» опухолевых клеток молочной железы учёные применили антисмысловую РНК против некодирующей белок РНК Malat. Её повышенные количества были обнаружены в клетках метастазирующей адено-карциномы лёгких, откуда и название (Metastasis-associated lung adenocarcinoma transcript). «Антисмысл» разрушал Malat, в результате чего опухоль рассосалась, а её нормализованные клетки стали синтезировать белки молока. Разница клеточного состояния железы хорошо видна на представленных микрофото.

Зайцев, Т. Очки и линзы – с глаз долой // Медицинская газета. – 2016. – № 2. – С. 14.

«Умный» экран автоматически адаптируется к зрению, компенсируя его недостатки.

С возрастом способность глаз приспособляться к рефракции, или преломлению лучей света, достигающих зрачка, падает. Соответственно снижается острота зрения на близком расстоянии и растёт нужда в его коррекции.

Однако ношение очков или контактных линз не является идеальным решением. К примеру, дальнотворкому, как в моём случае, они не нужны, чтобы видеть

дорожные указатели, разметку полотна и сигналы светофора при вождении, но он может испытывать в них потребность, глядя на показания спидометра или карту с данными GPS.

– Лучшим решением в такой ситуации будет специальный плёночный дисплей, который выполнял бы для водителя роль очков или линз, – считает Гордон Вещштейн, ассистент профессора оптической инженерии в Стэнфордском университете. – Он также мог бы восполнять недостатки зрения при чтении электронных книг, работе с компьютером и любым из множества цифровых устройств с информацией, выводимой на экран.

Вместе с коллегами по Университету Калифорнии в Беркли и Массачусетскому технологическому институту Вещштейн создал именно такой дисплей применительно к обычному смартфону или планшету с высокой разрешающей способностью. Их изобретение, призванное корректировать зрение, примечательно в двух отношениях. С виду оно представляет собой тончайший прозрачный пластик, покрывающий экран и испещрённый отверстиями меньше следа от укола иголкой. Во-вторых, сама плёнка, будучи выполнена из особого материала, видоизменяется, подчиняясь закодированному в смартфоне или планшете алгоритму, который в непрерывном режиме вычисляет расстояние до глаз пользователя и в соответствии с этим коррелирует масштаб видимого им изображения.

Управляющая программа в сочетании с вживлённой в плёнку матрицей пропускает световые сигналы таким образом, что снимается необходимость приближаться к дисплею, фокусировать взгляд и напрягать глаза. По словам Вещштейна, на основе предлагаемой технологии в принципе можно компенсировать пользователю не только дальнотворкость, но и близорукость, астигматизм и более серьёзные нарушения зрения.

В прошлом году его коллектив представил свою разработку на международной конференции по компьютерной графике и интерактивным технологиям в Ванкувере, где её признали одной из самых перспективных в области прикладной медицинской оптики.

Пробные испытания с участием нескольких групп волонтеров подтвердили, что прототип работает, – говорит Вещштейн, – однако для полного апробирования требуется завершить цикл более масштабных

проверок. Одним из плюсов технологии, по его словам, обещает быть достаточно низкая цена при массовом промышленном производстве, вплоть до возможности выпускать дисплеи одноразового использования. Он полагает, что это сделает её особо привлекательной в развивающихся странах, где мобильные устройства связи подчас доступнее, чем изготовление очков или линз, индивидуально подобранных профессиональным окулистом.

Тем временем исследователи планируют оснастить плёночный дисплей дополнительной опцией по ручной регулировке фокуса. Может, мне стоит пока повременить вооружаться бифокалами?

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Богданов, Т. Г. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2015. – № 4. – С. 57-62.

По данным официальной медицинской статистики, в России наблюдается рост социально значимых болезней и инвалидности. В связи с этим в стране в последнее время большое внимание уделяется укреплению здоровья и проведению профилактических, диагностических, лечебных и просветительных программ среди населения. В статье представлены результаты анализа работы органов исполнительной власти Чувашской Республики (ЧР) по внедрению программы профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) среди населения республики. Освещены вопросы противодействия потреблению табака, меры по сокращению потребления алкоголя, формированию культуры здорового питания, повышению физической активности, а также вопросы первичной профилактики неинфекционных заболеваний. К профилактической работе привлекаются различные общественные организации, волонтеры, vip-персоны и самое главное — жители республики. По данным за 2014 г., проведено более 500 массовых профилактических мероприятий, в которых приняли участие более 280 тыс. человек.

Реализация стратегических направлений Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г., а именно снижение высоких показателей смертности, укрепление здоровья и увеличение продолжительности жизни населения Российской Федерации возможны только при условии усиления профилактической направленности оказания медицинской помощи.

Социально-экономические проблемы в стране внесли свою лепту в ослабление государственной политики в области профилактической медицины, обусловили ухудшение демографической ситуации, привели к повышению заболеваемости, особенно в регионах экологического неблагополучия.

Представляется важным выявление роли медико-организационных факторов и их количественного вклада в формирование смертности от БСК, научное обоснование информативных критериев для выявления групп высокого риска.

Для разработки стратегических и тактических мер по совершенствованию деятельности службы здравоохранения, выработке управленческих решений необходимы организация и поэтапная регистрация показателей здоровья, спектра патологии и результатов медицинской деятельности. Результаты этой работы позволят определить современные тенденции, провести мониторинг основных параметров здоровья в масштабах регионов и страны в целом.

По данным официальной медицинской статистики, в России наблюдается рост социально значимых болезней и инвалидности. В связи с этим в Российской Федерации в последнее время

большое внимание уделяется укреплению здоровья и проведению профилактических, диагностических, лечебных и просветительных мероприятий среди населения. Такая работа проводится и в ЧР. В республике государственная политика в сфере охраны здоровья граждан обеспечивается совместными усилиями органов власти и общественных структур.

4 декабря 2014 г. Постановлением Кабинета министров Чувашской Республики за № 420 «Об утверждении профиля здоровья Чувашской Республики» был принят документ о профиле здоровья Чувашской Республики, который определяет стратегию дальнейшего развития республики в части улучшения здоровья и качества жизни населения. Профиль здоровья содержит не только подробное описание состояния здоровья жителей республики, но и разбор различных немедицинских факторов, влияющих на здоровье человека (условия жизни и труда, производственная среда, питание, состояние окружающей среды и среды обитания, жилищные условия, общественное здравоохранение, обеспечение занятости, образ жизни).

Каждое муниципальное образование в рамках Указа разработало свой профиль здоровья, который описывает факторы, влияющие на здоровье населения, образование, культуру, здравоохранение, природопользование, экологию. Это оптимальное градостроительство, создание доступной среды для инвалидов, благоустройство и озеленение территорий, здоровое школьное питание, охрана здоровья на рабочем месте, развитие массовых видов спорта и др. На основании этих данных должен быть составлен стратегический план развития муниципалитета, основной задачей которого станет сохранение демографического потенциала и численности населения, а также сокращение смертности населения и улучшение качества его жизни.

Комиссия в течение 2015 г. будет рассматривать профили здоровья каждого города и района, чтобы сформировать предложения, связанные с особенностями жизни в конкретном муниципалитете и направленные на сохранение здоровья каждого человека.

Кроме того, в рамках Послания Главы Чувашской Республики Государственному Совету Чувашской Республики на 2014 г. разработан Профиль здоровья семьи. Это еще один инструмент формирования здорового образа жизни в каждой конкретной семье (здоровое питание, отказ от вредных привычек, двигательная активность, поддержка семейных традиций, интересов).

Чувашия с 2004 г. является полноправным членом европейской сети ВОЗ «Регионы – за здоровье». Города Чебоксары и Новочебоксарск – аккредитованные члены национальной российской и европейской сетей ВОЗ «Здоровые города». 16 августа 2014 г. прошла межрегиональная конференция «Здоровое городское планирование – основа качества жизни населения». Города сделали ставку на здоровое городское планирование и развитие физической культуры и массовых видов спорта.

Реализация государственной антитабачной политики в Чувашской Республике осуществляется в рамках Указа Президента Чувашской Республики от 31 мая 2010 г. № 68 «О дополнительных мерах по профилактике курения табака в Чувашской Республике». Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 10 августа 2010 г. № 963 создан Координационный совет по борьбе против табака при Министерстве здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, в состав которого входят представители различных министерств и ведомств. На основании решения Совета внедрен мониторинг нормативных правовых актов, ограничивающих пассивное курение в организациях, введена система контроля, обеспечивающая соблюдение на местах требования о запрещении курения на рабочих местах и в помещениях проводятся мероприятия, направленные на совершенствование системы информирования населения о вредном воздействии табачного дыма. На заседаниях Совета в 2014 г. рассматривались вопросы о первоочередных мерах по реализации Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

В 2014 г. проведены межрегиональный семинар «Практика реализации положений Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака в регионах», пресс-конференции для журналистов по

вопросам вступления в силу с 1 июня 2014 г. отдельных положений указанного федерального закона и другие мероприятия.

Постановлением Кабинета министров Чувашской Республики от 13 ноября 2014 г. № 392 утвержден План мероприятий по охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территории Чувашской Республики.

За последние три года в результате названных мероприятий уровень потребления табака в Чувашской Республике снизился на 5,2% (с 27,3% в 2012 г. до 22,1% в 2014 г.) (поданным социологического опроса БУ «Республиканский центр профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики).

В рамках Указа Президента Чувашской Республики от 4 декабря 2002 г. № 137 «О дополнительных мерах по усилению контроля за потреблением алкоголя, профилактике алкоголизма и пьянства» органами исполнительной власти Чувашской Республики проводится целенаправленная работа по формированию у населения мотивации к здоровому образу жизни. Во всех городах и районах республики созданы межведомственные комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту, реализуются мероприятия по усилению контроля за потреблением алкоголя, профилактики алкоголизма и пьянства.

В работу наркологической службы внедрены технологии профилактической и реабилитационной работы в организациях социального обслуживания семьи и детей, позволяющие выявлять детей группы высокого риска и оказывать им лечебно-профилактическую помощь.

В целях консолидации усилий институтов гражданского общества наркологической службой республики реализован проект «Мы за трезвые семейные традиции», разработанный совместно с Чувашским республиканским советом женщин. Проект направлен на повышение наркологической и психологической грамотности населения и формирование большей ответственности женщин, матерей за создание здоровой семьи.

Вопросам организации питания школьников в последние годы уделяется повышенное внимание. Все общеобразовательные организации Чувашской Республики имеют свои столовые. Охват горячим питанием школьников республики с каждым годом стабильно растет, в 2014 г. этот показатель достиг 96%. Для обеспечения рациона питания с учетом гигиенических требований Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Чувашской Республике – Чувашии разработано и утверждено 10-дневное меню для школьников. Для различных категорий учащихся предлагается дополнительное (диетическое) меню, обеспечивающее иные потребности школьников в здоровом питании.

В 2014 г. был проведен мониторинг удовлетворенности учащихся общеобразовательных организаций и их родителей качеством питания в школах. По специально разработанной анкете опрошено более 68 тыс. родителей и более 79 тыс. учащихся. Опрос показал, что в подавляющем большинстве случаев качество питания в школах устраивает как родителей (96,4%), так и самих школьников (96,8%).

За последние три года (2012-2014) 206 образовательных организаций среднего образования республики получили современное оборудование для столовых (около 10 тыс. единиц), что позволило заметно улучшить качество пищи и разнообразить меню школьных столовых, наличие пароконвектоматов позволяет готовить блюда на пару, сохраняя при этом витамины, микроэлементы и аппетитный внешний вид. Для того чтобы пища не была холодной, установлены мармиты, для разнообразия салатной продукции установлены холодильные витрины, что позволило увеличить ассортимент салатов и фруктовых десертов.

За тот же период увеличилось производство продуктов, обогащенных витаминами и минеральными веществами, — на 10-15% (обогащено 44 тыс. тонн хлебобулочных и молочных продуктов), увеличилось массовое потребление свежих фруктов на 15-20% (с 53 до 65 кг/чел в год).

Для активного приобщения населения всех возрастов к занятиям физической культурой и спортом Указом Главы Чувашской Республики от 20 марта 2014 г. № 34 учрежден День здоровья и спорта.

Распоряжением Кабинета министров Чувашской Республики от 18 апреля 2014 г. № 240-р установлены даты ежемесячных дней здоровья и спорта в 2014 г. В эти дни более 150 тыс. жителей республики получили безвозмездные оздоровительные услуги на спортивных объектах.

В 2014 г. в Чувашской Республике была организована работа более 2 238 плоскостных спортивных сооружений, 730 спортивных залов, 66 плавательных бассейнов, 11 стадионов, 26 физкультурно-оздоровительных комплексов с пропускной способностью более 95 тыс. человек. Доля населения республики, систематически занимающегося физической культурой и спортом, составила 37,2% (Россия – 27,5%, ПФО – 29,9%).

Система медицинской профилактики в Чувашской Республике является многоуровневой и включает медицинские организации Чувашской Республики, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, специализированные медицинские организации, организации санаторно-курортного типа. Для организации мероприятий по профилактике заболеваний и формирования здорового образа жизни на республиканском уровне организовано БУ «Республиканский центр профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины» Минздравсоцразвития Чувашии. В медицинских организациях с целью проведения мероприятий по профилактике заболеваний организована работа кабинетов и отделений медицинской профилактики, центров здоровья, кабинетов здорового ребенка.

Организовано обучение специалистов кабинетов, отделений медицинской профилактики, специалистов центров здоровья на базе федеральных и республиканских образовательных организаций, проводятся семинары по вопросам профилактической работы на местах.

По итогам 2014 г. в школах здоровья прошли обучение 230 398 человек, в том числе в школе для пациентов с артериальной гипертензией – 33 828 человек, в школе для больных сахарным диабетом – 10 807 человек, в школе здорового образа жизни – 24 019 человек. Деятельность таких школ здоровья для хронических больных дополняет диспансерное наблюдение, которое ориентировано на предупреждение осложнений, обучение приемам самопомощи в экстренных ситуациях, информирование о принципах здорового питания, движения, лечения и самовосстановления.

Работа с детьми и подростками по формированию здорового образа жизни ведется как в медицинских организациях, подведомственных Минздравсоцразвития Чувашии, так и в дошкольных и загородных детских оздоровительных организациях, дошкольных образовательных организациях, общеобразовательных организациях, образовательных организациях среднего профессионального образования и высшего образования путем организации бесед с детьми и подростками, распространения наглядного материала о профилактике важнейших инфекционных и неинфекционных, социально значимых заболеваний, о здоровом образе жизни, необходимости двигательной активности, здорового питания.

Активно развиваются современные формы профилактической работы. Во время международных памятных акций, рекомендованных ВОЗ и посвященных профилактике важнейших неинфекционных заболеваний, проводятся массовые профилактические мероприятия. К данной профилактической работе привлекаются различные общественные организации, волонтеры, vip-персоны и самое главное – население республики. По итогам 2014 г. проведено более 500 массовых профилактических мероприятий, в которых приняли участие более 280 тыс. человек. Это различные фестивали, такие как «СОК» (фестиваль альтернативных культур), акции «31 мая – день отказа от курения», «Куришь? Проверь свои легкие», «Беги за мной», «День борьбы с инсультом», «День здоровья», «День борьбы с сахарным диабетом», «День здорового сердца», «Прогулка с врачом» и др. Во время таких акций проводятся массовые скрининг-обследования, консультации специалистов, раздаются информационные материалы, организовываются просмотры видеороликов и другие мероприятия.

С целью изучения распространенности поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний среди населения, планирования и эффективного проведения профилактических мероприятий проводятся социологические опросы. В 2014 г. проведены 12 анкетных опросов с охватом 16 436 человек, а также интернет-опрос.

Большую роль в пропаганде здорового образа жизни играют средства массовой информации. В 2014 г. через средства массовой информации организовано 410 телепередач, 782 радиопередачи, 823 публикации в прессе на темы здорового образа жизни. С целью расширения информационного пространства населения, внедрения современных информационных технологий в области формирования здорового образа жизни с 2009 г. работает медицинский портал «Здоровая Чувашия», на котором представлена информация о работе инфраструктур профилактической направленности (работе центров здоровья, школ здоровья, спортивных объектов, размещены информационные и видеоматериалы, проводятся интернет-опросы).

Дорофеев, С. Б. Национальные стратегии формирования здорового образа жизни населения / С. Б. Дорофеев, А. И. Бабенко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – № 6. – С. 44-47.

По материалам обзора отечественной и зарубежной литературы проведен анализ факторов риска, связанных с образом жизни населения, определяющих распространенность хронических неинфекционных заболеваний, на которые приходится более 80% всей смертности населения. Решение проблем в формировании здорового образа жизни (ЗОЖ) предполагается через разработку и реализацию национальных стратегий и программ, объединяющих деятельность различных ведомств. Эти проекты должны быть направлены на отдельные элементы образа жизни населения, его контингентов, коллективов, семьи, индивида. Представлен анализ опыта решения проблем ЗОЖ в ряде стран мира через отдельные программы, а также характеристика ряда проектов, реализуемых в регионах России. Указывается, что, несмотря на обилие стратегий, до настоящего времени серьезной проблемой является отсутствие единого управления, неотработанность механизмов интеграционного взаимодействия. Констатируется, что социальную политику государства следует направить на реализацию соответствующих законодательных мер мотивационного и стимулирующего характера в формировании и поддержании ЗОЖ, в реализации которых были бы заинтересованы все субъекты системы: государство, работодатели, здравоохранение, общественные институты, врачи, население.

В последние годы в РФ все большую значимость для потери здоровья населения приобретают хронические неинфекционные заболевания – болезни системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, сахарный диабет, новообразования, которые имеют повсеместное распространение, и на них приходится более 80% всей смертности населения.

Существующая распространенность заболеваний среди населения во многом связана с образом жизни различных поколений людей.

Характерно, что, по данным ВОЗ, эта группа заболеваний может быть предупреждена практически на всех этапах жизни человека через изменение поведенческих факторов образа жизни. Неслучайно, что среди всех факторов, формирующих здоровье населения, по данным ВОЗ, до 50% приходится на элементы здорового образа жизни (ЗОЖ) и только 10% – на систему здравоохранения.

Как указывает С.А. Бойцов и соавторы, снижение развития таких метаболических процессов, как избыточная масса тела и ожирение, повышенное артериальное давление, повышенный уровень глюкозы и липидов в крови, во многом способствует предупреждению раннего формирования хронических неинфекционных заболеваний.

Оценка влияния отдельных факторов на риск преждевременной смерти в РФ показала, что на артериальную гипертензию приходится 35,5% от общего вклада в смертность населения, гиперхолестеринемия – 23%, курение – 17,1%, недостаточное потребление фруктов и овощей –

12,9%, избыточную массу тела – 12,5%, злоупотребление алкоголем – 11,9% и гиподинамию – 9%. При этом нарастание числа факторов риска увеличивает вероятность смертельного исхода от сердечнососудистых заболеваний, в частности ИБС, когда лица, имеющие комплекс факторов, умирают в 12,5 раза чаще, чем без факторов риска.

По данным Т.Н. Марковой и соавторы, низкая физическая активность наблюдается у 83,8% мужчин и 90,3% женщин; нарушение пищевого поведения – соответственно у 47 и 78,6%; чрезмерное курение – у 48,5 и 3,4%; злоупотребление алкоголем – у 18,2 и 2,3%, что предопределяет широкое распространение среди населения хронических неинфекционных заболеваний.

При этом, как показали результаты комплексного исследования, проведенного в 2011 г. Ассоциацией международных фармацевтических производителей, в РФ более 90% населения подвержены одному фактору риска неинфекционных заболеваний или более, 82% имеют до трех факторов, более 9% – все факторы риска, связанные с образом жизни.

Распространенность факторов риска среди лиц, обратившихся в центры здоровья, составляет до 88%. Ведущими факторами являются гиподинамия, выявленная у 32% обследованных, нерациональное питание и избыточная масса тела (28%), артериальная гипертензия (26%), табакокурение (26%), стрессовые ситуации (25%).

Эти факторы уже имеют достаточно широкое распространение в детском и подростковом возрасте, определяя предрасположенность к раннему возникновению патологии, что свидетельствует о несоответствии адаптационно-компенсаторных возможностей организма биологическим затратам на приспособление к условиям жизни и деятельности.

Таким образом, повсеместное распространение среди населения неблагоприятных факторов образа жизни создает серьезную проблему подготовки новых поколений к реализации репродуктивной функции, профессиональной деятельности и обороноспособности, что требует соответствующего решения проблем формирования ЗОЖ. Разработка и реализация стратегий, проектов, программ подобного рода должны не только быть направлены на отдельные элементы (факторы) образа жизни населения, но и учитывать особенности отдельных контингентов и коллективов людей, структуры, характера формирования семей с целью усиления уже существующих мероприятий и внедрения инновационных мер.

Попытками комплексного решения проблем, связанных со здоровьем населения, в том числе по вопросам ЗОЖ, могут служить программы «Здоровый город», реализуемые на отдельных территориях России (в частности, в Новосибирске, Ставрополе, Ижевске, Королеве и Долгопрудном Московской области и др.), где главной целью было привлечение общественности, широких слоев населения к организации здоровой жизни в городе. Их развитием послужили целевые программы «Здоровье на рабочем месте», «Здоровые школы», где участниками проектов стали более 600 городов и 30 национальных сетей.

Интересен опыт зарубежных стран, где наиболее эффективно реализуется целый комплекс проектов по формированию ЗОЖ. По материалам анализа зарубежной литературы, проведенного А. М. Калининим и Н. А. Хоркиной, показано, что в Великобритании с 2010 г. запущен пилотный проект по стимулированию ЗОЖ, где делается упор на проведение профилактических осмотров населения, рекомендации по изменению образа жизни. Имеется филиппинская программа «Национальная кампания здорового образа жизни», где с 2003 г. реализуются меры по привитию населению страны осознанного отношения к своему здоровью, стимулированию ЗОЖ. Эта программа включает ряд блоков: контроль за потреблением табака и алкоголя; поддержка физической активности; здоровая диета и контроль массы тела; управление стрессами. В Аргентине осуществляется проект «Национальный план здорового образа жизни» в соответствии со стратегией ВОЗ «Диета, физическая активность и здоровье». Задачами этого документа является снижение распространенности неинфекционных хронических заболеваний, избавление от избыточной массы тела, отказ от вредных привычек, поддержание физической активности и рационального питания. В Сингапуре под руководством Совета по продвижению здоровья реализуется более 40 программ с ежегодным выбором одного из приоритетных направлений. Так, в 2012 г. ведущим направлением реализации ЗОЖ была профилактика

детского ожирения, включающая семинары, выставки, тренинги, просветительские программы, создание специальных интернет-сайтов и т. д. Особенностью подобных проектов в Австралии является реализация принципа «начни с себя» для лиц, ответственных за разработку тех или иных оздоровительных программ, в частности «Здоровый образ жизни для государственной службы», «Здоровый выбор места для быстрого питания» и др. Возможна успешная реализация программ в пределах отдельных учебных заведений, организаций, предприятий, т. е. на уровне коллективов. Особенностью реализации университетских программ в США является то, что, помимо проведения курсов по изменению привычек и стиля жизни относительно влияния факторов риска на здоровье, у учащейся молодежи осуществляется подготовка тренеров для последующего продвижения ЗОЖ уже по месту работы подготовленных специалистов.

В ряде программ делается упор на содействие активному образу жизни, физической активности и пешеходному движению. Так, в Великобритании реализуется проект «Ходьба для здоровья», в Ирландии – специальные мероприятия для женщин, в Польше – улучшение состояния здоровья через активный образ жизни и правильное питание, во Франции – для семей с детьми «Мама, папа, давайте двигаться вместе», в Дании и Норвегии – городской велоспорт, в Италии – активная жизнь до глубокой старости. При этом показана высокая эффективность этих проектов, что существенно отразилось на сокращении расходов национальных систем здравоохранения на оказание медицинской помощи.

В городах Израйля с 2011 г. реализуется «Национальная программа по содействию активному и здоровому образу жизни», где запланировано стимулирование местных органов власти к поддержке физической активности населения (оборудование велодорожек, установка уличных спортивных тренажеров и т. д.), популяризация здоровых пищевых продуктов, в том числе с помощью механизма ценового регулирования, обеспечение доступности для занятий фитнесом, ограничение рекламы вредных пищевых продуктов, организация обучающих семинаров для желающих снизить массу тела.

В США с 2011 г. реализуется национальная стратегия «Здоровые люди 2020», развивающая ЗОЖ. В ее рамках более 60 организаций получили финансовую поддержку на борьбу с курением, пропаганду здорового питания, повышение результативности профилактических мероприятий с охватом свыше 120 млн. жителей.

Для поддержания программ подобного рода в Австралии Министерством здравоохранения создана система федеральных грантов «Инициативы здорового сообщества», «Готов к работе, готов к жизни», «Здоровое питание, активность и стиль жизни», «Баланс работы и жизни» с целью финансовой поддержки организаций и предприятий, реализующих меры ЗОЖ, которые в дальнейшем можно активно использовать на местном уровне в других регионах страны.

Несмотря на обилие стратегий, проектов и программ, их теоретический и практический опыт, до настоящего времени остается серьезной проблемой отсутствие единого управления, неотработанность механизмов интеграционного взаимодействия, каждый участник выполняет только свою узкую задачу. В соответствии с этим в проекте новой европейской политики здравоохранения «Здоровье-2020» предусмотрено создание интеграционного взаимодействия государственных, частных институтов и общественных организаций стран в интересах национального здоровья. Эта модель профилактики по предупреждению развития хронических заболеваний и формированию ЗОЖ включает деятельность законодательных и исполнительных органов государства, бизнес-структур, некоммерческих организаций.

При анализе существующего подхода к формированию проектов и программ можно констатировать, что оптимальным является подход, при котором деятельность государства ограничивается общим характером мер (законодательные меры, запреты, льготы, стимулирование), а также предоставлением финансирования узкоспециализированных программ регионального и местного уровней, общественных организаций и отдельных компаний. При этом важно отметить, что разработка и реализация проектов по формированию ЗОЖ, сознательного отношения граждан к своему здоровью должны стать неотъемлемой частью социальной политики государства.

Как считают Т.А. Сибурина и соавторы, необходима разработка кластерной модели профилактической медицины, направленной на формирование ЗОЖ населения на региональном, муниципальном (город, селение), популяционном, групповом и индивидуальном уровнях, имеющей сетевую структуру во главе с региональным межведомственным координационным советом. Роль пускового механизма отводится региональному центру медицинской профилактики.

Примером построения подобных кластеров являются разработанные кластеры в Красноярском крае: «Среда жизнедеятельности», «Здоровый образ жизни». В Пермском крае реализуется проект «Долина здоровья», предусматривающий использование местного целебного потенциала, производство обогащенных продуктов питания, создание торговой сети «Здоровье» на базе магазинов, кафе, аптек, клубов, салонов, профилакториев, туристических фирм и т. п., развитие консультативной сети на базе поликлиник, школ.

В России был разработан национальный проект «Здоровье», где особое внимание уделяется профилактической составляющей, и в федеральном бюджете на 2009-2011 гг. было впервые предусмотрено выделение целевых средств на формирование ЗОЖ. В настоящее время продолжается реализация государственной коммуникационной программы по формированию приоритетов ЗОЖ «Здоровая Россия». В задачи программы входит формирование ценности здоровья и ответственного отношения к нему, донесение до каждого гражданина необходимости соблюдения принципов здорового питания, режима двигательной активности, своевременного профилактического обследования, отказа от употребления алкоголя и табака.

В рамках этих программ в 2010 г. приняты такие документы, как «Доктрина продовольственной безопасности Российской Федерации», «Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания на период до 2020 г.». Их успешная реализация, по мнению О. В. Сазоновой и соавторов, возможна при объединении усилий управленческого аппарата, бизнеса, медиков, представителей агропромышленного комплекса, СМИ, общественных организаций.

Таким образом, анализ литературы свидетельствует, что реализация ряда стратегических позиций по формированию ЗОЖ должна сопровождаться внедрением соответствующих комплексных информационных и образовательных программ для различных категорий граждан, разработкой механизмов мотивирования и стимулирования граждан к ведению ЗОЖ.

Это должно найти решение при разработке стратегии охраны здоровья населения, формирования и поддержки ЗОЖ через реализацию соответствующих проектов и программ как на общегосударственном, так и на региональных уровнях с привлечением работодателей и всех сфер, связанных с жизнедеятельностью населения. Возникает потребность в реализации соответствующих законодательных мер мотивационного и стимулирующего характера в формировании и поддержании ЗОЖ, в которых были бы заинтересованы все субъекты системы: государство, работодатели, здравоохранение, общественные институты, врачи, население. Это выдвигает необходимость разработки научно обоснованных решений, организационно-функциональных и информационно-аналитических моделей с определением приоритетов по формированию ЗОЖ для различных контингентов населения.

Уважаемые коллеги!

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

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ




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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье – выходной день

-  (846) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел
-  (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей
-  тел./факс: (846) 372-39-38 – отдел комплектования и библиотечной обработки

✉ sonmb@medlan.samara.ru

✉ sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>