

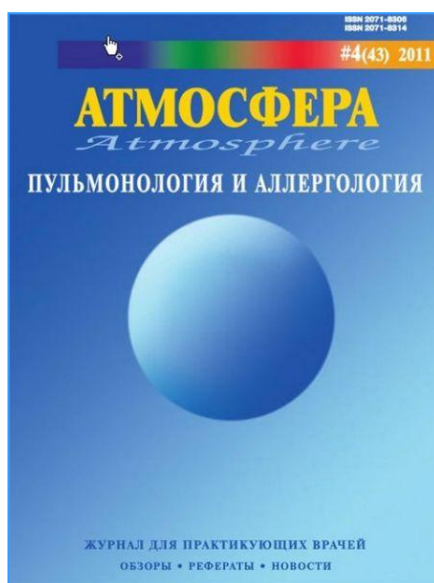
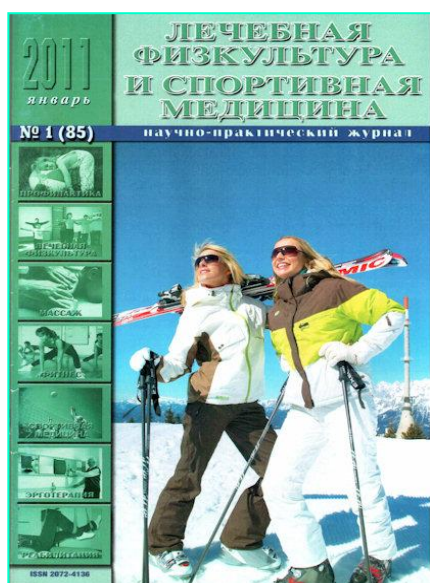


# Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

## Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№11 (ноябрь), 2015



САМАРА

## СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ .....	30
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	35

## УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

*Катастрофическая реальность реформы здравоохранения в России // Главный врач. – 2015. – № 10. – С. 3-11.*

Больше года члены ОНФ изучали проблемы постреформенного российского здравоохранения, которые и попытались изложить на недавно прошедшем форуме «За качественную и доступную медицину!». По итогам выступлений Президент резюмировал: моратория на медреформу не будет, она скорректирует направление. Куда приведет нас новый путь?

Часть информации, озвученной докладчиками на форуме ОНФ по здравоохранению, давно уже не является откровением. Шокирует она лишь в собранном виде. Похоже, что реформа госмедицины, которая с 2012 года уничтожает остатки бывшей советской системы здравоохранения, с ее всеохватностью, обязательностью и вечным недофинансированием, в ее нынешнем виде провалилась.

С этим выводом, правда, не соглашается Минздрав, который уверяет, что возродить то, что методично разрушали прежние руководители здравоохранения, следует, как минимум, пару пятилеток. А вовсе не ждать быстрых результатов, от не привыкшего относиться к собственному здоровью бережно населения.

Пока очевидно лишь то, что пользу нынешняя реформа принесла лишь коммерческим клиникам, успешно решив их кадровый вопрос, а также покупателям недвижимости, образовавшейся после массовой ликвидации медицинских учреждений. Возможно, через некоторое время компетентные организации еще займутся подсчетом потерь от передачи в частные руки больниц и поликлиник, внезапно ставших обременительными для государственной медицины.

Система обязательного медицинского страхования, с помощью которой надеялись упорядочить организацию и финансирование лечебного процесса, пока что так и не состоялась. Ибо даже в городах-миллионниках фонды ОМС не слишком «обширны», а ставки за каждую медицинскую манипуляцию неоправданно занижены. Кроме того, существование огромного количества частных страховых компаний, которые контролируют любые медицинские манипуляции государственных медиков, также были признаны большинством ораторов тупиковым путем.

Те, кто взялся изучать медицинские проблемы, похоже, даже не представляли всего масштаба бедствия, которое охватило действительно требующую изменений систему. Хотя по заверениям специалистов Минздрава, население реформой в целом довольно и медпомощь его устраивает, просто... реже обращается к врачам – на 7,7 млн. в 2014 году по сравнению с 2013 годом.

Больше половины опрошенных ОНФ в марте и апреле 2015 года пациентов, имеющих право на льготные лекарства заявили, что выписанных препаратов в аптеках часто не бывает. Их приходится заказывать или искать.

Самым наглядным показателем неблагополучия в государственном здравоохранении является рост смертности населения в 2014 году, который составил 2,8% в среднем по России, и 6,8% в особо проблемных регионах – Карелии, Ямало-Ненецком округе, Хакасии, в Костромской области и на Сахалине. Заметим, что именно в 2014 году реформы наиболее активно проводились в жизнь. В Минздраве этот факт объясняют, конечно, внешними причинами – внезапно вспыхнувшей в 2014-2015 году эпидемией гриппа, нездоровым образом жизни и большим числом пожилого населения, а также – автоавариями на дорогах.

Докладчики ОНФ – напротив, поясняют это внутриминистерскими проблемами: резко, на 90 тысяч человек сократившимся количеством врачей и медсестер, ликвидацией фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов – их закрыто 659), невозможностью получить своевременно консультацию врача, и неправомерными отказами в госпитализации.

Впрочем, часть населения действительно очень безответственно относится к здоровью, как своему, так и окружающих. Именно поэтому активист ОНФ из Мордовии – замглаврача ГБУЗ «Торбеевская межрайонная больница» Евгений Крылов, где находится огромное количество исправительных учреждений, поднял вопрос о необходимости введения принудительного лечения туберкулеза и других инфекционных заболеваний в учреждениях

режимного типа. По его мнению, такие пациенты, появляясь в общественных местах, нарушают право окружающих людей на здоровье. К сожалению, правота доктора Крылова никаких сомнений не вызывает.

По данным ОНФ существуют целые районы, где вообще невозможно получить экстренную, или хотя бы оперативную медпомощь. Дело усугубляется и кадровым дефицитом, который образовался вследствие непродуманного планирования сокращения медиков в регионах.

Как и говорилось неоднократно, особенно остро в регионах не хватает сельских врачей, в связи с чем было выдвинуто, безусловно, правильное предложение: исключить возрастной ценз для таких докторов, так как куда больше шансов, что в сельской местности согласится работать врач или фельдшер предпенсионного возраста, а не молодой доктор, который вскоре обзаведется семьей и детьми и будет нуждаться в хорошей школе для них.

Наглядный пример бессистемного сокращения медицинских учреждений был описан и в выступлении акушера-гинеколога из Борисоглебского района Ярославской области. Как выяснилось, что свой роддом они оснастили за свой счет, в то время как по приказу Минздрава в Ярославской области закрыли семь сельских роддомов!

Теперь нередки случаи, когда роды принимают бабки-повитухи (30%), что, безусловно, лучше, чем... самостоятельные роды в поле. Но смертность уже увеличилась, а век у нас XXI. Как объясняют представители ярославского департамента здравоохранения, в роддомах ежемесячно рожали не более десятка рожениц, а потому на местах оставили лишь фельдшеров, ведущих беременных до отправления в централизованные райцентры.

Последствия данной ситуации плачевны: в области намного легче сделать плановый аборт, чем родить, когда «нельзя погодить». Ибо до областного центра молодую мать в процессе родов могут просто не довезти.

Впрочем, дальняя доставка пациентов из-за невозможности оказать помощь на местах, актуальна не только для отдаленных от Москвы регионов.

Такое ощущение, что те, кто проводит реформу в жизнь, не имеют конкретной цели, потому что даже экономия во многих случаях сомнительна, – резюмировал один из выступающих. Словно реформа происходит ради реформы. Учитывая массу приведенных остальными выступающими фактов, таких, как закрытие профильных больниц в райцентрах, и открытие взамен здравпунктов, так оно и происходит...

Снижение доступности медицинской помощи коснулось как взрослого населения, так и детей. Нынче в моде новое направление – педиатров стремятся ... сделать ВОПами, то бишь, врачами общего профиля, которым будут одинаково ведомы – гериатрия и педиатрия, здоровый образ жизни и офтальмология с гинекологией. Однако противники такой сомнительной мультифункциональности – не только родители, но и именитые специалисты. Так, член московского штаба ОНФ, директор НИИ детской хирургии Научного центра здоровья детей РАМН, заведующий кафедрой детской хирургии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Дмитрий Морозов категорически заявил, что допускать разрушения педиатрии, устоявшей при всех реформах, никак невозможно. На фоне явных успехов в неонатологии и педиатрии, медицинское сообщество считает это основной угрозой здоровью населения, так как это отбросит и перинатологию, и все педиатрию далеко назад. Главное, решить проблему подготовки медицинских кадров, мотивировать их бесплатной ординатурой или квартирами.

Тем не менее, совсем недалеко от Москвы существуют места, куда врачей не заманишь даже жилплощадью. Ставки врачей так и не стали выше, а рост зарплат достигается за счет увольнения одних медиков и увеличения нагрузки на других. Кстати, по данным ОНФ львиная доля сокращенных устроилась в коммерческую медицину. Их оставшимся на государственной службе коллегам обещанное двукратное повышение ставок к 2018 году не грозит, с учетом нынешней экономической ситуации. Разве что, будет учитываться средняя арифметическая зарплата, где считаются и доходы главврача и обычного дежурства.

Впрочем, министр здравоохранения Вероника Скворцова всячески стремилась охладить праведный пыл критиков, призывая их не портить имидж госмедицины, а предложить уже готовые решения.

После отказа президента наложить мораторий на дальнейшие реформы по уже имеющемуся плану многие чувствуют себя разочарованными и сулят России – «китайский шелковый путь» в здравоохранении. То есть, полное уничтожение условно-бесплатной страховой медицины. Исключением являются социально-значимые отрасли медицины, находящиеся на

казенном, то есть, бюджетном обеспечении. Там реформирование проходит по хорошо продуманному и научно обоснованному сценарию.

Хотелось бы, чтобы настолько же взвешенным и распланированным оно оказалось и в других областях государственного здравоохранения. И ключевая модель развития здравоохранения будет выбрана более взвешенно, чем та, по которой реформа протекала с 2012 по 2015 год.

По итогам работы пяти дискуссионных площадок в рамках форума Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!» эксперты сформулировали проекты резолюций. Они посвящены пяти тематическим секциям: «Доступность и качество медицинской помощи: итоги оптимизации»; «Система подготовки медицинских кадров для нового качества здравоохранения»; «Лекарственное и технологическое обеспечение здравоохранения – резерв для повышения доступности и качества медицинской помощи»; «Детское здравоохранение – актуальные проблемы сохранения здоровья нации» и «Экономика и управление системой здравоохранения: устойчивость и развитие».

Напомним, что в работе форума приняли участие 600 человек: пациенты, врачи, ученые, фармпроизводители, гражданские активисты, эксперты, журналисты, руководство профильных министерств и ведомств. В преддверии форума активистами ОНФ во всех регионах была проведена большая работа по изучению ситуации в сфере здравоохранения.

Участники дискуссионной площадки «Доступность и качество медицинской помощи: итоги оптимизации» Форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» обсудили проблемы территориального планирования при проведении процесса оптимизации в системе здравоохранения и соблюдение критериев доступности медпомощи при ее проведении, применение новых технологий, способных улучшить обеспечение медицинскими услугами население и проблемы расширения объемов платных услуг в системе государственного здравоохранения, препятствующие этому, работу скорой медицинской помощи, а также вопросы совершенствования системы общественной оценки качества работы медицинских организаций и повышение уровня информированности населения о государственных медицинских услугах.

Участники дискуссионной площадки согласились с тем, что вопрос о доступности и качестве медицинской помощи является приоритетным для граждан страны. О значимости этой темы говорил и лидер ОНФ, Президент России Владимир Путин, призвавший еще в 2012 г. довести качество и содержание социальных услуг до уровня, существующего в развитых странах. В области, касающейся увеличения доступности и повышения качества медицинских услуг, Президентом было дано порядка 50 поручений, при этом на сегодняшний день половина из них не выполнена и остается на контроле. Острота проблем качества и доступности медпомощи, выявленная в ходе мониторингов, проведенных активистами ОНФ, оказалась в центре внимания на дискуссионной площадке. Проведенное обсуждение показало, что оптимизация без четкого обоснования и расчета последствий принимаемых решений негативно влияет на доступность и качество медицинской помощи, а также на психологический климат в медицинском сообществе.

В качестве основных причин дисбаланса в получении медицинской помощи жителями города и села было названо отсутствие продуманного территориального планирования, учитывающего специфику каждого региона, а также отсутствие четких критериев доступности медпомощи, принимающих во внимание особенности субъекта. К сожалению, рекомендации Минздрава России в этом направлении и предпринятые им усилия не реализуются на местах должным образом. Одновременно участники дискуссии отметили, что положение усугубляется кадровым дефицитом в отрасли, который особенно ярко выражен в сельских территориях, где приток молодых специалистов минимален. Существующие меры по привлечению специалистов в отдаленные территории не показывают результатов, способных кардинально изменить ситуацию, в которой должны были помочь, в том числе, новые информационные технологии. И в этой части требуется консолидация всех ответственных за это направление ведомств в целях повышения доступа граждан к информации о возможностях получения медицинских услуг.

В рамках дискуссионной площадки эксперты обсудили работу скорой помощи – важнейшей составляющей системы здравоохранения России. Участники сошлись во мнении, что текущая система финансирования несовершенна, а недостаточное количество квали-

фицированных работников и низкий уровень материально-технического состояния автомобилей ухудшает доступность для пациентов.

Участниками секции констатировали, что общественная оценка качества медпомощи является серьезным фактором, способным повлиять на улучшение работы медицинских организаций.

Обобщив предложения участников дискуссионной площадки, итоги мониторингов ОНФ и экспертных совещаний предлагается:

- проанализировать ход оптимизации в регионах с целью выработки мер, направленных на повышение доступности предоставляемых медицинских услуг;
- наложить мораторий на закрытие медицинских учреждений, находящихся на сельских территориях и отдаленных территориях;
- обратить внимание на совершенствование системы общественной и экспертной оценки работы медицинских организаций с целью повышения качества предоставляемых медицинских услуг;
- активизировать внедрение новых технологий в работу медицинских организаций;
- разработать комплекс мер, направленных на повышение информированности населения о государственных медицинских услугах;
- выработать и реализовать комплекс мер, направленных на сокращение объема платных услуг в системе здравоохранения;
- усовершенствовать работу скорой медицинской помощи, изменив механизм финансирования, а именно вывести из системы ОМС и перевести на бюджетное финансирование;
- рассмотреть возможность внесения изменений в Уголовный кодекс РФ в части усиления ответственности за нападение на врачей и фельдшеров при исполнении ими своих служебных;
- не допустить необоснованное замещение в государственных медучреждениях бесплатных услуг платными;
- признать работу домашних хозяйств неэффективной и не призванной к оказанию медицинской помощи;
- создать стимулы для привлечения медработников в малонаселенные пункты, запустив программу «Земский фельдшер» на федеральном уровне;
- внести в список обязанностей властей обеспечить парковочное пространство для пациентов возле медицинских учреждений.

Участники дискуссионной площадки «Система подготовки медицинских кадров для нового качества здравоохранения» Форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» обсудили вопросы повышения качества подготовки кадров в медицинских вузах, возможные пути решения проблемы дефицита кадров в первичном звене медицинских организаций, актуальные запросы пациентов и системы здравоохранения в части подготовки медицинских работников, механизмы повышения эффективности госрат на эти цели, а также проблему формирования деловых и нравственных качеств работников медицинских организаций.

Развитие здравоохранения невозможно без подготовки квалифицированных кадров, способных реализовать принимаемые государством решения в этой сфере и обеспечить новое качество российского здравоохранения. В ходе обсуждения участники Форума отметили, что уровень квалификации врачей падает. В современных условиях необходимо не просто не допустить снижение профессионализма медработника, но и повысить его.

Участники, прежде всего, обсудили проблемы подготовки медицинских кадров в ВУЗах и отметили, что недостаточное получение студентами практических навыков негативно влияет на уровень диагностической и лечебной работы. В связи с этим, особого внимания требует оснащение клинических баз медицинских ВУЗов, которое должно соответствовать современным практикам (в качестве стимулирующей меры для медицинских организаций, на базе которых ведется исследовательская и образовательная деятельность, необходимо предусмотреть механизм компенсации дополнительных затрат в виде повышающего коэффициента к действующим тарифам ОМС).

Кроме того, участники обратили внимание на то, что меры, принимаемые в отношении системы образования в ВУЗах, должны также распространяться на образовательные учреждения среднего профессионального образования. В качестве меры по повышению профессионализма

медработников рассматривалась необходимость усиления ответственности общественных организаций за допуск медицинских работников к профессии.

Одной из острых проблем в сфере здравоохранения, беспокоящих население, является нехватка специалистов и их низкая квалификация в первичном звене. Участники предложили механизмы решения проблем дефицита кадров, в том числе за счет расширения действия программы «Земский доктор».

Значительное число тем для обсуждения на площадке, предложенных экспертами, касались обучения специалистов, в том числе новых профессий, и переобучения уже практикующих врачей. В настоящее время на одно из первых мест выходит задача подготовки специалистов, востребованных современной системой здравоохранения: профессиональных управленцев, специалистов, обслуживающих высокотехнологичное оборудование, сферу паллиативной помощи и др. Участники предложили рассмотреть возможность разработки «дорожной карты» по внедрению в образовательный процесс программ по новым специальностям обучения.

Наряду с этим, участники Форума отметили недостатки профессиональной этики и культуры взаимодействия врача и пациента. Был обсуждён комплекс вопросов, связанных с формированием деловых и нравственных качеств работников медицинских организаций. В качестве одной из мер было предложено развитие и поддержка социальной рекламы как инструмента по формированию позитивного образа врача.

В части повышения эффективности государственных трат в системе подготовки и переподготовки медкадров отмечалось недостаточное финансирование этого направления, а также отсутствие должного контроля за реализацией такого механизма как целевой набор.

Напомним, Президентом России было дано более 20 поручений, направленных на решение кадровых проблем системы здравоохранения и улучшение качества подготовки медицинских кадров. При этом по состоянию на сегодняшний день треть из них не выполнены и остаются на контроле.

Обобщив предложения участников дискуссионной площадки, итоги мониторингов ОНФ и экспертных совещаний предлагается:

- сделать акцент на подготовке специалистов, востребованных современной системой здравоохранения для успешной реализации задач информатизации, управления и высокотехнологичной медпомощи;

- разработать комплекс мер и рекомендаций, направленных на повышении культуры общения врача и пациента, обратив особое внимание на соблюдение пациентами врачебных рекомендаций; ввести в законодательство понятие «ответственность пациента»;

- в рамках повышения эффективности бюджетных трат в системе образования медицинских кадров проанализировать расходование средств на повышение квалификации врачей, подготовку и переподготовку кадров;

- расширить действия программы «Земский доктор» на малые города, численностью до 50 тыс. человек, а также полностью снять возрастной ценз;

- в качестве меры по повышению уровня подготовки и преодолению дефицита медицинских кадров, в том числе первичного звена, предпринять меры по повышению ответственности глав регионов и муниципалитетов за трудоустройство молодых специалистов, получивших образование по «целевому» набору от своих регионов;

- решить вопрос о клинических базах, вернуть в программу подготовки врачей прохождение студентами практики на базе клинических кафедр;

- разработать методiku, обеспечивающую взвешенное и обоснованное принятие решений об объединении медицинских высших учебных заведений с федеральными университетами;

- рассмотреть возможность внедрения повсеместной для системы здравоохранения практики замещения вакантных должностей исключительно на конкурсной основе и с учетом мнения медицинского сообщества; ввести ответственность региональных властей за соблюдение данного порядка.

Участники дискуссионной площадки «Экономика и управление системой охраны здоровья: устойчивость и развитие» Форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» обсудили проведение оптимизации системы здравоохранения и критерии ее эффективности, проблемы недостаточной рентабельности трат в сфере здравоохранения, усовершенствования государственного контроля в системе здравоохранении и вопросы регулирования стоимости

платных медицинских услуг в медицинских организациях, а также роль и место страховых компаний в системе ОМС.

Участники дискуссионной площадки отметили отсутствие четкой модели экономического развития системы здравоохранения, а также основы для ее устойчивости. Прежде всего было отмечено сокращение финансирования здравоохранения на федеральном уровне и неисполнение обязательств в этой сфере региональных бюджетов. Что в условиях ухудшающейся экономической ситуации требует особого внимания и осторожности при принятии соответствующих решений. Приоритет здравоохранения должен оставаться безусловным для страны даже в самые трудные времена.

Процесс оптимизации системы здравоохранения проходит без экономически непродуманной модели в условиях отсутствия критериев определения эффективности медорганизации, исключительно за счет ликвидации медицинских учреждений и сокращением койко-мест преимущественно в сельской местности. Медпомощь становится все менее доступна сельскому населению, увеличивается нагрузка на медперсонал. В рамках программы модернизации здравоохранения отмечено неэффективное использование денежных средств. Участники дискуссии выяснили, что в регионах происходят необоснованные закупки дорогостоящего оборудования, в которых медицинские учреждения не нуждаются и которые в дальнейшем простаивают в подвальных помещениях. При этом в других медицинских учреждениях отмечается нехватка самого необходимого оборудования.

Медорганизации вынуждены восполнять выпадающие расходы за счет увеличения объема платных услуг, двойного списания денежных средств за одну и ту же медицинскую услугу из Фонда ОМС и за счет граждан. Пациенты прибегают к платным услугам в целях сокращения времени ожидания медпомощи. При этом, в вопросе тарификации и ценообразования платных медицинских услуг отсутствует единообразие.

Профессиональное сообщество отмечает негативное отношение врачей к деятельности страховых медицинских организаций (СМО), которая вызывает также вопросы и у пациентов, – населению и врачам не понятна роль СМО в системе здравоохранения. Основной целью СМО в настоящее время вместо информирования граждан об объемах полагающейся им медицинской помощи является наложение штрафов на медицинские учреждения, несмотря на то, что информированность граждан является базовым принципом страхования в системе ОМС. При этом лидер ОНФ, Президент России Владимир Путин указывал именно на необходимость развития принципов страхования в системе ОМС. Участники дискуссии отметили необходимость ускорения работы на этом направлении.

Эксперты также отмечают снижение удовлетворенности граждан медицинской помощью несмотря на увеличение объемов средств, погруженных в систему. Очевидно, что государственные траты на систему здравоохранения нуждаются в повышении их эффективности. Участники площадки указали также на недостатки системы государственного контроля как за качеством медпомощи в целом, так и за деятельностью участников системы ОМС: отмечается как недостаток контроля, так и недостаточность полномочий Росздравнадзора контролировать исполнение выписанных предписаний.

Обобщив предложения участников дискуссионной площадки, итоги мониторингов ОНФ и экспертных совещаний предлагается:

- необходимо провести инвентаризацию всех средств сферы здравоохранения на федеральном и региональном уровне. Конкретизировать оказание обязательной медицинской помощи. Проанализировать и составить реестр данных по статистике заболеваемости населения и льготных категорий граждан;
- провести анализ оптимизации здравоохранения и выработать комплекс мер по созданию критериев экономической эффективности и неэффективности медорганизаций;
- необходимо увеличить прозрачность и открытость при разработке и исполнении госпрограмм, а также повысить ответственность чиновников за принимаемые решения;
- разработать механизм по повышению эффективности трат в сфере здравоохранения за счет повышения государственного контроля;
- актуализировать и усилить систему государственного контроля;
- провести аудит деятельности, включая экономическую, работы страховых медицинских организаций в системе ОМС, а также прозрачности деятельности ФОМС;



– создать механизм регулирования стоимости платных медицинских услуг, оказываемых в государственных и частных медицинских организациях и найти решение проблемы двойного списания денежных средств за счет ОМС;

– усилить работу по исполнению указов и поручений Президента в части управления системой здравоохранения.

Детское здравоохранение – актуальные проблемы сохранения здоровья нации.

Участники дискуссионной площадки «Детское здравоохранение – актуальные проблемы сохранения здоровья нации» Форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» обсудили роль диспансеризации и профилактики заболеваний в реальной оптимизации здравоохранения, оказание медицинской помощи в образовательных организациях, пути повышения эффективности государственной политики в формировании здорового образа жизни и подвели предварительные итоги Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, установленном по поручению Президента России, Лидера ОНФ Владимира Путина в 2015 г., а также указали на необходимость усиления взаимодействия общества и власти в сфере улучшения системы охраны здоровья граждан, в том числе в части выработки новых подходов в системе здорового питания.

В ходе проведения дискуссионной площадки участники сошлись во мнении, что проблема сохранения здоровья детей и формирования здорового образа жизни среди населения является не просто чрезвычайно важной, а ключевой для всей нашей страны с учетом особенностей демографической ситуации.

Среди множества факторов, влияющих на состояние здоровья граждан, наряду с наследственностью, эксперты отметили роль «управляемых факторов»: окружающей среды, санитарно-гигиенических условий проживания, учебы, работы и проведения досуга населения.

Как показывает мировой опыт, здоровье нации напрямую зависит от эффективной и современной профилактики и диагностики заболеваний. В связи с этим участники дискуссии отметили, что в 2014 г. диспансеризацию прошли 40,1 млн. человек или 90% от запланированного числа, однако по итогам первичная выявляемость заболеваний была на невысоком уровне.

Особое внимание было уделено детскому здравоохранению. В ходе дискуссии был отмечен тот факт, что по официальным данным 75% школьников в возрасте 14 лет имеют установленный диагноз. Это говорит о недостаточности внимания к вопросам сохранения здоровья детей, а также профилактики и пропаганды здорового образа жизни. При этом ранее принятые меры по усилению проникновения системы здравоохранения в систему среднего образования сейчас фактически нивелируются. Участники дискуссионной площадки указывали на пагубность сокращения медицинских кабинетов в школах, которое происходит вследствие тотальной оптимизации и реорганизации систем образования и медицины.

Еще в 2013 году Президент России, В. В. Путин призывал стимулировать граждан к здоровому образу жизни. Эксперты площадки затронули вопросы, касающиеся государственной политики в сфере формирования здорового образа жизни, отметив, что данное направление является приоритетным для поддержания, сохранения здоровья нации, а также сокращения доли государственных расходов на здравоохранение. Несмотря на наличие программ в этом направлении, реализующихся Роспотребнадзором, Минздравом, Минобрнауки, Минспортом, на сегодняшний день отсутствует общая координация и межведомственное взаимодействие, что позволило бы добиться глобального эффекта по всей стране.

В рамках дискуссионной площадки эксперты обсудили итоги Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями и отметили, что усилия органов власти в этом вопросе оказались недостаточными, а регионы формально подошли к исполнению задачи, поставленной Президентом России В. В. Путиным. Только треть регионов разместили на профильных сайтах информацию о проводимой политике, а врачей-кардиологов нет почти в 30% поликлиник по всей стране.

Между тем, участниками дискуссионной площадки было отмечено, что одной из главных причин возникновения сердечно-сосудистых заболеваний является отсутствие культуры заботы о своем здоровье у населения, приводящей в частности к неправильному питанию не только у взрослых, но и у детей. По данным института питания РАМН, каждый пятый ребенок в России страдает от ожирения.

В целом эксперты сошлись во мнении, что в сфере охраны здоровья государство в недостаточной степени использует ресурсы профессиональных и общественных медицинских организаций, которые могли бы включиться в работу на всех уровнях, что дало бы ощутимый эффект.

Обобщив предложения участников дискуссионной площадки, итоги мониторингов ОНФ и экспертных совещаний предлагается:

- проанализировать итоги работы по проведению диспансеризации населения и предложить методики по повышению её эффективности;
- проработать меры по недопущению сокращения объемов медицинской помощи в образовательных учреждениях;
- рассмотреть возможность расширения календаря детских прививок;
- в целях привития гражданам культуры здоровья разработать и внедрить систему социально-экономической мотивации граждан к сохранению и укреплению своего здоровья;
- проанализировать итоги Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями и выработать предложения по продолжению работы в данном направлении, в том числе в направлении усиления пропаганды здорового питания населения;
- обратить внимание на необходимость активного привлечения общественных и профессиональных медицинских организаций и работе по популяризации среди населения основ здорового образа жизни и профилактику вредных привычек;
- разработать Индекс здоровья нации как многоаспектный индикатор здоровья населения;
- проанализировать и пересмотреть формат работы Центров здоровья, повысив их эффективность.

Участники дискуссионной площадки «Лекарственное и технологическое обеспечение здравоохранения – резерв для повышения доступности и качества медицинской помощи» Форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» обсудили вопросы исполнения задачи, поставленной Президентом России, Лидером ОНФ в части обеспечения национальной безопасности через импортозамещение, прежде всего, лекарственных препаратов, а также перспективы и проблемы внедрения новых научных разработок и технологий в здравоохранении, особенности ценообразования и обеспечения контроля качества лекарственных препаратов, пути повышения эффективности механизма госзакупок медпрепаратов и медоборудования, а также недостатки существующей системы обеспечения льготных категорий граждан лекарствами.

По результатам проведения дискуссионной площадки участники обсуждения и эксперты в области здравоохранения сошлись во мнении, что проблема лекарственного обеспечения требует незамедлительного и системного решения. По мнению профессионального сообщества, одной из основных проблем лекарственного обеспечения является неэффективность расходования бюджетных средств. Несмотря на принимаемые государством усилия по совершенствованию механизма распределения льготных лекарственных препаратов, граждане отмечают снижение их доступности.

Участники площадки сошлись во мнении, что текущее состояние системы лекарственного обеспечения, а также высокая степень зависимости от зарубежных препаратов являются угрозой национальной безопасности страны. Ранее Владимир Путин поставил задачу сформировать перечень жизненно необходимых и важнейших лекарств на 90% из российских препаратов, в том числе для насыщения рынка доступными и эффективными отечественными препаратами. Задача насыщения российского рынка дешёвыми отечественными препаратами, которую должно было решить импортозамещение, до сих пор не решена.

Была отмечена низкая эффективность системы закупок лекарственных препаратов и медоборудования, в том числе препятствующая импортозамещению. Наблюдается не только наличие системных проблем и явных злоупотреблений в этой сфере, но и нехватка у представителей медорганизаций знаний по закупочному законодательству. У участников дискуссии вызывают беспокойство значительные расхождения в цене покупаемых препаратов в разных регионах страны и закупки препаратов по завышенной цене, что в конечном счете сказывается на рядовых гражданах, которые сталкиваются с отсутствием в аптеках лекарственных препаратов и их существенно завышенной стоимостью.

Представители пациентского сообщества обратили особое внимание на недостатки действующей системы распределения льготных лекарственных препаратов, особенно в части обеспечения онкологических больных сильнодействующими обезболивающими. В настоящее время существуют регионы, где нет ни одной аптеки, где можно приобрести такие препараты. Не налажено обеспечение людей лекарствами в сельских районах.

Было констатировано, что в настоящее время в стране отсутствует понятный и справедливый механизм ценообразования на рынке лекарственных препаратов. Участники дискуссии отметили неэффективность системы внедрения и проблемы с выходом на рынок новых препаратов, а также отсутствие должного контроля качества за выпускаемыми и поступающими в продажу партиями медикаментов, что снижает доступность и качество лекарств для населения.

Для успешного выполнения этой задачи, как отметили участники Форума, необходимо создать эффективный механизм внедрения новых научных разработок в систему здравоохранения.

Обобщив предложения участников дискуссионной площадки, итоги мониторингов ОНФ и экспертных совещаний, предлагается:

- усилить взаимодействие всех ответственных органов в целях ускорения процессов импортозамещения в сфере здравоохранения;
- разработать комплекс мер, направленных на повышение эффективности механизма госзакупок лекарственных препаратов и медоборудования;
- повысить уровень обеспеченности лекарственными препаратами льготных категорий граждан;
- усилить контроль за ценообразованием и качеством лекарственных препаратов на всех стадиях производства;
- создать условия для упрощения внедрения новых научных разработок и технологий в здравоохранении;
- принять меры по сохранению доступности иностранных лекарств, технических средств и материалов, одновременно ускорив вывод на отечественный рынок и в госзакупки отечественных препаратов;
- принять меры к обеспечению обезболивающими средствами онкологически больных людей, в том числе детскими дозировками;
- рассмотреть вопрос целесообразности монетизации льгот как неэффективных трат бюджетов;
- ускорить принятие постановления Правительства Российской Федерации «Третий лишний» в части установления ограничений допуска лекарственных препаратов, включенных в перечень ЖНВЛП и происходящих из иностранных государств, для целей госзакупок;
- создать систему долгосрочной оценки потребностей российского здравоохранения в лекарственных препаратах;
- разработать Комплексную программу развития биомедицины в Российской Федерации с целью создания и внедрения в медицинскую практику новых методов и средств раннего предупреждения заболеваний, охраны и укрепления здоровья;
- обеспечить приоритетную регистрацию стратегически значимых и жизненно важных лекарств отечественного производства.

\*\*\*

*Татарников, М. А. Повышение эффективности управления здравоохранением на основе стандартов системы менеджмента качества // Главный врач. – 2015. – № 10. – С. 12-20.*

Повышение эффективности управления здравоохранением является важнейшим фактором улучшения качества медицинской помощи на основе рационального использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов. Однако в настоящее время в отрасли отсутствуют технологии постоянного совершенствования процессов управления. Тем более значимой представляется использование стандартов системы менеджмента качества (СМК) применительно к управленческим процессам. Принципы менеджмента качества носят универсальный характер и применимы практически ко всем функциям и аспектам управления. Стандарты менеджмента

качества реально позволяют повысить эффективность и качество любых производственных и управленческих процессов. Системно рассматривая процесс управления лечебно-профилактическим учреждением (ЛПУ) или в целом здравоохранением на муниципальном, региональном или федеральном уровнях, всегда можно найти его слабые стороны и разработать конкретные предложения по их устранению.

Стандарты менеджмента качества могут быть использованы для совершенствования функций планирования, организации, трудовой мотивации и контроля, связующих управленческих процессов (принятия решений и коммуникаций). Особое внимание должно уделяться качеству информационного обеспечения управленческого процесса, которое также возможно стандартизировать на основе систем менеджмента качества (СМК).

В настоящее время в Российской Федерации действуют межотраслевые и отраслевые ГОСТы в области управления качеством, идентичные международным стандартам менеджмента качества. Основными межотраслевыми стандартами в области управления качеством являются:

– ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 22.12.2011 № 1574-ст);

– ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 22.12.2011 № 1575-ст);

– ГОСТ Р ИСО 9004-2010 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 23.11.2010 № 501-ст);

– ГОСТ Р ИСО/ТО 10013-2007 «Руководство по документированию системы менеджмента качества» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31.10.2007 № 282-ст);

– ГОСТ Р ИСО 19011-2012 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 19.07.2012 № 196-ст).

Представленные стандарты не содержат конкретных рекомендаций в отношении других систем менеджмента, например, таких как менеджмент охраны окружающей среды, профессионального здоровья и безопасности, финансовый менеджмент или менеджмент рисков. Однако они позволяют внедрять методы менеджмента качества в соответствующие подсистемы менеджмента любой организации. Таким образом, другими управленческими процессами. Стандарты СМК могут применяться не только в управлении качеством медицинской помощи, но и лекарственным обеспечением, финансами, материально-техническими и кадровыми ресурсами и т. д.

В настоящей публикации представлены общие подходы к повышению качества управления здравоохранением на основе стандартов СМК. Статья подготовлена на основе действующих ГОСТов, носящих рекомендательный характер, и авторских комментариев к ним. Вопросы управления качеством медицинской помощи, хотя именно они является основной областью применения стандартов СМК, в данной публикации не рассматриваются.

#### *Общие подходы.*

Стандартизация на основе СМК позволяет унифицировать и усовершенствовать большинство процессов управления. Особое внимание должно быть уделено наиболее значимым и часто повторяющимся управленческим действиям. Отсутствие стандартизации в области менеджмента ведет к снижению эффективности управления, затруднению формирования у руководителей адаптированных и доказавших свою эффективность стереотипов поведения и мышления, целостного восприятия окружающей среды, искаженному восприятию, анализу, интерпретации и использованию управленческой информации.

Повторим, что стандарты менеджмента качества носят универсальный характер и применимы к любым процессам, в т.ч. к процессам управления здравоохранением.

#### *Восемь принципов менеджмента качества.*

В ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» представлены восемь принципов менеджмента качества:

- ориентация на потребителя;

- лидерство руководителя;
- вовлечение работников;
- процессный подход;
- системный подход к менеджменту;
- постоянное улучшение;
- принятие решений, основанное на фактах;
- взаимовыгодные отношения с поставщиками.

*Принцип 1. Ориентация на потребителя.*

В ЛПУ, как и в другой любой организации, помимо конечного потребителя медицинских услуг имеются многочисленные потребители вспомогательных и промежуточных услуг. Например, медицинский работник может являться потребителем информации, услуг связи, транспорта, медицинского оборудования, расходных материалов и т.д. Успех деятельности любой организации зависит от потребителей, как внешних, так и внутренних, поэтому необходимо понимать их текущие и прогнозировать будущие потребности, выполнять их требования. Без учета и удовлетворения запросов внутренних потребителей в учреждении здравоохранения неизбежно страдает лечебно-диагностический процесс.

*Принцип 2. Лидерство руководителя.*

Руководители органов управления здравоохранением и ЛПУ должны обеспечивать единство цели и направления деятельности своих организаций. Для этого следует создавать и поддерживать внутреннюю среду, в которой работники могут быть полностью вовлечены в решение задач организации. Принципы менеджмента качества используются для:

- разработки и поддержания политики и целей организации в области качества;
- популяризации политики и целей в области качества во всей организации для повышения осознания, мотивации и вовлечения персонала;
- ориентации на потребителей во всей организации;
- внедрения процессов, позволяющих выполнять требования потребителей и других заинтересованных сторон и достигать целей в области качества;
- разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии эффективной СМК для достижения целей в области качества;
- обеспечения необходимыми ресурсами;
- проведения периодического анализа СМК;
- принятия решений в отношении политики и целей в области качества;
- принятия решений по мерам улучшения СМК.

Указанные задачи СМК в полной мере применимы к процессу управления организацией в целом и отдельными аспектами ее деятельности.

*Принцип 3. Вовлечение работников.*

Работники всех уровней составляют основу организации, поэтому следует определить их потребности и ожидания, удовлетворенность работой, стремления профессионального роста, что поможет обеспечить наиболее полное вовлечение их в производственный процесс и повышение трудовой мотивации. Улучшение результативности и эффективности управления организацией возможно только через вовлечение работников и их поддержку. Для этого необходимо поощрять активное трудовое поведение и развитие работников посредством:

- планирования и организации профессиональной подготовки и карьеры;
- определения ответственности и полномочий работников;
- разработки индивидуальных и групповых целей, менеджмента выполнения процесса и оценивания результатов;
- содействия вовлечению работников в процесс постановки целей и принятия решений;
- признания и справедливого (по мнению самих работников!) вознаграждения;
- содействия открытому многостороннему обмену информацией;
- постоянного анализа потребностей работников;
- создания условий, поощряющих нововведения;
- обеспечения эффективной групповой работы;
- информирования о предложениях и мнениях;
- использования измерений степени удовлетворенности работников;
- выяснения причин прихода работников в организацию и их увольнения.

Руководству ЛПУ необходимо создать культурную среду, способствующую вовлечению работников в активный поиск возможностей улучшения показателей процессов, 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 услуг.

*Принцип 4. Процессный подход.*

Представляет собой мощный методологический инструмент изучения и совершенствования деятельности любой организации. Однако на практике его реализация оказывается не таким простым делом. Необходимо рассматривать процессный подход как своеобразную технологию моделирования. Желаемый результат достигается быстрее и эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют как процессом.

Лучшие системы управления всегда основаны на системном анализе и оптимизации процессов. Эффективный менеджер ищет процессы повсюду. Их природа универсальна, поэтому целесообразно использовать единые терминологию, принципы и методы управления процессами, изложенные в рассматриваемых нами стандартах менеджмента качества. Все они применимы к процессу управления, в т.ч. планирования, организации, мотивации и контролю, принятию управленческих решений, развитию внешних и внутренних коммуникаций, а также информационному обеспечению управленческих действий.

По своей природе все явления представляют собой динамические процессы. Часть из них протекает произвольно по своим объективным законам, часть подвержена воздействию со стороны человека. Управляемые процессы в здравоохранении распространены достаточно широко. Уже само название одного из основных понятий в здравоохранении – "лечебно-диагностический процесс" – подразумевает применение процессорного подхода в практике оказания медицинской помощи.

Эффективные руководители органов управления здравоохранением и ЛПУ постоянно стремятся к совершенствованию всех аспектов деятельности подчиненных организаций, не забывая концентрировать свое внимание, силы и ресурсы на решении, прежде всего, приоритетных задач. Они четко представляют себе работу своих организаций как систему взаимосвязанных и взаимодействующих динамичных процессов. Их системный подход к управлению направлен на координацию всех аспектов деятельности учреждения.

Любая работа, в которой используются ресурсы для преобразования входов в выходы, может рассматриваться как процесс. Чтобы эффективно функционировать, организации должны определять и управлять многочисленными взаимосвязанными и взаимодействующими процессами. Часто выход одного процесса является входом следующего. Систематическая идентификация и менеджмент применяемых процессов, и, прежде всего обеспечения их взаимодействия, могут считаться "процессным подходом". Для результативного и эффективного функционирования медицинская (как и любая другая) организация должна определить и осуществлять менеджмент многочисленных взаимосвязанных видов деятельности. Преимущество процессного подхода состоит в непрерывности управления, которое он обеспечивает на стыке отдельных процессов в рамках их системы, а также при их комбинации и взаимодействии.

Потребители и другие заинтересованные стороны играют главенствующую роль в деятельности организации. Наблюдение за их удовлетворенностью требует оценки информации, касающейся восприятия заинтересованными сторонами степени выполнения их потребностей и ожиданий.

Стандарты СМК ориентируют на применение "процессного подхода" с целью повышения удовлетворенности заинтересованных сторон путем выполнения их требований. Для более эффективного управления процессами составляют план, включающий следующие разделы:

- требования к входу и выходу (например, стандарты и порядки оказания медицинской помощи, спецификации и ресурсы);
- виды деятельности (подпроцессы) внутри процессов;
- верификацию и валидацию процессов и продукции (медицинских и иных услуг);
- анализ процесса, в т.ч. его надежности;
- определение, оценку и уменьшение рисков;
- корректирующие и предупреждающие действия;
- возможности и действия по улучшению процессов;

– управление изменениями, относящимися процессам и продукции (услугам).

Примерами вспомогательных процессов управления здравоохранением в целом или отдельным ЛПУ могут являться:

- управление информацией;
- управление персоналом, включая профессиональную подготовку медицинских работников;
- финансовый менеджмент;
- управление материально-техническими ресурсами;
- маркетинг медицинских услуг;
- управление лекарственным обеспечением и т.д.

Применительно непосредственно к менеджменту можно рассматривать взаимосвязанные процессы планирования, организации, мотивации и контроля, принятия решений, информационного обеспечения, коммуникаций. Выходы процесса управления здесь также должны учитывать потребности и ожидания внешних и внутренних потребителей и других заинтересованных сторон.

*Принцип 5. Системный подход к менеджменту.*

Один из наиболее старых и в то же время недооцененных подходов к управлению здравоохранением. В его основе лежит теория систем. При системном подходе здравоохранение рассматривается как открытая динамическая система, состоящая из взаимосвязанных частей (подсистем), оказывающих влияние на вышестоящую систему, и сами подверженные ее влиянию. Если любая часть системы, особенно такой сложной, как здравоохранение, функционирует неэффективно, то она оказывает негативное влияние не только на деятельность системы в целом, но и на отдельные составляющие ее части, что может еще больше усугубить ситуацию. Значимость отдельных частей системы различна. Улучшение работы ее критических составляющих (узкого места), часто не требующее значительных ресурсов, может значительно повысить ее эффективность в целом. Однако всегда следует помнить, что система не является простой суммой свойств входящих в нее частей, а обладает новыми системными качествами.

Объективная необходимость применения системного подхода определяется увеличением и усложнением внешних и внутренних связей системы здравоохранения, а также динамичностью развития и неопределенностью окружающей социально-экономической среды. В основе традиционного подхода к управлению лежала уверенность в том, что для эффективного руководства достаточно располагать информацией о состоянии здоровья населения и основных влияющих на него факторов, а также материальных, финансовых, кадровых ресурсах отрасли и основных показателях деятельности учреждений здравоохранения. На основе этого принимались управленческие решения по его развитию.

При системном же подходе вначале определяется вышестоящая система, изучаются ее свойства и закономерности развития, и только потом переходят к анализу нижестоящей системы (подсистемы) с учетом влияния вышестоящей. Таким образом, здравоохранение рассматривается как единая система, состоящая из отдельных взаимосвязанных подсистем, и как часть системы более высокого уровня, в качестве которой можно рассматривать социально-экономическую систему страны, которая, в свою очередь, является частью мировой системы.

Интеграционные процессы, глобализация экономики, новые технологии, миграция населения, загрязнение окружающей среды, бедность и низкий уровень развития здравоохранения многих развивающихся стран, войны, национальные и политические конфликты, изменения духовной среды и образа жизни самым непосредственным образом затронули систему российского здравоохранения. В качестве примера можно привести эпидемию СПИДа, занесенного в нашу страну извне.

Одним из направлений системного подхода стала теория ограничений, сформулированная и пропагандируемая Э. Голдраттом. По его мнению, препятствия, которые ограничивают возможности эффективного функционирования практически любой системы (он их называет системными ограничениями или узкими местами), можно разделить на 2 группы.

Во-первых, это узкие места, которые не позволяют увеличить производительность и качество труда на отдельных участках.

Во-вторых, это стереотипы и убеждения в области управления, которые никто не ставит под сомнение (причем именно последние составляют 90-95% общего объема ограничений). Задача руководителя найти узкое место системы и расширить его. Вот как описывается при-

менение теории ограничений в лечебном учреждении Milton Keynes Hospital. Эта больница средних размеров считалась самой неблагополучной в Англии: соблюдение установленных стандартов приема больных было для нее редкостью. Так, плановой операции пациенту приходилось дожидаться в течение полутора лет, а приема у специалиста – месяц. «Мы сосредоточились на времени, которое пациент проводил в отделении скорой помощи с момента поступления и до того как покинуть отделение одним из трех способов: вернуться домой, быть госпитализированным в стационар или быть отправленным в морг», – рассказывает Голдратт. Узким местом в госпитале оказалось отсутствие системы приоритетов для ключевых показателей: сколько времени пациент уже ждет в отделении и сколько времени предположительно уйдет на оказание помощи. В результате многие пациенты оставались в отделении скорой помощи дольше установленного стандартом 4 часов. Оказалось, что анализы крови из отделения скорой помощи при отправке в лабораторию не имели приоритета перед анализами крови из других отделений. А ведь ряд тестов требует длительного времени для обработки и получения результатов. Так что, помимо ожидания медицинской помощи, пациент был вынужден сверх того еще и ждать результаты анализа.

Сегодня, когда пациент поступает в отделение скорой помощи, первое, что выясняет персонал, – нужно ли ему делать анализ крови. И если нужно, то делают это сразу. Ничего сложного. Столь же простыми и понятными были и последующие изменения. Через год после начала проекта внедрения теории ограничений Milton Keynes Hospital был признан лучшей больницей Великобритании. Причем этот результат достигнут без увеличения штата врачей и сестер.

Теория ограничений предлагает сконцентрировать усилия и имеющиеся ресурсы на основных узких местах системы. Это особенно актуально для российского здравоохранения с его хроническим недофинансированием и слабой материально-технической базой. Узкое место можно найти и в системе формирования общественного здоровья, где различные заболевания имеют различный вес в структуре смертности, инвалидности, потерь трудового потенциала и т.д. Согласно теории ограничений, как только узкое звено перестает быть самым слабым звеном системы, вместо него появится какое-то другое. Соответственно, для более качественного повышения эффективности деятельности системы требуются комплексные подходы. Снижение уровня смертности от сердечнососудистой патологии неизбежно приведет к повышению смертности от онкологических заболеваний, т.к. потенциальные онкологические больные будут доживать до возникновения рака. Тем старше поколение, тем менее эффективны вложения в сохранение его здоровья. Есть ли смысл расширять узкое место, если на смену одного ограничителя приходит другой с практически такими же качественными характеристиками? Наиболее целесообразным представляется направлять усилия и имеющиеся ограниченные ресурсы здравоохранения на решение проблем, имеющих в современных условиях наибольшее социально-экономическое и медицинское значение.

Достаточно сложные внутренние и внешние взаимодействия в системах финансирования здравоохранения, организации и качества медицинской помощи, лекарственного обеспечения и т.д., но это темы отдельных публикаций.

Системный подход к управлению здравоохранением является основой интегрирования в одно целое других управленческих теорий. Его практическая реализация требует времени, подготовки соответствующих методических рекомендаций по различным аспектам управленческого труда, включая количественные методы исследования и моделирования систем в здравоохранении, изменения программ обучения, информационного обеспечения управленческого процесса, а главное – перестройки мышления руководителей.

#### *Принцип 6. Постоянное улучшение.*

Постоянное улучшение деятельности организации следует рассматривать как ее неизменную, но практически недостижимую цель (нет предела совершенства!). Повышение результативности и эффективности невозможно без непрекращающейся оптимизации системы управления в ответ на изменения корректирующих и предупреждающих действий, которые необходимо предпринимать с целью совершенствования управленческих алгоритмов для повторяемых процессов, устранения причин возникающих проблем (несоответствия) и предупреждения повторного их возникновения. Для этого должна быть разработана документированная процедура, включающая:

- анализ несоответствий;



- установление причин несоответствий;
- оценивание необходимости действий с целью предупреждения появления несоответствий;
- разработку и осуществление необходимых действий;
- анализ эффективности предпринятых корректирующих действий.

Имеются 2 основных подхода к проведению постоянного улучшения процессов:

– проекты прорыва, ведущие к радикальному пересмотру и улучшению существующих процессов (перепроектирование существующих процессов) или внедрению новых процессов. Крупные улучшения предполагают одновременную реорганизацию процесса и, как правило, требуют больших ресурсных затрат (времени, денег, специалистов, нового оборудования, обучения кадров и т.п.). Улучшения такого рода японцы называют «Кайрио» (KAIRYO);

– деятельность по поэтапному постоянному улучшению, проводимая в рамках существующих процессов. При мелких улучшениях эффект отдельного шага мал, но большое количество таких улучшений дает эффект, вполне сопоставимый с тем, который достигается улучшениями первого типа, но при значительно меньших затратах ресурсов. Это подход японцы называют «Кайзен» (KAIZEN).

Постоянное улучшение процессов включает в себя:

– определение проблем и причин несоответствия;

– оценку результативности и эффективности существующего процесса; сбор и анализ данных для выявления основных проблем; выбор конкретной проблемы и постановка задач по ее решению;

– анализ альтернативных решений проблемы, выбор и практическое использование лучшего управленческого решения, устраняющее первопричины проблемы и предотвращающее ее повторное возникновение;

– оценку последствий практической реализации решения: проблема и ее первопричины должны быть устранены или их воздействия уменьшены;

– внедрение и стандартизацию нового решения. Старый процесс заменяется улучшенным, предотвращая повторное возникновение проблемы и ее первопричин;

– оценку результативности и эффективности процесса после завершения действий по улучшению.

Процесс улучшения повторяется применительно к оставшимся нерешенным проблемам, а также к разработке целей и принятию решений по дальнейшему улучшению процесса.

#### *Принцип 7. Принятие решений, основанное на фактах.*

Эффективные решения основываются на объективном анализе данных и правильной их интерпретации руководителями. Достижения в области когнитивной психологии позволяют по-новому взглянуть на многие современные проблемы управления. Именно когнитивная психология объясняет, почему принятие управленческих решений является далеко не рациональным процессом и почему руководители в первую очередь воспринимают и усваивают информацию, подтверждающую их собственные установки, и игнорируют факты им противоречащие.

Важнейшим практическим направлением когнитивной психологии в области менеджмента является совершенствование мыслительных процессов руководителей, борьба с их иллюзорным мышлением, повышение качества и эффективности коммуникаций, в частности информационного обеспечения процесса управления с точки зрения особенностей восприятия и интерпретации данных.

Эффективность управления во многом зависит от набора стереотипов поведения и мышления руководителя, сформированных на основе практического опыта и полученного образования, позволяющих принимать решения быстро, не затрачивая значительных когнитивных ресурсов. При этом постоянно оправдывающая себя схема принятия решения становится все более невосприимчивой к новым фактам и аргументам. Проблема состоит в том, чтобы при изменении ситуации иметь силы и желание отказаться от устаревших установок.

Один из основных постулатов когнитивной психологии гласит, что поведение, мысли и эмоции человека зависят не от объективной реальности, а от ее субъективной интерпретации на основе имеющихся установок. Поэтому необходимо понять, как руководители и их подчиненные воспринимают окружающий мир, как их установки влияют на процессы обработки и

интерпретации информации, принятие и исполнение управленческих решений, на их поведение, мысли, эмоции.

Руководитель принимает решения с помощью понятийных систем и сложившихся схем мышления, которые он пытается приспособить к окружающей действительности. Человеческий мозг не в состоянии обработать весь поступающий объем информации об окружающем мире. Это заставляет людей прибегать к мыслительным упрощениям – определенным схемам восприятия, обработки, организации и интерпретации информации. Последние в значительной мере определяют, какую информацию мы замечаем, запоминаем и осмысливаем. К сожалению, не всегда эти ментальные структуры адекватны объективной реальности.

С точки зрения когнитивной психологии для изучения процесса управления более важно исследовать не объективные свойства окружающего мира, а то, как люди его воспринимают и интерпретируют. Поведение человека, в т.ч. принятие управленческих решений, определяется его прогнозом будущего, а прогноз – интерпретацией воспринятой информации на основе имеющихся установок. Следует еще раз подчеркнуть – не информацией, а ее интерпретацией. А интерпретация – дело сугубо индивидуальное, основанное на прежнем опыте и особенностях восприятия ситуации. Люди конструируют в своем сознании окружающую действительность, исходя из своих индивидуальных установок. Таким образом, объективную реальность каждый человек трактует по-разному. Как правило, люди искажают информацию так, чтобы она соответствовала их установкам. Поэтому они слишком часто:

- готовы собирать факты в пользу своих уже сформировавшихся умозаключений и пренебрегать данными, противоречащими им;
- неспособны применять одни и те же критерии в сходных ситуациях;
- неспособны изменять собственное мнение при появлении новых фактов;
- склонны полагаться на легко восстанавливаемые в памяти события в ущерб другой относящейся к делу информации. Произошедшие в последний момент или эмоционально окрашенные события у них доминируют над более давними, которые больше не представляют интереса, игнорируются или вообще забываются;
- склонны воспринимать окружающий и свой внутренний мир сквозь призму собственной позиции или жизненного опыта;
- склонны к внутренней убежденности в очевидности неких схем и (или) причинной связи двух переменных, в действительности несвязанных между собой;
- подвержены чрезмерному влиянию первоначальной информации, которая оценивается как наиболее весомая;
- склонны приписывать успех своему умению, а неудачу объяснять невезением или чьей-то ошибкой, что не позволяет человеку извлекать уроки и осознавать собственные ошибки.

Желательный для человека исход влияет на его прогноз развития событий. Излишний оптимизм, обманчивые корреляции, потребность снизить беспокойство приводят к неправильным прогнозам.

Все указанные особенности обработки информации в полной мере присущи и руководителям органов управления здравоохранением и ЛПУ. Как и все люди, они сознательно или неосознанно используют свои сложившиеся установки в целях упрощения окружающей действительности для вынесения суждений и принятия решений, особенно в условиях стресса, избытка или недостатка информации. Кстати, широко распространенное мнение о том, что чем больше информации у руководителя, тем более взвешенное решение он принимает, не находит эмпирического подтверждения. Увеличение объема информации просто усиливает его убежденность в своей правоте, как правило, не влияя на качество решения. Кроме того, информация, противоречащая или несоответствующая сложившимся установкам, может просто перестать восприниматься или неадекватно истолковываться, т.к. для изменения и приведения когнитивных структур в соответствие с новыми данными требуется мотивация приложения дополнительных мыслительных усилий.

Тем не менее, абстрагируясь от психологических особенностей руководителей в сфере восприятия и обработки информации, можно утверждать, что формализация многих управленческих процессов в здравоохранении все-таки возможна. Особенно это касается управления технологическими процессами оказания медицинской помощи. Для этого требуется системный анализ и измерение количественных данных для принятия решений, основанных на фактах. Руководителям органов управления здравоохранением и ЛПУ следует обеспечивать

эффективное измерение, сбор и валидацию данных при выявлении и максимально возможном устранении рассмотренных выше последствий психологических особенностей восприятия и интерпретации информации, чтобы убедиться в результативной работе организации и удовлетворенности заинтересованных сторон. Эта процедура включает анализ целей и адекватности их количественного и качественного измерения, а также использование этих данных для повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения.

*Принцип 8. Взаимовыгодные отношения с поставщиками.*

Поставщик может быть внутренним или внешним по отношению к организации. Организация должна обеспечивать соответствие закупленной продукции (услуг) установленным требованиям к закупкам. Она должна оценивать и выбирать поставщиков на основе их способности поставлять продукцию (предоставлять услуги) в соответствии со своими требованиями. Должны быть разработаны критерии отбора, оценки и повторной оценки. Документирование результатов оценивания и любых необходимых действий, вытекающих из оценки, должно производиться в соответствии с утвержденными правилами.

Оценка внешних поставщиков для учреждений здравоохранения включает качество и ассортимент приобретаемых товаров (услуг), удобство и соблюдение сроков доставки, надежность, соблюдение финансовой дисциплины.

При установлении партнерских отношений следует:

–определить основных поставщиков и другие организации в качестве потенциальных партнеров;

–совместно достичь четкого понимания потребностей и ожиданий потребителей;

–совместно достичь четкого понимания потребностей и ожиданий партнеров;

–поставить цели, обеспечивающие возможности постоянного партнерства.

Добавим, что при закупках, осуществляемых государственными и муниципальными медицинскими организациями, должны неукоснительно соблюдаться нормативно-правовые акты в этой области.

Основные проблемы внедрения новых или адаптированных подходов к управлению здравоохранением носят психологический характер и определяются сложившимися стереотипами и убеждениями, крайне толерантными к изменениям. Именно поэтому методы управления здравоохранением должны быть доступны для восприятия и внутреннего личностного принятия на основе формирования новых установок в сознании руководителей.

Основные проблемы внедрения новых или адаптированных подходов к управлению здравоохранением носят психологический характер и определяются сложившимися стереотипами и убеждениями, крайне толерантными к изменениям. Именно поэтому методы управления здравоохранением должны быть доступны для восприятия и внутреннего личностного принятия на основе формирования новых установок в сознании руководителей. Речь идет о новых мыслительных когнитивных процессах, новом восприятии окружающей действительности и создании определенных мыслительных алгоритмов ментальных процессов на основе логики и не слишком сложных математических моделей, направленных на структуризацию и упрощение наиболее часто встречающихся проблем.

Рассмотренные в статье подходы к управлению здравоохранением на основе СМК эффективны как для оперативного, так и стратегического менеджмента, и охватывают все функции руководителя: планирование, организацию, мотивацию и контроль при повышении роли принятия решений и коммуникаций. Они применимы при управлении любыми системами в здравоохранении, будь то качество медицинской помощи, повышение экономической эффективности ее оказания или обеспечение лекарственными средствами и медицинским оборудованием. Именно универсальность делает их применение столь эффективными в повседневной управленческой практике и является основой дальнейшего развития теории отраслевого менеджмента. Не надо забывать правило Парето применительно к управлению: 80% успеха руководителя приносит 20% его ключевых знаний и навыков. Поэтому в настоящее время приоритетной задачей является структуризация и внедрение в практику менеджмента и обучения именно этих ключевых технологий управления здравоохранением, способных дать серьезную социально-экономическую отдачу уже в ближайшем будущем. Предлагаемые новые или адаптированные подходы к управлению здравоохранением не застывший свод принципов и правил менеджмента. Главное здесь – изменение способа мышления руководителя с целью формирования новых универсальных установок к решению управленческих проблем.

**Папырин, А. Старт дан, но до финиша еще далеко // Медицинская газета. – 2015. – 13 нояб. (№ 85). – С. 2,4.**

На последнее заседание Правительственной комиссии по охране здоровья россиян, собравшее авторитетную аудиторию, включая руководителей регионов, проведённое кроме того в режиме видеоконференции, были вынесены два важнейших вопроса народосбережения: предупреждение распространения ВИЧ-инфекции и итоги Года борьбы с сердечнососудистыми заболеваниями.

Опасность жизни несёт и то и другое. Заболевания, которые вызываются вирусом иммунодефицита человека – это серьёзнейшая проблема, с которой сталкиваются все страны без исключения. В нашей, по статистике, каждый год в среднем на 10% растёт число ВИЧ-инфицированных. Это прежде всего молодёжь и люди активного возраста. Ситуация особенно напряжённая в ряде регионов, через которые в том числе проходит международный наркотрафик (Урал и Сибирь). Но опаснейшая инфекция может поразить любого человека.

– ВИЧ – это не только медицинская, но и социальная проблема, которую необходимо решать в комплексе, – подчеркнул в своём вступительном слове на заседании председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев. – Здесь никто не может оставаться в стороне – ни ведомства, ни регионы, ни государственные структуры, ни неправительственные организации и общественные структуры.

Премьер предложил обсудить общие подходы, которые составят основу стратегии противодействия этой инфекции, как дальше работать, как достичь более значимых результатов. В этом году, кстати, исполняется 10 лет реализации Национального проекта «Здоровье». В нём впервые в российском здравоохранении профилактика, выявление и лечение ВИЧ-инфекции и сопутствующих ей вирусных гепатитов были выделены в отдельное направление, что позволило дать толчок этой работе и спасти многих людей.

*Упор – на профилактику.*

В стране уже сложилась система профилактики и борьбы со СПИДом. Очевидным успехом является то, что более 98%, то есть практически все дети, которые рождаются у ВИЧ-инфицированных матерей, здоровы. Но, несмотря на все усилия, проблема остаётся очень острой. Речь идёт, в том числе, о перебоях в поставках лекарств и тест-систем, которые допускают некоторые регионы. Это ставит под угрозу жизнь не только больных ВИЧ-инфекцией, но и здоровых людей. Есть вопросы к тому, как информируется население об опасности инфекции, о профилактике, тем более что это один из важнейших факторов её предупреждения.

Правительство ставит задачу – снизить риск распространения вируса. Нужно сконцентрировать усилия, прежде всего, на уязвимых к инфекции группах людей, включая наркозависимых.

Сегодня прорабатывается вопрос о переходе на централизованную государственную закупку лекарств для лечения ВИЧ-инфекции, сопровождающих её туберкулёза, вирусных гепатитов, что позволит улучшить обеспечение ими пациентов.

К сожалению, человечество ещё не изобрело стопроцентной вакцины от ВИЧ, но есть лекарства, которые замедляют ход болезни.

– Надо активно вести собственные разработки для производства таких препаратов, и хотел бы, чтобы это стало одним из приоритетов нашей Федеральной целевой программы по развитию фармацевтической и медицинской промышленности, – подчеркнул Д. Медведев. – На мероприятия по лечению ВИЧ в следующем году запланированы значимые финансовые ресурсы.

Одновременно надо повышать общий уровень знаний людей по этой теме, делать упор на масштабную информационную работу с привлечением общественности, средств массовой информации, неправительственных организаций, особенно в среде старшеклассников, молодёжи.

*В сражении с ССЗ.*

Как известно, сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности, (второй вопрос на заседании) в нашей стране в том числе. Россия остаётся, к сожалению, одним из лидеров по данному показателю. Поэтому проведение года борьбы с ССЗ – не просто акция. Правительство ставит задачу не только привлечь внимание к проблеме, но и

решать её, закрепить ту позитивную тенденцию, которая наметилась в стране с увеличением продолжительности жизни.

Кроме того, правительство исходит из того, что этот год создаст более эффективные механизмы, в том числе профилактические, а также информационные, которые можно развивать дальше и распространять их в регионах.

Важно, чтобы работа по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями не ограничивалась этим годом (год – это просто старт, толчок, привлечение внимания к теме), а стала постоянной, долгосрочной, начала давать необходимые результаты, подчеркнул Д. Медведев.

#### *Эпидемия на пороге.*

В целом по стране в 2014 г. показатель распространённости ВИЧ-инфекции составил 335,3 на 100 тыс. населения, что, по опубликованным данным, в 1,5 раза превышает аналогичный показатель в странах Европейского союза.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, приводя эти данные, отметила, что в отчёте международной специализированной организации UNAIDS за 2012 г. представлена более высокая распространённость ВИЧ-инфекции в России, чем по данным Росстата. Поэтому необходимо создать единый федеральный регистр на всех ВИЧ-инфицированных. По мнению министра, это оптимизирует распределение всех возможностей (и диагностических, и лечебных) и, кроме того, стандартизирует всю статистику и позволит выходить на международные структуры с одними и теми же данными.

Что касается распространённости ВИЧ-инфекции, она имеет существенные различия по территориям. 22 субъекта РФ дают более 50% всех новых случаев. В них показатели распространённости ВИЧ-инфекции в 2-3 раза превышают среднероссийский уровень. Самые высокие уровни наблюдаются в Свердловской области (более 1000 случаев), Кемеровской области (899), Иркутской, Самарской Ульяновской, Ленинградской областях, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, Пермском крае.

Среди путей передачи инфекции в 2014 г., как и в предыдущие годы, преобладал парентеральный путь заражения – 57,3% случаев. В то же время на протяжении последних 10 лет наблюдается тенденция к увеличению доли полового (гетеросексуального) пути передачи, которая составила в 2014 г. уже 40,3%.

Это подчёркивает особенности эпидситуации в нашей стране и показывает необходимость усиления внимания к отдельным социальным группам населения с высоким риском заражения.

В стандарты медицинской помощи лицам, употребляющим наркотики, в настоящее время входит обязательное тестирование на трансмиссивные инфекции, включая ВИЧ. Однако в 2014 г. в регионах было обследовано лишь 241,5 тыс. человек, употребляющих наркотики, при общем их количестве более 490 тыс. Таким образом, обследование не прошёл каждый второй. Росздравнадзору дано поручение об ужесточении контроля за проведением обязательного тестирования у наркопотребителей в регионах.

– Одним из важнейших направлений работы по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции является информирование населения через проведение масштабных коммуникационных кампаний, – считает В. Скворцова. – До конца 2015 г. Минздрав завершит реализацию комплексного коммуникационного проекта, в рамках которого будут созданы и размещены программы и ролики на федеральном и региональном телевидении.

Министерством здравоохранения РФ принято решение существенным образом усилить федеральный компонент коммуникационной кампании.

24 ноября состоится первый форум специалистов по вопросам профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, а в Международный день борьбы со СПИДом, 1 декабря, пройдёт всероссийская акция «День тестирования», призванная обратить внимание граждан на необходимость регулярного прохождения теста на ВИЧ. В ней примут участие многие известные люди нашей страны.

Основой лечения ВИЧ является антиретровирусная терапия, которая обеспечивается преимущественно за счёт бюджетных средств. В 2013 г. экспертным сообществом были созданы национальные клинические рекомендации по терапии и профилактике ВИЧ-инфекции, гармонизированные с принятыми рекомендациями ВОЗ. А в 2014 г. был обновлён перечень жизненно важных лекарств, который включил 10 международных непатентованных наименований антиретровирусных препаратов, рекомендуемых ВОЗ для проведения базовых

схем лечения. Восемь из десяти препаратов производится отечественными производителями, из которых четыре – со стадии очистки фармацевтической субстанции. Однако ни один препарат пока не производится по полному циклу.

Текущий уровень финансирования позволяет в 2015 г. обеспечить антиретровирусной терапией около 200 тыс. ВИЧ-инфицированных – это 23%. При дополнительном снижении цены на препараты, как считают в Минздраве России, удастся обеспечить максимальный охват лечением 25-30%. В этом случае будет развиваться сценарий генерализованной эпидемии ВИЧ/СПИДа, при котором к 2020 г. число больных возрастёт на 250%.

А это значит, что эпидемия выйдет из-под контроля. Риск заразиться ВИЧ-инфекцией для каждого россиянина существенно возрастёт, с учётом увеличения доли полового пути передачи. По рекомендациям ВОЗ, охват лечением ВИЧ-инфицированных должен быть не ниже 60-80% и приближаться к тотальному. Целевой показатель объединённой программы ООН составляет 90%. При охвате лечением 60% – дополнительно у 267 тыс. человек удастся обеспечить регресс заболеваемости к 2023 г., при 70% – к 2020 г., при 80% – в ближайшие 2-3 года. Таким образом, для кардинального изменения эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции необходимо увеличить охват лиц лечением на основе современных схем, в том числе с использованием отечественных препаратов, заключила В. Скворцова.

Весь комплекс приведённых приоритетных мероприятий учитывается в разрабатываемой государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ, которая должна быть завершена к ноябрю 2016 г. Д. Медведев предложил установить другой срок, максимально полгода, отсчитанный от дня заседания правительственной комиссии. За это время завершить её написание и представить результаты.

В. Скворцова показала в своём докладе и положение дел с профилактикой ССЗ. 5 марта распоряжением Правительства был утверждён план основных мероприятий по проведению Года борьбы с ССЗ, являющийся межведомственным. Большинство присутствующих на совещании являются его соисполнителями. В каждом субъекте РФ утверждены согласованные с Минздравом подобные планы.

– Что касается второго раздела, то здесь проведено большое количество мероприятий и по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи, скорой помощи, специализированной помощи, – уточнила министр. – Достаточно сказать, что выстроена сеть сосудистых центров во всех регионах страны, их количество уже 502. Соответственно, активно внедрены новые технологические методы ведения ишемических поражений сердца и мозга, увеличен объём высокотехнологичной помощи в 3 раза (за последние 9 месяцев в 1,5 раза от результата 2014 г.). Соответственно, смертность от сосудистой патологии за 8 месяцев, которую мы имеем по текущему году, ниже показателя 2013 г. почти на 7% (6,7%) и по сравнению с прошлым годом 0,6%. План исполняется, и до конца года все остальные мероприятия также будут проведены.

Выступавшая затем руководитель Роспотребнадзора Анна Попова подчеркнула важность обсуждаемых тем, так как это демографическое завтра страны. Она остановилась на 2 аспектах. Первое – сохранение в популяции когорты необследованных и невыявленных носителей ВИЧ-инфекции и больных. Группы риска, которые должны обследоваться, определены нормативными документами, их количество увеличивается с 2006 г. Сегодня на ВИЧ тестируется 20 млн. Вместе с тем есть группы, до которых добраться очень трудно, и среди них выявляется максимальное количество заболеваний.

А. Попова привела такую статистику: из общего количества обследованных, а это 20% населения страны, только 0,9% составляют больные наркоманией, 1,3% – лица в местах лишения свободы и почти 3% – больные вензаболеваниями, то есть всего 5,1%, но обследование этих людей даёт более четверти новых случаев. Есть где приложить силы, и это даст возможность локализовать источники эпидемической опасности.

Другая проблема, на которой заострила внимание руководитель Роспотребнадзора, это то, что в обществе присутствует успокоенность в части отношения к ВИЧ-инфекции. Если сравнивать с периодом начала нацпроекта (2007-2010 гг.), когда до 400 проектов одновременно в стране функционировало и, по экспертным оценкам, 25% населения было постоянно вовлечено в ин формационный процесс, сегодня другая картина: их не более 50, этого явно недостаточно.

После заседания правительственной комиссии свою позицию по обсуждаемым проблемам министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова изложила на брифинге для журналистов:

– Начну со стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции. Председатель Правительства РФ дал поручение Минздраву ускорить её принятие. Приоритетные мероприятия нам необходимо запустить уже с 1 января 2016 г. Решение ускорить формирование стратегии борьбы с ВИЧ-инфекцией, СПИДом – это важнейшее решение. Оно потребовало детального финансово-экономического обоснования, поскольку мы планируем расширить охват (раннее выявление и тестирование на ВИЧ, СПИД) примерно на 3 млн. исследований. Это очень немало, в этом году – 27 млн, на будущий год это должно быть примерно 30 млн. обследований.

Кроме того, очень важно существенно повысить охват антиретровирусной терапией больных, ВИЧ-инфицированных. Министр планирует увеличить не менее чем в 3 раза охват ею, начиная с января 2016 г.

– Мы проработали все варианты возможного снижения цены путём импортозамещения, введения наших, отечественных препаратов высокого качества, соответственно, развития сейчас новых российских производств по полному циклу антиретровирусных препаратов, – подчеркнула В. Скворцова. – Кроме того, рассматривается централизация закупки ВИЧ-препаратов на федеральном уровне.

По мнению экспертов, это позволит дополнительно сэкономить около 20% средств. Но даже с учётом этого требуются дополнительные ресурсы, и «мы очень благодарны Правительству и лично Дмитрию Анатольевичу, несмотря на известные сложности, он обещал найти возможность и расширить финансовое обеспечение лечения ВИЧ-инфицированных людей».

\*\*\*

***Астахова, Я. Л. Особенности оценки экономической эффективности в здравоохранении // ГлавВрач. – 2015. – № 9. – С. 33-36.***

В настоящее время активизировалась работа по формированию показателей и индикаторов оценки деятельности федеральных и региональных органов исполнительной власти, увязке бюджетных ассигнований с конкретными, количественно измеримыми результатами их использования. В статье рассмотрены особенности индикативного планирования деятельности медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования.

Реализуемый с середины 2000-х гг. в рамках бюджетной реформы методологический подход к планированию и исполнению государственного и местных бюджетов – бюджетирование, ориентированное на результат, или БОР, при котором используются методы распределения бюджетных ресурсов в согласовании с целями, задачами, функциями государства с учетом меняющихся приоритетов государственной политики, предполагает контроль результативности расходования бюджетных средств путем оценки достижения количественных и качественных показателей исполнения.

Известно, что результативность – это степень достижения запланированных результатов, а экономическая эффективность – соотношение между достигнутыми результатами и затраченными ресурсами.

Для определения экономической эффективности в масштабе страны важно правильно оценить эффект, получаемый во всех секторах рыночного хозяйства, в том числе в секторах государственного управления и некоммерческих, в том числе медицинских, организаций.

Наряду с экономической эффективностью развитие рыночных систем хозяйствования характеризуется социальной эффективностью. По мнению автора, социальная эффективность рыночного хозяйства – это сложная многофункциональная система связей, опосредующая достижение конечной цели любой формы организации общественного производства, в том числе и рыночной, – удовлетворение потребностей людей, развитие человека.

Современными обобщающими показателями социальной эффективности рыночного хозяйства являются: уровень и качество жизни населения страны; уровень благосостояния; степень и способ удовлетворения наиболее важных социальных потребностей и др. Во многом представленные показатели зависят от здоровья нации и соответственно от эффективно и грамотно функционирующей системы здравоохранения.

Общей тенденцией для развитых стран мира становится постоянное увеличение расходов на здравоохранение, связанное с внедрением новых медицинских технологий и лекарственных средств, с изменениями в структуре заболеваемости и демографическими проблемами.

Сегодня Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует использовать на охрану здоровья населения не менее 6,0-6,5% от валового внутреннего продукта (ВВП). Расходы России на цели здравоохранения – менее 5,0% от ВВП, в странах Европы – 8,0-10,0%, в США – свыше 13,0% .

Тем не менее, ни одна из стран мира не может бесконечно увеличивать свои расходы на здравоохранение для обеспечения любых возможных вариантов оказания медицинской помощи. Для устранения диспропорции между имеющимися вариантами лечения и ограниченными экономическими возможностями системы здравоохранения все больше внимания уделяют эффективности медицинской помощи и затрат на нее.

Но в экономически развитых странах важнейшей тенденцией функционирования систем здравоохранения является смещение приоритета от максимальной экономии расходов при оказании медицинской помощи к максимальной эффективности использования задействованных ресурсов.

По определению В. В. Ковалева: «Эффективность экономическая – это относительный показатель, соизмеряющий полученный эффект с затратами или ресурсами, использованными для достижения этого эффекта». И хотя этот показатель является наиболее обобщающей характеристикой достижений рыночного хозяйства, в здравоохранении он не может быть отождествлен только с общеэкономической категорией.

В столь важной сфере государственного сектора экономики даже при применении самого квалифицированного труда и использовании современной медицинской техники может быть «нулевой» или даже «отрицательный» результат.

Эффективность здравоохранения, его служб и отдельных мероприятий измеряется совокупностью показателей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону процесса медицинской деятельности. Поэтому, помимо экономического и социального аспектов применения этой оценки, выделяется также и медицинский. И все три тесно взаимосвязаны между собой.

Особенность здравоохранения заключается в том, что нередко медицинские мероприятия могут быть экономически невыгодны медицинским организациям, однако медицинский и социальный аспекты требуют их обязательного проведения.

Особенностью системы здравоохранения является и то, что затраты на оказание медицинской помощи могут превысить ожидаемый экономический результат.

Существенную роль при оценке эффективности играют информационные системы. Они должны быть ориентированы на качество медицинской помощи и рациональное использование ресурсов. В медицинских организациях необходимо создать информационную систему, позволяющую выйти на реальные показатели потребности населения в объеме и структуре медицинской помощи и необходимые для этого ресурсные затраты, обеспечить учет трудозатрат каждого медицинского работника, его количественный и качественный вклад в конкретный результат труда для разработки механизмов экономического стимулирования медицинского работника.

В настоящее время в системе государственной статистики отсутствуют показатели для оценки медико-социальной эффективности услуг здравоохранения, в первую очередь отражающих качество медицинской помощи. Поэтому вопрос расчета медицинской и социальной эффективности функционирования медицинских организаций затруднителен.

Сравнительный количественный анализ индикаторов эффективности деятельности медицинских организаций по итогам конкретного года позволил бы ответить на многие управленческие вопросы, но наиболее ценная информация может быть получена при проведении мониторинга показателей на протяжении нескольких лет.

Единые методические подходы к оценке экономической эффективности деятельности учреждения еще не отработаны, но, тем не менее, существуют определенные наработки.

По мнению М. В. Жуковой, вопрос об экономии издержек деятельности медицинских организаций можно рассматривать только в связи с общехозяйственными расходами, которые не относятся непосредственно к лечебно-диагностическому процессу.

Комплексное использование предлагаемой методики позволит дать оценку эффективности отдельных мероприятий, связанных с совершенствованием работы медицинской организации, а в итоге – оценить эффективность управления деятельностью организации в целом.



*Панов, А. В. Актуальная тенденция: усиление контроля за качеством работы медицинских организаций // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2015. – № 10. – С. 6-14.*

Весной и летом 2015 г. Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в своих выступлениях неоднократно приводила откровенные данные о выявленных недостатках в медицинской деятельности по результатам контрольно-надзорных мероприятий в регионах. Централизованная система контроля за качеством работы медицинских организаций, о необходимости создания которой Президент РФ Владимир Путин заявил в конце 2014 г., должна работать над решением этой проблемы с 15 июля 2015 г., и хотя подобная система пока не создана, усиление мер ответственности за выявленные нарушения – реальная тенденция сегодняшнего дня.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) в ст. 4 впервые в здравоохранении в законодательстве ввел основные принципы охраны здоровья как руководящие положения, фундаментальные правила, на которых должны строиться правоотношения в этой социально значимой сфере общественных отношений. Напомним их:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- приоритет охраны здоровья детей;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение врачебной тайны.

Однако для того, чтобы эти принципы не были декларативными, необходимо контролировать их фактическое выполнение и при отступлении от них применять меры воздействия на нарушителя со стороны государственного органа согласно его полномочиям и установленные меры юридической ответственности.

С этой целью Законом № 323-ФЗ введена глава 12 «Организация контроля в сфере охраны здоровья». Среди видов контроля в сфере охраны здоровья значится контроль качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемый в следующих формах:

- государственный контроль;
- ведомственный контроль;
- внутренний контроль.

Соблюдение порядка осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является лицензионным требованием с 1 мая 2012 г. согласно постановлению Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности», при этом данный вид контроля должен осуществляться органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в порядке, установленном руководителями указанных органов, организаций.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности – это не прихоть Правительства РФ, установившего именно данное лицензионное требование, а регулирование медицинской деятельности исходя из содержания Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», предусматривающего такое лицензионное требование, как наличие у соискателя лицензии и лицензиата необходимой для осуществления лицензируемого вида деятельности системы производственного контроля. Между производственным контролем и внутренним контролем качества и безопасности медицинской деятельности существует четкая взаимосвязь, т. к. лицензирование осуществляется в целях предотвращения ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан, но и сама медицинская деятельность может нанести ущерб этим нематериальным благам, охраняемым правовыми нормами уголовного, гражданского, административного права.

Принятый в 2002 г. Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании» (далее – Закон № 184-ФЗ), регулирующий отношения, связанные с разработкой, принятием, применением и исполнением обязательных требований к продукции, процессам

производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, распространял свое действие на оказание медицинской помощи до 2007 г., когда медицинская помощь была исключена из сферы его действия. С 2011 г. данный закон опять распространил свое действие на медицинскую помощь, а потом и на медицинскую деятельность, неотъемлемой составляющей которой является медицинская помощь. Можно предположить, что эти меры были связаны с нормотворческой деятельностью, вызванной принятием Закона № 323-ФЗ.

Как соотносятся Закон № 184-ФЗ и Закон № 323-ФЗ?

Дело в том, что Закон № 184-ФЗ содержит понятие «безопасность продукции и связанных с ней процессов производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации (далее – безопасность)», определяемое как состояние, при котором отсутствует недопустимый риск, связанный с причинением вреда жизни или здоровью граждан, имуществу физических или юридических лиц, государственному или муниципальному имуществу, окружающей среде, жизни или здоровью животных и растений. При этом продукция – результат деятельности, представленный в материально-вещественной форме и предназначенный для дальнейшего использования в хозяйственных и иных целях.

В свою очередь, Закон № 323-ФЗ содержит понятие «безопасность медицинской деятельности», но не раскрывает его содержания.

Используя определение из Закона № 184-ФЗ применительно к медицинской деятельности, безопасность медицинской деятельности можно определить как состояние, при котором отсутствует недопустимый риск, связанный с причинением вреда жизни или здоровью граждан, имуществу физических или юридических лиц. А риск – это вероятность причинения вреда жизни или здоровью граждан, имуществу физических или юридических лиц.

Медицинская помощь всегда оказывается в условиях риска. При этом вред, нанесенный при оказании медицинской помощи, может быть обусловлен вовсе не деликтогенными (т. е. непосредственно связанными с причинами и условиями совершения правонарушений) действиями врачей. Он может происходить из существа самой патологии, на лечение которой направлены врачебные усилия, а также несовершенства и ограниченности самой технологии по которой предоставляется медицинская помощь. Задача внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности – не выходить из зоны допустимого риска, т. к. пациент, получающий медицинскую помощь, является потребителем медицинской услуги и имеет право на ее безопасность.

Наличие недопустимого риска при оказании медицинской помощи свидетельствует о том, что внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности лицензиатом надлежащим образом не осуществляется и цели лицензирования по предотвращению ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан не достигаются.

Приведем информацию о фактическом состоянии безопасности медицинской деятельности из доступных источников, озвученную Министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой, в хронологическом порядке.

Из выступления министра на Внеочередном съезде Национальной медицинской палаты 22 мая 2015 г.: «Несмотря на то, что уже сейчас созданы более 1,1 тыс. клинических протоколов, они не везде исполняются. Мы проанализировали все истории болезней умерших детей. Детей, умерших в январе и феврале этого года по всем регионам страны. Среди умерших только пять процентов лечились согласно утвержденным медицинскими сообществами современным клиническим протоколам», – сообщила Вероника Скворцова. Министр добавила, что по ведению этих больных было выявлено огромное количество недочетов и ошибок. Эти ошибки, по ее словам, совершались из-за того, что не все медицинские работники повышают свою квалификацию.

Из доклада Вероники Скворцовой на селекторном совещании о ходе реализации Концепции демографической политики, 10 июня 2015: «Выездные проверки проведены в этих (Еврейская автономная область, Курская, Ивановская, Липецкая, Орловская, Свердловская и Тамбовская области) и других регионах Росздравнадзором, Фондом ОМС совместно с Минздравом России. Выявили большое количество недоработок, нарушений порядков оказания медицинской помощи и грубых ошибок в ведении больных. Хотелось бы отметить, что по результатам 2014 г. число нарушений превысило 22,5 тыс., штрафных санкций наложено Росздравнадзором на 73 млн руб., возбуждено 41 уголовное дело и приостановлена деятельность 22 медицинских организаций. По результатам проверок за последние два года произошла смена 29 региональных министров здравоохранения в субъектах Российской Федерации».

Из интервью Вероники Скворцовой газете «Известия» 16 июля 2015 г.: «Был впервые внедрен анализ эффективности работы системы по исполнению порядков оказания медицинской помощи. Всего Росздравнадзором в 2014 г. было проведено 17 тыс. проверок, из них по соблюдению порядков оказания медицинской помощи – около 7 тыс. В 49% случаях есть нарушения. Деятельность некоторых медицинских учреждений была приостановлена, были отозваны лицензии у ряда организаций. Отмечу также, что резко увеличилось количество взимаемых штрафов. Росздравнадзор налажил такой контакт с силовыми ведомствами, что у нас очень высокий уровень взимаемости этих штрафов – 82%, а общая сумма составила в 2014 г. более 73 млн руб., что в 1,6 раза больше показателя предыдущего года. Росздравнадзор стал работать намного эффективнее – я несу ответственность за то, что я говорю».

Приведенные примеры высказываний Вероники Скворцовой свидетельствуют о том, что провозглашенные Законом № 323-ФЗ принципы охраны здоровья не обеспечиваются лицензионными требованиями по наличию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также наличием у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации – высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». Обладатель подобного сертификата специалиста должен знать, как осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности и не создавать условий для возникновения недопустимого риска при ее осуществлении.

В Послании Президента РФ Федеральному Собранию от 04.12.2014 было озвучено следующее: «Мы должны сформировать централизованную систему государственного контроля за качеством работы медицинских организаций с соответствующими полномочиями и рычагами. Прошу правительство обеспечить внедрение необходимых изменений в законодательство». На следующий день дано поручение Правительству России обеспечить внесение в законодательство Российской Федерации изменений, обеспечивающих создание централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских организаций, обратив особое внимание на достаточность у Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения полномочий и инструментов для обеспечения контроля за качеством оказываемых медицинских услуг, в т. ч. организациями первичного звена здравоохранения. Срок исполнения – 15 июля 2015 г.

На момент написания статьи каких-либо шагов в направлении создания централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских организаций не предпринято, хотя еще 24 декабря 2014 г. во время прямого разговора Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова сообщила следующее: «Сейчас мы не просто пересматриваем полномочия нашей специальной службы контрольно-надзорной т. н. Росздравнадзора, но мы и увеличиваем меру ответственности за нарушения, которые выявляются Росздравнадзором. Служба контроля должна быть жесткой, потому что речь идет о здоровье людей и жизни людей».

Из совокупности представленной информации можно сделать вывод, что основной вектор государства по обеспечению надлежащего качества работы медицинских организаций будет направлен на усиление мер ответственности за выявленные нарушения, подобное было изложено и в Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг.

Внесение законодательных изменений по усилению мер юридической ответственности процесс длительный. Можно предположить, что к концу 2015 г. мы услышим как о таких изменениях, так и о созданной централизованной системе государственного контроля за качеством работы медицинских организаций. Как сообщил руководитель Росздравнадзора Михаил Мурашко: «У нас в работе около 30 нормативных документов, например по усилению меры ответственности за несоблюдение лицензионных требований к организации медицинской помощи вплоть до лишения лицензии через суд».

Вместе с тем ничего не мешает уже сегодня главному врачу и его заместителю по медицинской части надлежащим образом осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности и тем самым обеспечить соблюдение основных принципов в сфере охраны здоровья и безопасности пациентов при оказании медицинской помощи, т. к. это отвечает интересам пациента, медицинских работников, медицинской организации, контрольно-надзорных органов.

*Раудина, М. Инвестиции в медицине: современные технологии помогут людям // Волжская коммуна. – 2015. – 23 окт. (№ 280). – С. 12-13.*

*Искусственные почки.*

Государственно-частное партнерство (ГЧП) в сфере здравоохранения – сегодня очень актуальная тема для Самарской области. Этому был посвящен круглый стол, прошедший на этой неделе в пресс-центре газеты «Волжская коммуна».

В нашем регионе частные инвестиции активно привлекаются для создания суперсовременных медицинских центров, в которых будут оказывать помощь по программе госгарантий, то есть бесплатно для пациентов. По словам заместителя министра здравоохранения Самарской области А. С. Навасардяна, сегодня в стадии реализации находятся 10 проектов ГЧП в сфере здравоохранения. Общий объем инвестиций по ним – восемь миллиардов рублей. Еще 20 проектов – на стадии структурирования.

«Если мы хотим развивать отрасль, то в структуре ее финансирования должны быть инвестиции, – объясняет Навасардян. – И если возникают сложности с бюджетными инвестициями, значит, необходимо привлекать частные. Сегодня значительная часть зданий, в которых располагаются медучреждения, требует капитального ремонта или реконструкции. И как раз инфраструктуру мы создаем с помощью инвесторов. В результате этого экономятся бюджетные средства, которые могут быть направлены на заказ той же медицинской помощи». По мнению Навасардяна, привлечение частных инвестиций реально помогает повысить качество и доступность медицинской помощи в Самарской области.

Первые проекты государственно-частного партнерства в отрасли здравоохранения были связаны со строительством диализных центров. Речь идет о медицинских учреждениях, которые жизненно необходимы пациентам с хронической почечной недостаточностью. Людям, у которых в силу разных причин практически перестают работать почки, нужно регулярно искусственно очищать организм от вредных веществ. Для этих целей в современной медицине существуют такие методики, как гемодиализ и перитонеальный диализ. В первом случае пациенту необходимо три раза в неделю приходить в медучреждение и каждый раз около шести часов проходить процедуру на так называемом аппарате «искусственная почка». Во втором - больному необходимо являться в медучреждение один-два раза в месяц.

Инвестором создания диализных центров в регионе стала немецкая компания Fresenius Medical Care. Ее российская «дочка» – компания ЗАО «Фрезениус СП» – откроет два центра: на базе больницы №10 в Куйбышевском районе Самары, а также в Центральной городской больнице Сызрани. В них будет размещено 40 и 20 «искусственных почек» соответственно. Строительство центра в Сызрани уже началось.

Учреждение более широкого профиля появится в областной больнице им. Середавина. Речь идет о центре экстракорпоральной гемокоррекции и клинической трансфузиологии. Он будет включать в себя две службы: диализный центр и подразделение по переливанию крови. Там также предусмотрен стационар на 20 коек для пациентов с хронической почечной недостаточностью, состояние которых внезапно ухудшилось. Здесь инвестором выступает ООО «ФАРМ СКД». Компания вкладывает в строительство 350 млн рублей. По условиям соглашения, через 15 лет клиника перейдет в собственность Самарской области.

«Мы не медицинская компания, но всегда внимательно следили за тем, как развивается диализная служба в Самарской области, – рассказывает заместитель генерального директора по экономике и финансам, маркетингу и логистике ООО «ФАРМ СКД» А.Е. Литвишков. – Сегодня продолжительность жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью постоянно увеличивается. И сама патология, к сожалению, становится все более распространенной. Уже через несколько лет существующих в Самаре диализных отделений не будет хватать. Поэтому мы решили инвестировать средства в строительство центра на территории больницы имени Середавина. Это учреждение выбрано отчасти потому, что оно находится в самом центре области. В него удобно ездить пациентам из других муниципальных образований».

*Сердечная клиника.*

Самым крупным инвестиционным проектом области в сфере здравоохранения является создание международного медицинского центра «Клиника сердца». Его строительство началось летом прошлого года после подписания правительством региона и ООО «Современные медицинские технологии» инвестиционного меморандума о сотрудничестве сроком на семь лет.

Старт строительству дал глава региона Н.И. Меркушкин. Общий объем инвестиций – 3 млрд рублей. «Разрешение на строительство мы получили в ноябре 2014 года, – рассказал директор ООО «Современные медицинские технологии» С.Ф. Шатало. – Сейчас на объекте завершены все монолитные работы. Начинается внутренняя отделка».

Первых пациентов клиника сможет принять в 2016 году. Для учреждения закупят самое современное диагностическое оборудование. Особенно важно, что в новом учреждении будет возможность делать около 11,5 тысячи операций в год. Это в два раза больше, чем проводится в региональном кардиологическом диспансере сейчас.

«Клиника сердца» и кардиодиспансер будут работать совместно, – объясняет Шатало. – Часть их сотрудников будут оперировать у нас. Также создан лист ожидания из врачей, которые готовы приехать к нам на работу из других регионов».

*Диагностика для онкобольных.*

А на Восьмой просеке, около Самарского областного клинического онкологического диспансера, сейчас строят центр позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (ПЭТ-центр). По словам главного врача самарского онкодиспансера А. Е. Орлова, в него будут направлять пациентов с подозрением на онкозаболевание, а также тех, кто уже проходит химиотерапию. Диагностика в ПЭТ-центре выглядит следующим образом: пациенту вводят специальные препараты, после чего его помещают в сверхмощный сканер. Процедура позволяет выявить у человека пораженные раком клетки на самой ранней стадии.

Инвестором строительства выступает ООО «ПЭТ-Технолоджи» – дочернее предприятие РОСНАНО. Общий объем инвестиций – 325 млн. рублей. Средства пойдут на строительство здания площадью 3 тыс. кв. метров, а также на закупку суперсовременного оборудования. ПЭТ-центр рассчитан на 7,5 тысячи обследований в год. Учреждение планируют открыть в 2016 году.

«Несмотря на то, что объект строится частным инвестором, потребность в нем возникает, в первую очередь, у наших сотрудников, – пояснил Орлов. – Мы по соглашению будем направлять пациентов на обследование в рамках программы госгарантий».

Заместитель министра экономического развития, инвестиций и торговли Самарской области О. В. Майоров рассказал, что недалеко от ПЭТ-центра другой инвестор сейчас строит гостиницу. «У нас уже есть договоренность, что 25% номерного фонда будет резервироваться для пациентов ПЭТ-центра и онкодиспансера, – пояснил Майоров. – Бронировать номера они смогут со скидкой 50%».

Еще один проект связан со строительством многофункционального госпиталя на 150 коек, в котором будет оказываться помощь женщинам и детям. В его строительство 2 млрд. рублей вкладывает ГК «Мать и дитя». Госпиталь будет оказывать платную медицинскую помощь. Но в уже действующей клинике компании жительницы региона проходят процедуру экстракорпорального оплодотворения по программе госгарантий.

«Бесплатно для пациентов мы делаем около 200 процедур в год, – рассказывает руководитель территориальных площадок клиники «Мать и дитя – ИДК» Е.П. Тонких. – Не исключено, что в будущем количество квот будет увеличено». Предполагается, что строительство многофункционального госпиталя начнется весной 2016 года. А в 2018 году клиника уже сможет принять первых пациентов.

*Чистое оборудование для больницы.*

С привлечением частного инвестора в больнице имени Середавина ведется также модернизация центрального стерилизационного отделения. Инвестором выступает ООО «Синергия». Эффект от реализации этого проекта ГЧП не так очевиден для жителей Самарской области, как в случае со строительством «Клиники сердца» или диализного центра. Но без стерильного оборудования и медицинской одежды не сможет работать ни одна больница.

ООО «Синергия» закупит и поставит в областную клинику оборудование на общую сумму 35 млн. рублей. Спустя девять лет оно перейдет в собственность области. «Главная цель проекта – закрыть всю потребность больницы в стерильном оборудовании», – пояснил директор компании А. Л. Коробка.

По словам А. С. Навасардяна, мощность нового стерилизационного отделения рассчитана таким образом, что компания в перспективе сможет взять на обслуживание еще несколько медицинских учреждений города.

## МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

**Корниенко, Л. Теперь онкологию можно определить по одной капле крови // Комсомольская правда. – 2015. – 18-19 нояб. (№ 131). – С. 14.**

Точность метода составляет 96 процентов, при этом он не только определяет наличие онкологии, но и подсказывает, где именно она прячется в организме. Это стало возможным благодаря созданному учеными тесту на основе анализа РНК (рибонуклеиновой кислоты) в тромбоцитах. Оказывается, именно она подобно индикатору сигнализирует: есть опасность или нет.

Такое долгожданное открытие сделали ученые шведского университета Умео в сотрудничестве с коллегами из США. Совместно они разработали специальную методику, которая особым способом исследует человеческую кровь, анализирует РНК в тромбоцитах крови. Позднее, при испытании этого подхода, специалисты исследовали образцы крови 282 человек. При этом заранее было известно, что 228 из них страдают различными формами рака, а остальные здоровы. Разработанный учеными метод подтвердил, что да, из всех образцов крови 228 имеют онкомаркеры, а 55 – нет. А также указал их локализацию.

В последующих испытаниях с использованием того же метода исследователи смогли определить происхождение опухолей с точностью в 71 процент, с диагнозом рака в легких, молочной железе, поджелудочной железе, головном мозге, печени, толстой кишке и прямой кишке.

– Возможность обнаруживать рак на ранней стадии жизненно важна. Мы исследовали, как новый метод биопсии на основе крови может применяться для локализации рака. И мы смогли выявить практически все формы рака, что подтверждает огромный потенциал метода, – говорит один из исследователей Джонас Нильссон.

\*\*\*

**Лалаянц, И. Подавить опухоль // Медицинская газета. – 2015. – 30 окт. (№ 82). – С. 13.**

Учёные нашли слабое место злокачественных образований.

Наши философы любили укорять своих буржуазных коллег в банальном механицизме, с помощью которого те пытались решать разные проблемы. Всё началось чуть более века назад, когда П. Раус открыл некий проходящий бактериальные фильтры агент, вызывающий саркому кур. За открытие вируса (RSV – Rous Sarcoma Virus) ему дали Нобелевскую премию через 55 лет!). В конце 70-х выяснили, что RSV переносит ген клеточного фермента, названный *src* (*src*), нарушение которого (мутация) приводит к саркоме у человека.

Ту же опухоль вызывает и мутант гена *Ras* (*Rat sarcoma*), выделенный из опухолевых клеток животного, а затем и человека (нормальный *Ras* сдерживает клеточное деление). Третью часть века назад казалось, что проблема рака наконец-то решена, поскольку – механистический подход – для «оздоровления» клеток вполне достаточно ввести нормальную копию гена.

Опухоли опасны как сами по себе, так и «плаванием» – миграцией их клеток по «водам» крови и лимфы, что приводит к метастазам, образующимся из DTC (*Disseminating Tumor Cells* опухолевых «семян»). В норме клеточные элементы разных тканей, если не считать кровь, проявляют «коллективизм», плотно сидя на белковых плёнках с их ламинином. Помимо этого клетки удерживает адгезия-«слипание» таких протеинов, как адгезины, интегрины и кадгеринины – функция последних зависит от кальция, откуда и название. В норме многие клетки формирующегося организма мигрируют в разных направлениях, в результате чего образуется многослойная кора мозга (в случае мутации гена «дабл-кортин» *doublecortin* – формируется двойная нефункциональная кора). Но по достижении соответствующих «локаций» образуются прочные контакты клеток, следствием чего является выключение «охоты к перемене мест».

Учёные лондонского Кингс-колледжа изучают модели клеточной миграции, в частности при росте нервов и нервных отростков в ходе развития (PNAS). В Лондоне установили, что движение регулируется ретроградными сигналами, которые идут от митохондрий, вырабатывающих необходимую для роста энергию. Сотрудники Мичиганского университета стремятся понять роль выключения одной из женских половых хромосом (X) на развитие мозга. Считается, что двуцепочная ДНК механически прочнее, чем одно-цепочная РНК, и к тому же лучше сохраняет наследственную информацию. Мичиганцы пытаются объяснить выключение второй X, видимой, как тельце М. Барра (канадца, открывшего его в 1949 г.), посредством синтеза осмысленной и бессмысленной – *sense & nonsense* – копий гена *Xist* (*X-inactivating*

specific transcript – инактивирующий специфический транскрипт-копия). Известно, что РНК этого гена буквально «обволакивает» выключенную X-хромосому, образуя синеватое «гало» – ореол вокруг неё. Авторы установили, что синтез этой РНК запускается её копией, но сделанной в обратном – antisense – направлении транскрипции-считывания ДНК, открыв ещё один механизм регуляции. Возможно, что через какое-то время он найдёт применение в выключении раковых генов.

Ещё одно неожиданное открытие в области рака. Оно касается... рибосом, об участии которых в озлокачествлении клеток ничего не знали. Сотрудники Кембриджа с помощью криоэлектронного микроскопа (Cryo-EM) с разрешением 4 ангстрема проследили за формированием рибосомы из её субъединиц, при этом оказалось, что для «включения» рибосомы необходимо вытолкнуть из неё тормозящую молекулу небольшого протеина (элонгационного фактора eIF, который необходим для «элонгации» – удлинения белковой цепи при её синтезе рибосомой). Для выбивания молекулярной «затычки» служит белок, нарушение гена которого приводит к лейкемии. Она возникает и по причине нарушения эпигенетического метилирования (присоединение метильных групп – СН<sub>3</sub> к белку, регулирующему активность генов). Об этом написали учёные базельского Института Ф. Мишера, более полутора веков назад открывшего в клетках белой крови «нуклеин» с фосфором (нуклеотиды состоят из «букв» ген-кода, сахара и остатка фосфорной кислоты). Они показали, как регулируются гены в ходе развития предшественников (прогениторов) В-лимфоцитов в костном мозге, являющемся органом кроветворения.

Бороться с раком очень просто, если задушить его «костлявой рукой голода», то есть подействовать на новообразование сосудов – «ангионов» опухоли блокаторами ангиогенинов, синтезируемых трансформированными клетками (анти-ангиогенины прекрасно действуют в глазу, не давая развиваться в нём сосудам). Опухолевые клетки «расходуют» глюкозу в 10-100 раз больше, чем нормальные. А. Сергушичев, М. Артёмов и Е. Логиничева из петербургского Технического университета механики и оптики (ИТМО) с коллегами из Канады, Бельгии и США представили данные, что клетки лёгочной опухоли могут обходиться и без глюкозы, но их рост подавляется при действии на один из ферментов митохондрий. Теперь надо искать лекарства против этого протеина.

\*\*\*

*Сергеева, И. Учёные случайно нашли средство от облысения // Медицинская газета. – 2015. – 28 окт. (№ 81). – С. 13.*

Препарат против стресса помог мышам зарости шерстью. Исследуя влияние антистрессовых препаратов на пищеварительный тракт, учёные из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе неожиданно для себя открыли средство от облысения.

В экспериментах они использовали генетически изменённых мышей, страдающих перепроизводством стрессового гормона CRF (corticotrophin-releasing factor). Такие мыши, как правило, с возрастом начинают резко лысеть. Мышам делали инъекции препарата астрессин-Б, блокирующего действие CRF. Спустя 3 месяца они решили провести гастроэнтерологическое обследование мышей... и не смогли отличить генетически изменённых мышей от обычных мышей контрольной группы – почти все они, прежде лысые, густо заросли шерстью.

Исследователей поразило не только сам факт восстановления волосяного покрова, но и чрезвычайно длительное действие препарата – инъекции делались в течение 5 дней, по одной инъекции в день, а действие лекарства сказывалось даже через 4 месяца. Учитывая, что мыши живут не больше 2 лет, по последующим экспериментам подтвердили первоначальный результат. Когда же астрессин-Б стали давать молодым, генетически изменённым мышам, ещё не успевшим облысеть, препарат предотвратил потерю волос.

Давно известно, что стресс вызывает не только поседение, но и облысение тоже. Однако ни одно из чудо-средств, основанных порой и на антистрессовых препаратах, не приводило к полному восстановлению волосяного покрова и не производило такого длительного воздействия. До сих пор препарат был испробован только на мышах и подействует ли он таким же образом на людей, пока неизвестно. Но надежды на это есть. Во-первых, лысых мышей-мутантов пытались лечить от облысения «человеческим» препаратом. Он подействовал на грызунов так же, как действует на людей – со скромным результатом. Во-вторых, стрессовый гормон присутствует и в человеческой коже, так что можно предположить, что механизм облысения у людей и у мышей один и тот же.

**Сергеева, И. Ген-защитник // Медицинская газета. – 2015. – 21 окт. (№ 79). – С. 13.**

Как отдалить болезнь Альцгеймера на 10 лет?

Медицинские исследования, проведённые учёными Калифорнийского университета, обнаружили ген, который защищает организм от раннего наступления болезни. Всё дело в генном наборе: у некоторых людей в генах мутирует редкий аллель, из-за чего человек заболевает уже в 49 лет.

Учёный Мэтью Лалли заинтересовался одной семьёй из Колумбии: её члены в возрасте приблизительно 49 лет поголовно становились жертвами болезни Альцгеймера. Генетик решил тщательно изучить семейные гены. Для этого он обследовал 100 родственников и всё-таки нашёл причину необычно раннего «семейного» Альцгеймера. Оказалось, что в семейных генах мутирует редкий аллель, позволяющий болезни подкрадываться так рано.

Именно его обнаружил учёный в части генома, отвечающей за воспаление. Аллель нужен для того, чтобы предотвратить опасное повышение уровня белка эотаксина с возрастом, а его мутация подвергает людей раннему заболеванию. А когда аллель нарушен, член семьи получал раннее заболевание недугом Альцгеймера. Хотя пара родственников внутри семейства заболели гораздо позже остальных, на целых 10 лет. Генетиков заинтриговал этот факт. Возникло предположение, что есть специальный ген, отдаляющий заболевание.

Научный эксперимент, в котором участвовали 150 человек с болезнью Альцгеймера или деменцией, подтвердил эту догадку. Генетики выявили тот самый «колумбийский» ген. И хотя мутация этого гена (как в случае с семьёй из Колумбии) чрезвычайно редка, его обнаружили у 30% выборки из 150 человек – значит, имеется всё-таки в генах потенциальная защита от болезни Альцгеймера.

Если организм предрасположен на генном уровне к этому недугу, единственным вариантом отсрочить наступление болезни является поддержание нормального уровня эотаксина. Генетики рекомендуют следить за его уровнем, если есть генетическая предрасположенность к Альцгеймеру. Чем организм старше, тем выше уровень эотаксина и выше риск заболеть. А старость пока генетики лечить не умеют.

\*\*\*

**Блиев, Ю. Генетический ремонт удостоен Нобеля-2015 // Медицинская газета. – 2015. – 21 окт. (№ 79). – С. 13.**

Как повелось, многие естественно-научные нобелевские призы по праву принадлежат и медицине. И на этот раз Нобелевская премия 2015 г. по химии присуждена за открытие механизмов исправления ДНК.

Она вручена не химикам, а, как это часто случается, учёным, работающим в смежной области, – молекулярным биологам, шведу Томасу Линдалю, возглавляющему лабораторию Clare Hall в Великобритании, выходцу из Турции Азизу Санкару (Университет Северной Каролины, США) и американцу Полу Модричу, сотруднику Медицинского института Говарда Хью и Университета Дьюка, США. Их заслуга – открытие трёх разных механизмов, с помощью которых внутри живых клеток производится ремонт ДНК, молекул, несущих генетическую информацию.

Напомню ради целостности рассказа, оплодотворённая человеческая яйцеклетка получает два набора хромосом – 23 от матери и столько же от отца.

В этих 46 хромосомах записан в виде последовательности ДНК генетический код, который определяет развитие нового организма. Яйцеклетка начинает делиться, нити, составляющие двойную спираль ДНК, расцепляются, на каждой из них, как по шаблону, выстраивается дополнительная последовательность. Две новые полноценные двойные спирали достаются двум наследницам клетки: так от одного клеточного поколения другому передаётся в организме генетическая информация.

Точность сохранения генетического кода очень важна: если код ДНК будет существенно нарушен, это может привести к болезням, например, раку, смерти или генетическим заболеваниям у потомков. Однако процедура копирования генов в этих 46 хромосомах записан в виде последовательности ДНК генетический код, который определяет развитие нового организма. Яйцеклетка начинает делиться, нити, составляющие двойную спираль ДНК,



расцепляются, на каждой из них, как по шаблону, выстраивается дополнительная последовательность. Две новые полноценные двойные спирали достаются двум наследницам клетки: так от одного клеточного поколения другому передаётся в организме генетическая информация.

Точность сохранения генетического кода очень важна: если код ДНК будет существенно нарушен, это может привести к болезням, например, раку, смерти или генетическим заболеваниям у потомков. Однако процедура копирования генов при делении клеток не идеальна, иногда внутриклеточная машинерия даёт сбой и по шаблонам расцепившихся нитей ДНК выстраиваются не совсем правильные дополнительные молекулы. Кроме того, ДНК подвержена внешнему воздействию радиации, ультрафиолетового излучения, а также вредных веществ, например, поступающих в организм вместе с табачным дымом.

К счастью, в процессе эволюции в организме появились специальные механизмы, позволяющие чинить испорченные молекулы ДНК. Специальные белковые комплексы внутри клеток умеют обнаружить ошибку в генетическом коде, вырезать из него неверную последовательность и вклеить на её место правильный вариант.

Томасу Линдалю удалось разобраться с системой, которая ремонтирует ДНК в случаях, когда в молекулярном коде повреждается одна из четырёх букв, которыми он написан, - цитозин. Как выяснилось, цитозин легко теряет свою часть, аминогруппу, и при следующем делении клетки это может привести к мутации в ДНК. Линдаль сумел проследить механизм, с помощью которого испорченная молекула цитозина вырезается из нити ДНК, а на её место вклеивается нормальная копия.

Азиз Санкар изучал процессы, восстанавливающие ДНК после повреждения ультрафиолетовым излучением. Он обнаружил комплекс ферментов, способных заменить в последовательности аминокислот содержащий ошибку кусочек, состоящий из полутора десятка «букв».

Наконец, Пол Модрич исследовал механизм, обеспечивающий исправление ошибок, возникающих в процессе копирования генов при делении клеток. В том числе он разобрался в том, как именно клетка выясняет, какая из нитей новой ДНК правильная, а в какой получилась опечатка.

Совместное достижение этих учёных состоит не только в том, что их работы дали нам лучшее понимание устройства жизни. Усиление или, наоборот, ослабление систем репарации ДНК может затормозить или остановить развитие некоторых болезней. Например, при некоторых видах раковых опухолей ингибция репарирующих ДНК-комплексов ферментов приводит к тому, что в генах раковых клеток начинают накапливаться ошибки, и они быстрее погибают, особенно на фоне воздействия химиотерапевтических препаратов.

\*\*\*

**Утибаева, А. 5 ноу-хау самарских ученых для медицины, и не только // Комсомольская правда. – 2015. – 20 окт. (№ 119). – С. 20.**

Сегодня ни один врачебный кабинет невозможно представить без компьютеров, загадочных диагностических аппаратов и приспособлений. Каждый прибор и устройство – плод бессонных ночей команд медиков и инженеров. В том числе самарских. Для разработки ноу-хау в Самаре создали специальный Центр прорывных исследований и «Технопарк». Плоды совместного творчества ученых и программистов уже успешно внедряются в Клиниках СамГМУ и других медучреждениях региона.

*Синий, синий... бодрый!*

Эта разработка сейчас как никогда актуальна. Жаль, что пока ее нет в продаже. Ведь применять устройство можно и дома, и в медучреждениях.

Эти очки больше похожи на ободок. Или «набровники». Секрет их – в особом синем свете. Он воздействует на глаза, а оттуда подается сигнал в мозг, чтобы организм «Проснулся». Для промозглых осенних дней, природных зон с дефицитом солнечного света и для смены часовых поясов – незаменимая вещь. Говорят, достаточно походить в очках полчаса ранним утром и полчаса вечером - и бодрость духа обеспечена. Дизайн очков дорабатывается.

*Не сыть мне соль на рану... лучше включи «Комбис».*

Аппарат, напоминающий «жука», выглядит как «импортный».

– Для лечения раневых дефектов, – представляет разработку директор «Технопарка» Алексей Рубцов. – Из одной головки по трубке на рану распыляется лекарство, из другой «льются» лазерные лучи разных частот. Заживление происходит быстрее, препарат расходуется экономичнее, да и процедура более гигиеничная – никаких контактов. Направил трубки, нажал кнопку – и все. Можно менять насадки лазера и использовать в косметических целях. Сейчас «Комбис» первого образца успешно используют в клиниках. А в «Технопарке» собирают более «красивые» технологичные и удобные модели аппарата. Цель – пройти сертификацию и выпустить «Комбис» всерийное производство.

*Операция без рисков.*

Сейчас все силы ученых и айтишников направлены на завершение большого и важного проекта «Автоплан». Это не просто программа, а целый комплекс по планированию операций. Он поможет хирургам снизить риски ошибок. Система строит 3D-модель внутренних органов больного, а затем использует ее для навигации. Реконструкция создается по данным исследований КТ, МРТ. Аппаратная часть «Автоплана» состоит из стереокамер, очков дополненной реальности и дополнительного монитора. Инструментом отмечают точки, по которым полученную модель накладывают на пациента, и врач видит ее через специальные очки. Комплекс показывает положение всех вен и артерий, так хирург видит, где и как лучше сделать надрез.

«Автоплан» работает с данными томографов любых производителей и значительно сокращает работу диагностов. Система испытана в пяти клиниках губернии, двух столичных и даже в хирургическом центре в Германии. В общей сложности обработаны 100 пациентов с разными заболеваниями. А вот навигации «Автоплана» еще только предстоит пройти клинические испытания в следующем календарном году.

*Вся анатомия на одном столе.*

Следующая разработка – свежая. В прошлом месяце первый интерактивный анатомический стол InBodyAnatomy удивил важных чиновников на форуме в Москве. Глава российского Минздрава Вероника Скворцова заинтересовалась самарской разработкой. По сути, стол – большой сенсорный экран длиной от 0,8 до 1,8 м, на котором смоделировано 3D-изображение человеческого тела. Подобно тому, как мы «листаем картинку пальцем на телефоне», можно увеличивать, поворачивать и перемещать все внутренние органы и кости человеческого организма. Производить «виртуальное вскрытие тела». Инновацией заинтересовались другие российские вузы. Ведь подобных разработок в мире пока две: в США и в Самаре. К слову об импортозамещении, наш «анатомический стол» в максимальной комплектации стоит 2,5 – 3 млн. рублей, в три раза дешевле американского.

\*\*\*

***Нивкин, И. Запомни навсегда // Медицинская газета. – 2015. – 14 окт. (№ 77). – С. 13.***

Американские исследователи разработали имплантат, который поможет людям с поражениями мозга. Этот имплантат, способствующий «кодированию» воспоминаний, даёт надежду тем, кто не может вспомнить недавнее прошлое (например, при болезни Альцгеймера или после ранений на войне).

В мозг вживляются электроды. «Ключевую роль играет компьютерный алгоритм, который, имитируя электрические сигналы мозга, превращает краткосрочные воспоминания в перманентные. Исследователи надеются, что алгоритм обеспечит запоминание в обход повреждённого участка мозга. Алгоритм работает, хотя пока нет возможности «читать» воспоминания, то есть расшифровывать их содержание по электросигналам.

«Всё равно что способность переводить с испанского на французский, не понимая этих языков» - так описал этот парадокс руководитель исследования Тед Берджер из Университета Южной Каролины. Алгоритм был разработан в ходе опытов на животных, а затем отточен при исследовании 9 больных эпилепсией. В гиппокамп этих людей вживлены электроды, чтобы избавиться их от эпилептических припадков. Исследователи «читали» сигналы, возникающие в мозгу пациентов при выполнении несложных заданий. Теперь алгоритм с 90-процентной точностью прогнозирует то, как мозг закодирует сигналы. Следующий этап – научиться передавать сигнал, закодированный компьютером, обратно в мозг, заключает автор статьи.

## ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Кучма, В. Р. Формирование здорового образа жизни детей и единого профилактического пространства в образовательных организациях: проблемы и пути решения // Гигиена и санитария. – 2015. – № 6. – С. 20-25.*

Формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний среди детей и подростков – государственная задача, стоящая перед министерствами и ведомствами на всех уровнях: федеральном, региональном и местном. Представляется важным проанализировать результаты деятельности по формированию здорового образа жизни детей и подростков.

Цель работы – оценка формирования здорового образа жизни детей и создания единого профилактического пространства в образовательных учреждениях.

Задачи исследования:

1. Анализ действующей системы формирования здорового образа жизни детей и подростков.
2. Анализ ситуации и обоснование основных компонентов формирования единого профилактического пространства в образовательных организациях.
3. Определить основные направления деятельности по совершенствованию межсекторального взаимодействия в сфере формирования здорового образа жизни детей и единого профилактического пространства в образовательных учреждениях.

Материалом исследования послужили нормативно-правовые и аналитические документы в сфере профилактики неинфекционных заболеваний, порядок деятельности медицинских организаций и медицинское обеспечение детей в образовательных учреждениях, и их использование медицинскими и образовательными организациями. Основным методом исследования явился аналитический.

Многокомпонентная, многоуровневая и иерархичная система формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний среди детей и подростков направлена на постоянное воздействие прежде всего на детей и подростков, их родителей, педагогических и медицинских работников, а также лиц, принимающих решения в сфере обеспечения условий жизнедеятельности детей и подростков. Это воздействие должно базироваться на реальной оценке здоровья детей с учетом их поведения в области здоровья, распространенности основных факторов риска развития неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний, травматизма, и включать улучшение основных детерминант здоровья детей и подростков. Однако в настоящее время эта работа в должном объеме не осуществляется ни медиками, ни психологами, ни социальными работниками, ни педагогами. Распространенность факторов риска здоровью детей не оценивается, несмотря на то, что это является одним из обязательных элементов развития здравоохранения, дружественного детям, и здорового образа жизни, зафиксированных в Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы.

В настоящее время «школьная медицина», гигиена детей и подростков располагают апробированными и эффективными технологиями скрининг-обследования, мониторинга, оценки распространенности факторов риска здоровью в детской популяции, в том числе с использованием современных аппаратно-программных комплексов и компьютерных технологий. Однако в субъектах Российской Федерации, образовательных организациях эта работа не осуществляется, не поддерживают ее и Министерства здравоохранения, науки и образования Российской Федерации.

Положительный опыт работы отечественного здравоохранения, в том числе и «школьной медицины», в относительно недавнем прошлом страны был использован, осмыслен и развит в новой концепции о единой профилактической среде Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Эта концепция одобрена всей международной медицинской общественностью и стала основным завоеванием 1-й Глобальной конференции по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных заболеваний, инициированной Российской Федерацией совместно с ВОЗ (Москва, 2011). Российская концепция нашла отражение в резолюциях ВОЗ и политической декларации Генеральной Ассамблеи ООН.

Главными компонентами единой профилактической среды определены формирование здорового образа жизни и широкомасштабные профилактические мероприятия, совокупный вклад которых в интегральный показатель здоровья составляет не менее 50%.

Профилактическая среда предполагает, с одной стороны, создание инфраструктурных, информационно-образовательных, нормативно-правовых, налоговых и других условий, позволяющих населению вести здоровый образ жизни, с другой стороны – мотивирование населения к сохранению здоровья и долголетия, формированию ответственности каждого за собственное здоровье и здоровье своих близких.

Формирование единой профилактической среды требует межсекторального, общеправительственного и общесоциального подходов, участия всех министерств и ведомств, каждое из которых должно отчасти стать здравоохранением. С этой целью в стране создана Правительственная комиссия по охране здоровья граждан под председательством Председателя Правительства Российской Федерации Д. А. Медведева.

Министр здравоохранения Российской Федерации В. И. Скворцова указывает на то, что «необходимо совместно реформировать систему оказания медицинской помощи населению с разворотом привычного вектора врач-больной в сторону врач-здоровый человек и сформировать «систему управления здоровьем». Это, прежде всего, касается организации первичной медицинской помощи, участковой, школьной, производственной медицинской службы».

Современная стратегия борьбы с неинфекционными заболеваниями основана на снижении распространенности 4 ведущих поведенческих факторов риска (курение, алкоголь, нездоровое питание, низкая физическая активность) и ассоциированных с ними 4 биологических факторов риска (артериальная гипертензия, дислипидемия, избыточная масса тела, гипергликемия). Это приводит к значительному уменьшению предотвратимой смертности от 4 групп неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистых, онкологических, респираторных заболеваний и сахарного диабета, которые обуславливают более 70% смертей в общей структуре смертности, ложатся тяжелым бременем на экономику страны, снижают качество жизни и благополучие человека. Необходимо отметить, что эти виды патологии широко представлены и в детской популяции.

Требуется научное сопровождение формирования единой профилактической среды как комплекса информационных, физических, социальных и экономических факторов, обеспечивающего здоровый образ жизни и профилактику хронических неинфекционных заболеваний для снижения смертности населения Российской Федерации. Требуется также научное обоснование и обеспечение методического сопровождения по разработке и реализации программных механизмов формирования здорового образа жизни и комплексной профилактики хронических неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний у детей и подростков.

Такие факторы риска, как неблагоприятное гигиеническое окружение и низкий уровень социально-экономического развития, значительно усиливают влияние негативных последствий поведенческих и биологических факторов риска на здоровье. Формирование поведенческих и биологических факторов риска связано с образом жизни, уровнем образования, культуры и многими другими детерминантами здоровья. Модифицируемые поведенческие и биологические факторы риска являются независимыми, измеримыми, общими для всех неинфекционных заболеваний (ВОЗ, 2011).

Для эффективного осуществления стратегии предупреждения неинфекционных заболеваний необходима достаточная «профилактическая доза» воздействия на население, которая в предыдущие годы в России не была создана. Однако она может быть достигнута в системе медицинского обеспечения обучающихся. Попытки сделать профилактическую деятельность основным видом деятельности врача-педиатра участкового обречены на провал.

В НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБНУ НЦЗД проведено (И. В. Звездина) комплексное медицинское обследование учащихся 8-9-х классов в 4 школах г. Москвы, в ходе которого было проведено анкетирование их родителей (331 человек). Исследователи интересовались: «Как часто за последний год Ваш ребенок обращался к врачу?»; «Как часто Вы получали рекомендации по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни у Вашего ребенка у врача в поликлинике?»; «Как часто за последний год Вы обращались к врачу в поликлинике по вопросам профилактики, формирования здорового образа жизни Вашего ребенка?».

По данным анкетирования родителей 30,8% школьников (102 человека) в течение года обращались к врачу в поликлинику по месту жительства по поводу различных заболеваний, диспансерного наблюдения и получения справок. Среднее число посещений среди этих детей составило 2-3 посещения в год. Не посещали детскую поликлинику в течение года 69,2% учащихся 8-9-х классов. Среднее число посещений при перерасчете на всех школьников составило 0,92 за последний год.

При посещении педиатра в поликлинике только 23,5% родителей (24 человека) за последний год получили рекомендации по профилактике заболеваний и укреплению здоровья своего ребенка.

Таким образом, 76,5% школьников и их родителей, которые посещали участкового педиатра, не получили в течение года сведений о профилактике заболеваний и укреплении здоровья. Учитывая, что эти сведения также не получали дети, которые не посещали поликлинику, процент учащихся, «охваченных профилактикой» в условиях детской поликлиники, в среднем составляет 7,7. Соответственно 92,3% школьников оказываются вне профилактического воздействия медицинских организаций для детей.

Среди родителей, которые в течение последнего года посещали с детьми поликлинику, только 14,7% (15 человек) сами обратились к врачу по вопросам профилактики. Среди всех родителей, обследованных учащихся (331 человек) эта доля составила 4,8%.

Таким образом, 95,2% родителей школьников не обращаются к педиатру в детскую поликлинику по вопросам профилактики и укрепления здоровья своих детей.

При этом современная школьная медицина располагает актуальной подзаконной нормативно-правовой и информационно-методической базой, технологиями оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в образовательных организациях, обеспечения их санитарно-эпидемиологического благополучия (приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» от 05.11.2013 № 822н; содержащий свыше 20 Федеральных рекомендаций оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним, обучающимся в образовательных организациях). Однако реформирование школьного здравоохранения в субъектах Российской Федерации осуществляется медленно, а в некоторых к нему и не приступали.

Медицинскими организациями упускается уникальная возможность впервые в отечественной истории обеспечить несовершеннолетних обучающихся медицинской помощью врача по гигиене детей и подростков, который, призван содействовать санитарно-эпидемиологическому благополучию обучающихся в образовательных организациях.

В систему формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний детей и подростков не включены все объекты воздействия. Вне должного внимания оказались условия, прежде всего «внутришкольные» и вне образовательных организаций, макро условия; не используются эффективные технологии (воспитание и обучение, пропаганда, массовые коммуникации, вовлечение детей и подростков в профилактику (волонтерство, работа по принципу «равный-равному» и др.). Партнеры, могущие обеспечить синергизм эффектов формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний у детей (Центры здоровья для детей, Центры медицинской профилактики, учреждения Роспотребнадзора, ДОСААФ, спортивные, общественные организации и др.), не вовлечены должным образом в этот процесс.

Взаимодействие, обучающихся, их семей, педагогов, медицинских работников, управленцев в сфере формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний среди детей и подростков не отвечает требованиям концепции Минздрава России.

Лица, принимающие решения на уровне субъекта Федерации, муниципалитета, в должной мере не содействуют условиям повышения двигательной активности обучающихся, не способствуют тому, чтобы дети могли добраться до школы пешком, на велосипеде, скайте. Инфраструктура микрорайона в шаговой досуговой доступности ребенка (в районе школы, дома) по-прежнему далека от требований обеспечить естественную потребность детей в движении и безопасность. От лиц, принимающих решения на соответствующем уровне, зависит и организация спортивных соревнований, организованное рациональное, здоровое питание в школьной столовой.

Массовые коммуникации высокоэффективны при формировании здорового образа жизни детей и подростков, но им не уделяется должного внимания в субъектах Российской Федерации, не учитываются интересы, ожидания, проблемы, наиболее эффективные каналы коммуникаций для различных групп детского населения, отсутствует постоянная оценка воздействий, непрерывность этих коммуникаций. Для этой работы не выделяются соответствующие ресурсы. Лица, принимающие решения на уровне муниципалитета, района, субъекта, не вносят эти виды деятельности в бюджеты. Факт, что профилактические мероприятия дешевле лечения и реабилитации, никто не оспаривает, но формирование единой профилактической среды, здорового образа жизни требует средств.

Специалисты обращают внимание, что практически все средства здравоохранения вкладываются в высокотехнологичную медицину в ущерб первичной помощи, где должны начинаться и заканчиваться 80% всех клинических случаев. Совершенствование здравоохранения должно идти не за счет успехов клинической медицины, а обеспечиваться всей сложной и многоуровневой медицинской помощью с ее взаимосвязями, потребностями населения, маршрутами пациентов, этапностью.

Волонтерству в деле формирования здорового образа жизни также не уделяется должного внимания. Вместе с тем даже передача сведений, опыта в системе «старший-младшему», «равный-равному» более действенны, чем уроки и беседы педагогов и медицинских работников.

Заметен результат партнерства в формировании здорового образа жизни и профилактики заболеваний у детей центров здоровья для детей и образовательных организаций. Взаимодействие в сфере образовательной, профилактической, консультативной и аналитической деятельности между всеми заинтересованными сторонами способствует повышению эффективности работы по формированию здорового образа жизни в образовательных организациях.

Отсутствием должного внимания к проблеме формирования единого профилактического пространства в образовательных организациях со стороны руководителей субъектов Российской Федерации можно объяснить неисполнение приказа Минздрава России от 5 ноября 2013 г. № 822н в части формирования работоспособных отделений, могущих осуществлять профилактику школьно-обусловленных и хронических неинфекционных заболеваний детей, формирование здорового образа жизни детей по территориальному принципу в отношении обучающихся дошкольных образовательных организаций и учащихся школ и организаций среднего профессионального образования. В соответствии с приказом для медицинского обеспечения 2500 обучающихся должно быть сформировано отделение, насчитывающее 2,5 ставки врачей-педиатров, 1 врача по гигиене детей и подростков и 5 медицинских сестер. При этом штаты могут варьировать в зависимости от численности детей дошкольного и школьного возраста, посещающих образовательные организации, и от включения или нет врачей-стоматологов и гигиениста стоматологического.

По-прежнему крайне слаба материально-техническая база отделений: они не располагают соответствующими помещениями и оснащением в медицинской организации, образовательных учреждениях.

В субъектах Российской Федерации не сформированы межведомственные (административные) комиссии по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний среди детей и подростков. Однако, принимая во внимание многокомпонентность системы формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний у детей и подростков, соответствующая координация работы в этой сфере необходима. К ней должны быть привлечены и родительские, пациентские, профессиональные некоммерческие организации региона, субъекта.

Система формирования здорового образа жизни детей и единого профилактического пространства в образовательных организациях полностью поддержана профессиональным сообществом школьных медиков и гигиенистов детства, что неоднократно подчеркивалось на всероссийских научных форумах и находило отражение в резолюциях.

Профессиональное сообщество неоднократно обращало внимание, что в соответствии с положениями Национальной стратегии действий в интересах детей на период 2012-2017 гг. федеральные органы исполнительной власти, руководители субъектов Российской Федерации должны принять исчерпывающие меры в сфере формирования здорового образа жизни детей и подростков. Они должны обеспечить:

- внедрение регулярного государственного мониторинга основных поведенческих рисков, опасных для здоровья детей и подростков, проведение мониторинга качества жизни детей;
- включение в государственный мониторинг системы образования адекватных показателей, характеризующих здоровье обучающихся, формирование здорового образа жизни;
- восстановление медицинских кабинетов в общеобразовательных организациях, финансирование (софинансирование) из средств федерального бюджета оснащения медицинских блоков отечественной диагностической техникой и аппаратно-программными комплексами для скрининг-оценки психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;
- дальнейшее развитие подростковой медицины, создание молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медико-социальной помощи, поддержку успешно реализуемых в регионах проектов создания клиник, дружественных к детям и молодежи;
- переподготовку медицинских кадров по вопросам оказания медицинской помощи обучающимся, использование новых технологий ранней диагностики и профилактики заболеваний, распространенных среди обучающихся, отклонений в их физическом и нервно-психическом развитии, в том числе с использованием дистанционных форм подготовки. Для этого, прежде всего, необходимо по новой современной учебной программе подготовить преподавательский состав кафедр, занятых ППО школьных врачей;
- внедрение новых видов отдыха и досуга для подростков, исключая традиции курения, употребления алкогольной продукции, обеспечение здорового и активного досуга, в том числе, для проживающих в малых городах и сельской местности;
- доступность занятий физической культурой, туризмом и спортом для всех категорий детей в соответствии с их потребностями и возможностями в зоне пешеходной доступности для детей и их родителей;
- финансирование социальной пропаганды здорового образа жизни детей и подростков средствами массовых коммуникаций;
- должное число медицинских кадров, работающих в образовательных организациях и адекватную оплату труда медицинских работников отделений медицинской помощи обучающимся.

Система формирования здорового образа жизни детей и подростков, призванная в комплексе влиять на стиль поведения и образ жизни подрастающего поколения, в должной мере не функционирует ни на уровне образовательных учреждений, ни на уровне муниципалитетов.

Формирование единой профилактической среды идет крайне медленно и не комплексно, а лишь по отдельным направлениям. 95,2% родителей школьников не обращаются к педиатру в детскую поликлинику по вопросам профилактики и укрепления здоровья своих детей.

Деятельность органов власти и руководителей образовательных и медицинских организаций по формированию здорового образа жизни детей и созданию единого профилактического пространства в образовательных организациях действительно должна быть межсекторальной и осуществляться на основе Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг. по следующим направлениям:

- постоянный мониторинг основных поведенческих рисков, опасных для здоровья детей и подростков, мониторинг качества жизни детей;
- восстановление медицинских кабинетов в общеобразовательных организациях и оснащение медицинских блоков отечественной диагностической техникой и аппаратно-программными комплексами для скрининг-оценки психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;
- доступность занятий физической культурой, туризмом и спортом для всех категорий детей в соответствии с их потребностями и возможностями в зоне пешеходной доступности для детей и их родителей;
- финансирование социальной пропаганды здорового образа жизни детей и подростков средствами массовых коммуникаций;
- обеспечение школьного здравоохранения должным количеством медицинских кадров, обеспечивающих реальный и равноправный доступ обучающихся к медицинской профилактической помощи, с адекватной оплатой их труда.

## Уважаемые коллеги!

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

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с «Прейскурантом цен на платные услуги, выполняемые работы» услуга по копированию статей оказывается на платной основе (сайт МИАЦ – 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-sbo@medlan.samara.ru](mailto:sonmb-sbo@medlan.samara.ru)

**Сайт:** <http://medlan.samara.ru>