

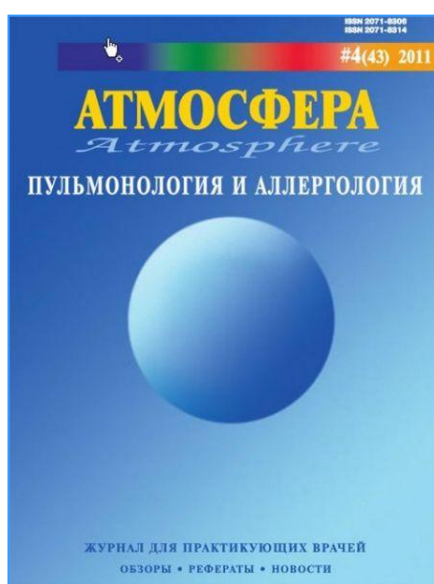


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№11 (ноябрь), 2016



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	28
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	29

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Приоритеты государственной политики в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации // Главный врач. – 2016. - № 11. – С. 3-7.

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, основные приоритеты социальной и экономической политики в сфере реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» включают формирование культуры здорового образа жизни, внедрение инновационных технологий в здравоохранение и образование, решение проблемы их кадрового обеспечения.

Развитие человеческого потенциала.

Уровень конкурентоспособности современной инновационной экономики в значительной степени определяется качеством профессиональных кадров. Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р, поставлена задача по повышению эффективности человеческого капитала и созданию комфортных социальных условий.

Развитие инновационных отраслей.

Развитие инновационных отраслей будет сопровождаться формированием условий для появления новых инновационных компаний, работающих в сферах, связанных с созданием таких критических технологий в Российской Федерации, как биомедицинские технологии, геномные, прогеномные и постгеномные технологии, клеточные и биоинформационные технологии, технологии биоинженерии, технологии мониторинга и прогнозирования состояния окружающей среды, предотвращения и ликвидации ее загрязнения, технологии снижения потерь от социально значимых заболеваний.

Создание и развитие конкурентных рынков, последовательная демонополизация экономики.

Предусматривается создание условий для развития государственно-частного партнерства, постепенной демонополизации государственной системы оказания медицинской помощи населению в условиях реформирования системы контрольно-надзорных функций и стандартизации медицинских услуг.

Современное производство медицинских изделий на территории Российской Федерации способно восполнить существующую потребность отечественной системы здравоохранения в качественных, недорогих медицинских изделиях, применяемых при оказании специализированной медицинской помощи. При реализации указанного мероприятия планируется использование механизма долгосрочного государственного заказа.

Цели и задачи деятельности Министерства здравоохранения РФ.

Основная цель – обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Задачи:

- обеспечение достижения показателей, предусмотренных указами Президента России от 07.05.2012 № 596-606 (далее - указы);
- обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;
- повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;
- инновационное развитие здравоохранения;
- повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
- развитие медицинской реабилитации и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;

- обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
- повышение эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья;
- медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения;
- информатизация здравоохранения;
- совершенствование системы обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации.

Обеспечение достижения показателей, предусмотренных указами

В соответствии с указами необходимо обеспечить к 2018 году:

- снижение смертности от болезней системы кровообращения;
- снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных);
- снижение смертности от туберкулеза;
- снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий;
- снижение младенческой смертности.

Обеспечить дальнейшую работу, направленную на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака.

Повышение к 2018 году средней заработной платы социальных работников, включая социальных работников медицинских организаций, младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) – до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), – до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе.

Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи.

Требуется дальнейшее повышение эффективности первичной медико-санитарной помощи населению, разработка и внедрение механизмов стимулирования поликлинического звена на раннее выявление заболеваний, предотвращение осложнений, модернизация существующих медицинских организаций и их подразделений, формирование единых принципов маршрутизации потоков пациентов, расширение стационарозамещающих и выездных методов работы, развитие неотложной помощи на базе поликлинических подразделений, совершенствование принципов взаимодействия поликлинических подразделений со стационарными подразделениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

Планируется реализация комплекса мер по совершенствованию правовых, организационных и финансовых механизмов обеспечения населения необходимыми качественными, эффективными, безопасными лекарственными препаратами для медицинского применения и медицинскими изделиями.

Формирование у населения ответственного отношения к своему здоровью и изменение моделей поведения направлено на профилактику заболеваний. Так, отказ от табакокурения и наркотиков, злоупотребления алкоголем, обеспечение условий для ведения здорового образа жизни, коррекция и регулярный контроль поведенческих и биологических факторов риска неинфекционных заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях должны стать важнейшим направлением политики в области охраны здоровья.

Основными задачами предотвращения распространения инфекционных заболеваний является иммунопрофилактика, информирование и обучение различных групп населения средствам и методам профилактики инфекционных заболеваний, повышению ответственности за свое здоровье.

Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации.

Удовлетворение населения в высокотехнологичной медицинской помощи требует увеличения ее объемов, повышения доступности и приближения к месту проживания.

Основными задачами совершенствования скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации на современном этапе должны быть оказание больным и пострадавшим скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной специализированной медицинской помощи.

Инновационное развитие здравоохранения.

Развитие информационных технологий и появление прогрессивных технологий вычисления и обработки информации позволит применять в области охраны здоровья прогностические подходы, основанные на моделировании. В первую очередь интерес вызывает возможность создания эпидемиологических моделей, которые позволят анализировать и прогнозировать распространенность различных заболеваний в популяции, увеличивая тем самым эффективность мероприятий профилактического характера.

Повышение эффективности службы родовспоможения и детства.

Укрепление материально-технической базы медицинских организаций родовспоможения и детства, развитие перинатальных центров позволит повысить качество медицинской помощи, а также уровень оснащения располагающих современным высокотехнологичным оборудованием, уровень обеспечения реанимационными койками и койками интенсивной терапии для новорожденных.

Создание сети перинатальных центров позволит перейти в рамках всей страны к полноценной и эффективно функционирующей трехуровневой системе оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов и новорожденным, что повысит качество оказания медицинской помощи во всех без исключения родовспомогательных учреждениях.

Планируется создание стройной системы обучения кадров с использованием симуляционных центров.

Для снижения смертности детей всех возрастных групп чрезвычайно важна отлаженная система раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка.

Эффективность пренатальной диагностики может быть обеспечена только массовым обследованием беременных женщин в установленные сроки. На обеспечение эффективной коррекции выявленных при пренатальной диагностике нарушений направлено развитие неонатальной хирургии, а ранняя коррекция выявленных при неонатальном скрининге изменений метаболизма позволит в будущем создать больному ребенку возможности и условия для нормального развития, получения образования, профессиональной подготовки, последующего трудоустройства и полноценной жизни.

Сохраняется высокая потребность в развитии специализированной медицинской помощи для детей. Не в полной мере обеспечены качественной медицинской помощью дети с онкологическими заболеваниями, не создана система оказания медицинской помощи детям с аутоиммунными заболеваниями и заболеваниями иммунного генеза, малодоступна нейрохирургическая и травматолого-ортопедическая помощь детям, требует серьезной модернизации психиатрическая, наркологическая и фтизиатрическая помощь. Залогом повышения качества медицинской помощи детям станет развитие многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров с учетом региональных потребностей в конкретных видах медицинской помощи.

Актуальной остается проблема профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, что диктует необходимость совершенствования системы оказания медицинской помощи данной категории лиц.

Развитие медицинской реабилитации и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей.

Система медицинской реабилитации в Российской Федерации требует серьезной реорганизации.

Низкая доступность медицинской реабилитации связана с дефицитом реабилитационных коек, медленным внедрением современных, сертифицированных в России комплексных технологий реабилитации, недостаточной численностью профессионально подготовленных медицинских кадров, слабой материально-технической базой реабилитационных учреждений.

Проблема повышения доступности и качества медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения актуальна и в педиатрии, что обусловлено увеличением численности детей, страдающих тяжелыми хроническими (инвалидизирующими) заболеваниями, и детей-инвалидов.

Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами.

Для удовлетворения потребностей граждан в медицинской помощи необходимо устранение дефицита кадров, региональных и структурных диспропорций, в том числе между медицинскими работниками со средним профессиональным (медицинским) образованием и врачами, переход на практико-ориентированные образовательные технологии в условиях создания системы непрерывного профессионального образования, направленной на подготовку высококвалифицированных специалистов, мотивированных на постоянное совершенствование собственных знаний, умений и навыков, необходимых для достижения и сохранения высокого качества профессиональной деятельности в соответствии с требованиями профессиональных стандартов в здравоохранении, стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи.

Повышение эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья.

Основной задачей государственного контроля (надзора) в сфере здравоохранения является обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности, соблюдение законодательства Российской Федерации об обращении лекарственных средств, безопасного применения медицинских изделий.

Эффективность осуществления федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора и организации обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения достигается совокупной деятельностью территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федерального медико-биологического агентства, непосредственно осуществляющих контрольно-надзорную деятельность, а также федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федерального медико-биологического агентства, обеспечивающих контроль и надзор, посредством проведения широкого спектра лабораторных исследований, осуществления научно-исследовательских и научно-методических разработок.

Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан.

Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан осуществляется медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству. Особенности обслуживаемого контингента (работающие в стратегических отраслях промышленности, население, проживающее вблизи предприятий стратегических отраслей промышленности, контингент, попадающий в экстремальные ситуации в результате аварий и инцидентов, происшествий, терактов и др., спортсмены сборных команд Российской Федерации и их резерва) определяют направление основных задач по медико-санитарному обеспечению указанного контингента, в том числе в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций на обслуживаемых предприятиях.

Требуется дальнейшая разработка инновационных технологий в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы, развитие инфраструктуры лечебно-профилактического назначения, территориально интегрированной с базами подготовки спортивных сборных команд Российской Федерации.

Информатизация здравоохранения.

Создание единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения предполагает своевременное и полное обеспечение информационного взаимодействия на основе

использования информационно-коммуникационных технологий. Интеграция созданных медицинских информационных систем в единое информационное пространство.

Совершенствование системы обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации.

В рамках совершенствования системы обязательного медицинского страхования, в том числе тарифной политики, для повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи планируется разработать качественные критерии работы медицинских работников первичного звена здравоохранения, призванные стимулировать медицинских работников к достижению наилучших показателей здоровья прикрепленного населения, осуществить пересмотр тарифов на стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи.

Целью обязательного медицинского страхования на период 2016-2021 годов является развитие системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение ее качества и эффективности.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляются мероприятия, направленные на развитие первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В целях развития медицинской помощи в амбулаторных условиях предусматривается увеличение объема медицинской помощи, оказываемой в целях профилактики, дальнейшее развитие неотложной помощи на базе поликлинических подразделений, совершенствование принципов взаимодействия поликлинических подразделений со стационарными подразделениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

Публичная декларация целей и задач Министерства здравоохранения РФ на 2016 год.

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи.

Обеспечение населения лекарственными препаратами для медицинского применения и медицинскими изделиями.

Аккредитация специалистов (совершенствование системы допуска к профессиональной деятельности).

Перечень документов стратегического планирования Министерства здравоохранения РФ.

В настоящий момент основными стратегически важными документами по основной деятельности Минздрава России являются:

- государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 (ранее – распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р);
- план мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденный распоряжением Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р;
- стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная распоряжением Правительства РФ от 28.12.2012 № 2580-р;
- стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная приказом Минздрава России от 13.02.2013 № 66 (ред. от 14.04.2015);
- комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года, утвержденный распоряжением Правительства РФ от 15.04.2013 K614-р.

Перхов, В. И. Новый механизм финансирования высокотехнологичной медицинской помощи в 2017 году: особенности и риски / В. И. Перхов, С. И. Колесников, С. Г. Горин // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 9. – С. 6-11.

Согласно принятым в июле поправкам в законодательство, федеральные медицинские учреждения будут получать в 2017 году государственные средства на оказание высокотехнологичной медицинской помощи из Федерального фонда ОМС напрямую, а не из бюджета своего учредителя или страховых организаций. Таким образом, в отношении

федеральных клиник планируется реализовать механизм финансирования дорогостоящих медицинских вмешательств, который, по мнению авторов, не является ни бюджетным, ни страховым. Авторами показано, что законодательные новшества и сопряженные с ними риски потребуют от Минздрава России и Федерального фонда ОМС серьезной работы по обеспечению необходимой доступности для граждан затратных, но наиболее результативных методов оказания медицинской помощи.

Президент Российской Федерации В. Путин 3 июля 2016 г. подписал закон, определяющий особенности финансирования с 1 января 2017 года высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (ОМС).

Согласно этому закону, в бюджете Федерального фонда ОМС предусматриваются субсидии федеральным бюджетным и автономным учреждениям на финансовое обеспечение выполнения ими государственного задания на оказание ВМП, не включенной в базовую программу ОМС. Также, в соответствии с законом, обособленные целевые средства из бюджета Федерального фонда ОМС предоставляются:

- бюджетам территориальных фондов ОМС в виде субсидии на со-финансирование расходов, возникающих при оказании ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, для последующего предоставления иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации на указанные цели;
- медицинским организациям частной системы здравоохранения на оказание гражданам ВМП, не включенной в базовую программу ОМС (с 2019 г.).

Перечень федеральных и региональных государственных учреждений, перечень медицинских организаций частной системы здравоохранения, оказывающих ВМП, не включенную в базовую программу ОМС, утверждается соответственно федеральным или региональным органом исполнительной власти, осуществляющим функции государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения.

Закон предусматривает также утверждение этими уполномоченными органами порядка формирования перечня видов ВМП, включая предельные сроки, по истечении которых виды ВМП включаются в базовую программу ОМС.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в отношении ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, планируется осуществлять в соответствии со статьями 88-90 закона № 323-ФЗ от 21.11.11. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Изменения, которые вносятся в Федеральный закон от 12.01.1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» и Федеральный закон № 174-ФЗ от 03.11.2006 «Об автономных учреждениях», устанавливают правовые основания для предоставления напрямую из бюджета Федерального фонда ОМС субсидий федеральным бюджетным и автономным учреждениям на финансовое обеспечение ВМП, не включенной в базовую программу ОМС.

На наш взгляд главной особенностью финансового обеспечения ВМП в 2017 году, согласно принятому закону, является то, что федеральный бюджет освобождается от необходимости оплачивать ВМП. При этом даже те виды ВМП, которые не включены в базовую программу ОМС, будут финансироваться за счет средств ОМС, причем деньги пойдут в медицинские организации напрямую из Федерального фонда ОМС.

Основные риски такого механизма связаны с тем, что:

- собранных страховых взносов может не хватить для выполнения плановых объемных показателей ВМП;
- может ухудшиться качество планирования объемов ВМП, а оказание ВМП в частных медицинских организациях приведет к «размыванию» государственных средств и снизит эффективность их расходования;
- закон принят на фоне нерешенных проблем обеспечения качества и безопасности новых медицинских технологий, а также статистического учета объемов и формирования перечня видов (методов) ВМП.

Согласно прогнозу Федерального фонда ОМС, в 2017 году объемы финансирования ВМП должны составить 101 млрд. рублей (в 2016 году – 96,4 млрд. рублей). Вместе с тем, во время экономического спада степень участия предприятий как основных плательщиков взносов в

фонды ОМС уменьшается, многие люди покидают организации и предприятия из-за сокращения штатов или уходят в частный сектор. Собрать целевые налоги в этих условиях очень трудно, и если общая экономическая ситуация не улучшится, скорее всего будет собрана лишь часть ожидаемого.

Планирование объемов ВМП. Вследствие реализации закона 83-ФЗ и внедрения государственных заданий у учредителей государственных учреждений зародилась и стала развиваться функция покупателя дорогостоящих услуг (работ). Прямое финансирование федеральных клиник из Федерального фонда ОМС лишает учредителей государственных учреждений этой функции, при этом у Федерального фонда ОМС она не появляется. Изменения, которые внесены в Федеральные законы «О некоммерческих организациях», «Об автономных учреждениях», лишают учредителей государственных учреждений возможности реализовать преимущества государственных заданий, так как фактически разрывают управленческий цикл. Поэтому предполагаемое законом участие Минздрава России в планировании ВМП (п. 9 новой статьи 50 закона «Об ОМС...») нуждается в детализации.

В частности, так как плановые объемы ВМП финансируются и оказываются гражданам в рамках госзадания, необходимо регламентировать процедуру согласования (включающую предельные сроки рассмотрения Минздравом России проектов госзаданий), а также формат предоставления информации (сводные или детализированные по учреждениям, по группам и по профилям ВМП данные и прочее). При планировании и структурировании объемов ВМП следует, так или иначе, учитывать информацию о состоянии здоровья населения, показатели обеспеченности населения регионов объемами ВМП разного профиля, а также вектор медико-социальной политики. Это особенно важно при необходимости охватить объемами ВМП максимальное число людей, отнесенных к определенным контингентом больных по возрасту, полу, состоянию здоровья.

Важно также отметить, что в научных медицинских организациях практически все виды и объемы оказываемой медицинской помощи, включая ВМП, являются источником новых знаний, представляют научную ценность, а контингенты госпитализируемых больных увязаны с программами фундаментальных научных работ этих организаций. Поэтому Минздраву России надо определить особенности рассмотрения проектов государственных заданий на оказание ВМП в научных медицинских организациях и дать право госпитализировать профильных больных без обязательного сегодня направления врачей первичного звена.

ВМП в негосударственных медицинских организациях. Безусловно, привлечение негосударственного сектора к оказанию населения высокотехнологичных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий может запустить механизм конкуренции, который повысит уровень медицинского обслуживания населения. Однако имеются и сомнения в целесообразности участия медицинских организаций частной системы здравоохранения в оказании ВМП.

Во-первых, негосударственные медицинские учреждения, в отличие от государственных, не образуют многоуровневую социально-экономическую систему, созданную для решения комплекса медицинских задач от профилактики до реабилитации и паллиативной помощи. В лучшем случае возникают медико-экономические системы – сети частных учреждений одного и того же собственника, которые удовлетворяют потребности в медицинской помощи отдельных, как правило, уже заболевших индивидуумов, в т.н. прибыльных секторах медицинской помощи.

В отличие от государственного порядка, основанного на власти и повиновении, частные бизнес-процессы протекают в области большей свободы и личной инициативы, подпитываются энергией личного материального обогащения. Поэтому в состав механизмов регулирования деятельности частных больниц нужно встраивать элементы, которые бы смогли обуздать их эгоистические увлечения, что является чрезвычайно сложной задачей.

Важной проблемой является определение критериев отбора медицинских организаций частной системы здравоохранения, оказывающих ВМП, не включенную в базовую программу ОМС. Например, если ставить задачу выравнивания географической доступности для населения страны ВМП, то частные учреждения, например, Москвы, Санкт-Петербурга и Новосибирска не могут быть допущены к оказанию ВМП за счет бюджета, так как интенсивный показатель выполнения высокотехнологичных хирургических вмешательств в этих регионах в 2,5-3,0 раза

превышает среднероссийский уровень, который составил в 2015 году 5,3 высокотехнологичных операции на 1000 населения.

Стоит также отметить, что привлечение «частников» потребует реализации процедур конкурсного, а не комиссионного распределения объемов ВМП между учреждениями, которые пока даже не обсуждаются. Также все еще в зачаточном состоянии находятся разработки в области государственно-общественного управления системой охраны здоровья граждан в условиях конкуренции, частной собственности и расширения «автономизации» государственных учреждений.

Серьёзной проблемой является качество и безопасность ВМП. 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан...» качество медпомощи определено как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медпомощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медпомощи, степень достижения запланированного результата». При этом если медпомощь оказана вне рамок ОМС, то согласно ст. 64 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», экспертизу качества медпомощи необходимо проводить в порядке, установленном Минздравом, но до настоящего времени этот порядок не установлен.

Положение о госконтроле качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённое постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 г. № 1152, предусматривает проведение проверок соблюдения порядков оказания медпомощи. Однако порядки и стандарты медпомощи не являются инструментом контроля ее качества, поскольку критерии качества – это своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов лечения и достигнутый положительный результат. Этих критериев нет ни в порядках, ни в стандартах медпомощи. Критерии качества, утверждённые Приказом Минздрава России от 15.07.16 № 520н, в большей степени напоминают административный регламент по соблюдению времени оказания услуг при отдельных заболеваниях от момента поступления в стационар городской или районной больницы, чем инструмент для обеспечения качества медицинской помощи, тем более высокотехнологичной.

За рубежом результативность и безопасность, а также медико-экономическая эффективность новых технологий оцениваются специально созданными независимыми от учреждений и органов здравоохранения комитетами. В отличие от стран Европы и США, новые методы оказания медпомощи внедряются в России без доказательств их безопасности и результативности. Необходимо также подчеркнуть неразвитость в России правового регулирования отношений в сфере использования методов ВМП, основанных на клеточных технологиях, что создает условия для появления различных теневых механизмов получения соответствующих материалов и услуг.

Проблемы статистического учета объемов и формирования перечня видов (методов) ВМП. ВМП – это часть одного из видов медицинской помощи (специализированной) и имеет перечень своих собственных видов, приводящий к тавтологии («виды вида помощи»). Будучи частью общего понятия «специализированная медицинская помощь», ВМП не может являться полноценным объектом статистического учета, т.е. измеряться в количестве поступивших, выбывших и умерших больных. Поэтому, несмотря на свою историю в четверть века, термин «высокотехнологичная, дорогостоящая медицинская помощь», так и не вошел в состав форм государственной статистической отчетности № 30,14, являющихся фундаментальными для больничной статистики, а только в форму № 62, которая вследствие своей «закрытости» является скорее ведомственной, чем отраслевой. В результате возникает искажение отчетных данных, которое привело к тому, что уже в 2014 году вместо планируемых Минздравом России 542 тысяч пролечено 705 тысяч пациентов. Таким образом, план 2014 года перевыполнен на 30%, чего ранее, за всю историю ВМП (с 1992 года), никогда не наблюдалось. Вероятно, учреждения отчитывались не о пролеченных в объеме законченного случая госпитализации больных, а о выполненных хирургических вмешательствах (методах), в том числе за выполнение более одного вмешательства за один случай госпитализации. При этом до сих пор неясно, чем вид ВМП отличается от метода.

Фактически перечень видов ВМП, а также и её методов, в 2015 и 2016 годах является приложением к Программе госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством, а не Минздравом. Однако Федеральный закон 286-ФЗ

предусматривает, что порядок формирования перечня видов ВМП устанавливается Минздравом России. Эта норма предполагает возвращение в законодательство понятия «вид ВМП» и восстановление Минздраву России функции по определению видов ВМП и утверждению их перечня, которая была утрачена с 1 января 2015 года (имеется в виду утративший силу 4 пункт статьи 34 Федерального закона № 323-ФЗ, согласно которому Минздрав России ежегодно утверждал перечень видов ВМП).

Закон принят на фоне нерешенной проблемы критериев ВМП и отделения части видов (методов) ВМП от базовой программы обязательного медицинского страхования. Согласно ст. 34 Федерального закона 323-ФЗ, ВМП включает в себя применение новых методов лечения. Новые методы лечения – это, прежде всего, методы, которых не было раньше. Вместе с тем существуют технологии оказания медицинской помощи, которые относятся к методам ВМП вот уже в течение 10 лет, т.е. явно не являются новыми. Например, при стенокардии и хронической ИБС в 2007 году 82% объемов ВМП, а в 2015 году 99% объемов помощи оказывались с применением одних и тех же методов: аортокоронарное шунтирование, баллонная вазодилатация, установка стента в сосуд.

Многие методы ВМП являются «псевдовысокотехнологичными» и остаются в течение многих лет в перечне видов и методов ВМП только из-за своей дороговизны. Пока еще не увенчались успехом немногие попытки создания твердой базы для обновления пакета высокотехнологичных медицинских услуг с использованием средств оценки медицинских технологий и доказательной медицины, нормирования их стоимости и объемов потребления.

Целесообразно рассмотреть вопрос о формировании перечня не видов ВМП, а дорогостоящих медицинских технологий (методов) для государственного регулирования объема их потребления населением, в том числе в условиях использования страховых принципов оплаты медицинской помощи. По сути дела, ВМП не относится к страховым случаям и в ряде стран эти операции в университетских клиниках, и их научное сопровождение относятся к полномочиям бюджета.

Очень важно определиться с методикой расчета стоимости ВМП, а также с критериями этого вида помощи и отразить их в нормативном акте. Без этих мер, вряд ли можно ожидать использование в 2017 году оптимального перечня видов и методов ВМП. Если же сохранятся жесткие бюджетные ограничения, то вполне прогнозируемым может стать сокращение этого перечня не по медицинским, а по политико-экономическим причинам.

На фоне сворачивания финансирования ВМП из федерального бюджета и перекладывания бремени расходов на работодателя и региональные бюджеты, высокотехнологичная медицина в России остается наименее урегулированной областью здравоохранения, несмотря на четвертьвековую её историю.

Исходя из того, что любая система (в нашем случае – система обеспечения населения ВМП) должна управляться, перед ней должны не просто стоять задачи и она не просто должна выполнять определенные функции, а эти задачи и функции должны быть еще и увязаны с задачами и функциями того органа, который будет управлять ею в условиях реализации новых механизмов финансирования.

Безусловно, этим органом должен быть Минздрав России. При этом главной управленческой задачей становится задача государственного регулирования спроса и предложения, а также планирования объемов высокотехнологичной медицинской помощи с учетом социально-экономической и медико-демографической дифференциации регионов. Потребуется также спланировать и реализовать комплекс мероприятий, направленных на обеспечение более высокой экономической эффективности функционирования комплекса федеральных медицинских учреждений, оказывающих данный вид медицинской помощи.

Рассмотренные поправки в законодательство предполагают прямое доведение денег до федеральных государственных учреждений из Федерального фонда ОМС, причем без заключения договоров на оплату медицинской помощи, а только на основании соглашений на предоставление субсидий. Фактически для одного из наиболее затратных видов медицинской помощи создан механизм финансирования, который не является ни бюджетным, ни страховым.

Это серьезная новелла в вопросах финансирования медицинских организаций, не применявшаяся ранее, требующая не только внесения изменений в уставные документы всех федеральных государственных учреждений в части определения источников финансового

обеспечения их деятельности, но в нормативные акты Правительства РФ, Минздрава России и Федерального фонда ОМС по вопросам формирования государственного задания, планирования финансово-хозяйственной деятельности и другим, затронутым в статье вопросам.

Безусловно, не останется в стороне и Минфин России, проявляющий последнее время все более широкий спектр самых разнообразных компетенций по вопросам общественного здоровья и организации здравоохранения.

Папырин, А. Аккредитация как платформа для выравнивания противоречий // Медицинская газета. – 2016. – 9 нояб. (№ 84). – С. 4.

Летом этого года состоялась первичная аккредитация выпускников стоматологических и фармацевтических факультетов. Реализация любого сложного многофакторного проекта требует осмысления, «усушки-утряски», как говорят некоторые производственники. Тем более что не за горами второй этап профессионального среза знаний – за право допуска в профессию будут бороться выпускники-лечебники. О том, с чем именно пришлось столкнуться в процессе нового экзаменационного формата, какие практические выводы удалось сделать и как идёт подготовка к аккредитации-2017, мы узнали у ректора Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова, доктора медицинских наук, профессора Олега Янушевича.

— *Олег Олегович, что можете сказать об аккредитации врачей вообще? Что это даст в целом и как повлияет на общий уровень качества российского здравоохранения?*

— Аккредитация врачей была предусмотрена федеральным законом № 323-ФЗ, который и определил необходимость прохождения аккредитации врачей для допуска их в профессию. Минздравом России совместно с профессиональными сообществами были разработаны все необходимые документы, где указаны виды аккредитации, а также порядок и сроки их прохождения. В частности, аккредитация врачей была разделена на все необходимые документы, где указаны виды аккредитации, а также порядок и сроки их прохождения. В частности, аккредитация врачей была разделена на первичную аккредитацию для выпускников медицинских университетов (либо медицинских факультетов классических вузов), на аккредитацию для выпускников ординатуры и на реаккредитацию, которую обязаны пройти врачи, уже работающие в системе здравоохранения. В этом году впервые прошла аккредитация выпускников стоматологических и фармацевтических факультетов. Главная её цель - это улучшение качества подготовки специалистов ещё на вузовском этапе, а также обеспечение качества действующих врачей.

Что даст аккредитация простому человеку? Прежде всего гарантию того, что врач, который оказывает медицинскую помощь, соблюдает клинические рекомендации, протоколы ведения пациентов, обладает всеми необходимыми знаниями и навыками для оказания того или иного рода медицинской помощи. Система будет отсекают людей, не обладающих необходимым спектром компетенций. Аккредитация и определит этот спектр.

— *Как вы в целом оцениваете итоги прошедшей аккредитации на стоматологических факультетах страны?*

— На мой взгляд, аккредитация текущего года прошла достаточно успешно, хотя процесс шёл очень сложно. В том, что это мероприятие состоялось, большая заслуга - как Минздрава России, так и экспертного сообщества. В данном случае я, конечно, имею в виду, стоматологов и фармацевтов. Ну и мы как вуз, разумеется, приняли самое непосредственное участие в достижении позитивного результата.

— *В рамках сегодняшнего дня, каково, на ваш взгляд, реальное качество выпускников и действующих врачей в России?*

— Здесь могут быть разные мнения, но лично я полагаю, что конкретно вузовское сообщество считает, что качество подготовки медицинских вузов соответствует запросам здравоохранения. Экспертное сообщество, напротив, выражает некоторый скепсис. Здесь имеет место скорее традиционно сложившаяся позиция, органично ставшая частью существующих реалий. Все же мы помним крылатую фразу «забудь то, чему тебя учили». И именно аккредитация должна стать той платформой, на которой и будет происходить выравнивание

этих противоречий. Она же будет устранять методологические, инфраструктурные и другие перекосы.

Сегодня мы видим, что есть университеты, находящиеся в системе здравоохранения, обладающие клиниками, медицинскими школами. А есть факультеты в орбите классических вузов без клиник и возможностей проводить качественную подготовку мануальных и других навыков. Именно результаты аккредитации помогут ответить на вопросы - кто готовит лучше, кто готовит хуже, чего кому не хватает, какой комплекс мер требуется тому или иному вузу, чтобы поднять качество выпускаемых специалистов синхронно по всей стране.

Повторюсь, итоги аккредитации показали, что большая часть выпускников по всей стране подтвердила своё право работать врачами после окончания стоматологических факультетов в разных вузах. И мы очень рассчитываем на подобные результаты выпускников-лечебников в будущем году.

— *Что необходимо учесть при подготовке к аккредитации на лечебных и педиатрических факультетах медицинских вузов в будущем году?*

— Все выводы по итогам предыдущего этапа уже сделаны. И мы это видим на практике. Уже в более быстрые сроки готовятся все необходимые материалы, уже сейчас на сайте Минздрава России выпускники следующего года могут пройти предварительные тесты и т.д. Подготовка идёт в очень активном темпе, и благодаря полученному опыту все процессы движутся более системно и с более высокой скоростью. Конечно, это не может не радовать.

С удовлетворением отмечу, что чувствуется крепкое плечо министерства. В прошлом году Минздрав России выделил финансирование для обеспечения практически всех стоматологических вузов необходимым оборудованием для подготовки выпускников к аккредитации. В этом году также были выделены дополнительные ресурсы, которые позволили ряду вузов существенно обновить оборудование для подготовки своих студентов к самому главному в их жизни экзамену.

— *Как вы считаете, снизит ли новая система допуска к профессии количество врачебных ошибок? Будет ли способствовать такой формат фиксации знаний и умений выходу на новый уровень качества оказания медицинской помощи? Не случится ли очередной раз, что «хотели как лучше, а получилось как всегда»?*

Думаю, что такого рода беспокойство беспочвенно. Дополнительная подготовка студентов существенно повысит готовность молодого врача, который только вчера получил допуск в профессию. Для уже работающих специалистов любое нововведение, конечно, будет болезненным. Мы все, так или иначе, «намазываем» на себя профессиональные стереотипы, отработав, например, первые 10 лет. Аккредитация – эта та самая встряска, которая позволит действующему специалисту критично посмотреть на свой профессиональный багаж, оценить свои компетенции со стороны. Это и есть развитие, которое органично приведёт к снижению уровня и врачебных ошибок, и недовольства пациентов качеством оказания медицинской помощи. И по большому счёту оздоровит атмосферу во врачебной среде.

Вялков, А. И. Государственная политика и стратегическое управление в здравоохранении // ГлавВрач. – 2016. – № 7. – С. 5-19.

Реализация политики государства в области охраны здоровья граждан, основанной на использовании принципов стратегического управления, требует совершенствования деятельности организационных структур управления отечественным здравоохранением с ориентацией на решение важнейших задач, непосредственно связанных со стратегическим планированием, мониторингом и анализом деятельности медицинских организаций, управлением качеством медицинской помощи, включая профилактику, управлением ресурсами, в том числе кадровыми, а также с работой с населением. Использование четкой стратегии развития здравоохранения на государственном и муниципальном уровнях и научно обоснованной методологии стратегического управления здравоохранением должно обеспечить решение заявленных задач, в том числе создание единой системы подготовки специалистов в области управления здравоохранением и формирование в здравоохранении единого информационного пространства.

Государственная политика в области охраны здоровья предполагает необходимость разработки государственной стратегии развития здравоохранения, которая представляет собой сложную систему управляющих воздействий на систему здравоохранения и другие социальные институты, ответственные за достижение конкретных результатов улучшения здоровья населения.

Главной целью государственной стратегии развития здравоохранения является создание необходимых условий для защиты жизни и здоровья, максимального продления активной творческой жизни каждого гражданина Российской Федерации.

Для достижения данной цели в первую очередь необходимо решение следующих задач:

– обеспечение действенной защиты прав гражданина на охрану здоровья и получение эффективной медицинской помощи;

– повышение качества жизни (образование, достойная работа, хороший доход, социальная защита);

– предоставление гарантий со стороны государства в обеспечении защиты граждан от посягательств на их здоровье и жизнь, в какой бы то ни было форме.

В связи с этим государственная стратегия в области охраны здоровья населения включает:

– характеристику внешних и внутренних угроз безопасности России в области охраны здоровья как совокупности условий и факторов, создающих опасность для здоровья и жизни населения;

– определение и мониторинг факторов, подрывающих устойчивость системы здравоохранения;

– определение критериев, характеризующих интересы государства в области здравоохранения и отвечающих требованиям безопасности России;

– создание механизмов, устраняющих или смягчающих воздействие факторов, подрывающих устойчивость национальной системы здравоохранения и социальной защиты.

Наиболее вероятными угрозами безопасности России в сфере здравоохранения являются:

– ограничение доступности в получении качественной медицинской помощи для большинства населения;

– деформация структуры системы здравоохранения вследствие низкого качества медицинских услуг и товаров медицинского назначения, снижения результативности научного потенциала медицинской науки, прежде всего в решении вопросов профилактики заболеваний, засилья иностранных компаний на российском рынке по многим видам продукции медицинского назначения, существенных различий в уровне здравоохранения в субъектах Российской Федерации.

При определении критериев и параметров, отвечающих требованиям безопасности России в сфере здравоохранения, необходимо учитывать следующие факторы:

– взаимосвязь уровня и качества жизни со здоровьем населения;

– способность здравоохранения эффективно функционировать в условиях стабильного экономического роста и успешных социальных преобразований;

– наличие условий максимального обеспечения российского внутреннего рынка лекарственными средствами и медицинскими изделиями отечественного производства;

– укрепление потенциала отечественной медицинской науки;

– соблюдение баланса федеральных, региональных и местных интересов в области здравоохранения;

– сохранение на всей территории России единой системы здравоохранения;

– обеспечение мониторинга и прогнозирования показателей, характеризующих эффективность функционирования системы здравоохранения.

Для реализации государственной стратегии развития индустрии здоровья должны быть разработаны критерии и параметры состояния здоровья населения России и неразрывно связанные с ними пороговые показатели эффективности функционирования национальной системы здравоохранения, выход за пределы которых вызывает угрозу безопасности страны.

На основе сформулированных критериев и параметров государственной стратегии определяются меры и разрабатываются механизмы реализации государственной политики в области здравоохранения.

Эта деятельность осуществляется государством по следующим направлениям:

- выявление ситуаций, когда фактические или прогнозируемые параметры развития здравоохранения отклоняются от пороговых значений;
- разработка комплексных мер (по деятельности всех систем, ответственных за здоровье населения) по выходу страны из зоны угрозы здоровью населения;
- организация и управление работой по преодолению (недопущению возникновения) соответствующих угроз;
- экспертиза принимаемых стратегических решений по всем важнейшим вопросам жизнедеятельности общества с позиций здоровья.

Среди целей государственной политики в сфере здравоохранения выделяют общие и стратегические цели.

Цели формируют определенные задачи. Основными задачами реформирования и развития отечественного здравоохранения являются:

обеспечение адекватности размеров финансирования отрасли государственным гарантиям; повышение эффективности использования ресурсов; организация эффективного государственного санитарно-эпидемиологического надзора, гигиенической и эпидемиологической экспертизы, мониторинга здоровья людей и среды обитания человека;

сокращение сроков восстановления утраченного здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, новых медико-производственных, информационных и организационно-управленческих технологий;

- совершенствование медико-экономического и организационно-правового регулирования деятельности хозяйствующих субъектов здравоохранения;

- формирование и развитие регулируемого социально ориентированного рынка медицинских услуг и товаров медицинского назначения;

- развитие негосударственного сектора здравоохранения;

- повышение уровня квалификации и степени социальной защищенности работников здравоохранения;

- актуализация участия профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций в реализации государственной политики в области здравоохранения;

- активизация участия населения в решении вопросов охраны здоровья.

Одним из важнейших направлений государственной стратегии реформирования и развития здравоохранения в России является повышение качества медицинской помощи. Прежде всего, необходима интегральная оценка качества медицинского обслуживания населения.

В последние годы в мировой экономической практике все большее значение приобретает идеология всеобщего управления качеством (Total Quality Management – ТОМ). В рамках ТОМ под качеством услуг и товаров медицинского назначения понимают не столько достижение или превышение уровня, каких-либо их частных или общих характеристик, сколько соответствие этих услуг и товаров нуждам и ожиданиям потребителей.

В масштабах Российской Федерации, а также ее отдельных субъектов в качестве компонентов интегрального критерия качества медицинской помощи населению могут выступать следующие частные критерии, подлежащие количественной оценке:

- коэффициент медицинской эффективности (отношение количества случаев достигнутых медицинских результатов к общему количеству случаев оказания медицинской помощи);

- коэффициент экономической эффективности (отношение получаемого обществом совокупного экономического эффекта от деятельности здравоохранения к общим затратам на здравоохранение);

- коэффициент социально-экономической эффективности (отношение нормативных затрат на один случай медицинской помощи к фактически произведенным затратам).

Проблемы обеспечения качества медицинской помощи и структурных преобразований в здравоохранении затрагивают следующие группы вопросов:

1. Повышение уровня преемственности всех видов служб и секторов медико-социальной помощи населению с ориентацией на преимущественное развитие амбулаторно-поликлинического звена.

2. Активизация и развитие профилактического и эколого-гигиенического направлений деятельности учреждений здравоохранения.

3. Структурные преобразования деятельности стационаров, ее интенсификация и повышение эффективности используемых ресурсов, предусматривающие:

а) сокращение коечного фонда наряду с оптимизацией его мощности и структурных преобразований;

б) дифференциацию коечного фонда с учетом особенностей и характера лечебно-диагностического процесса, а именно: интенсивного – до 20%, реабилитационно-оздоровительного – до 45%, активного – до 50%, лечения хронических длительно текущих нозологий – до 20%, медико-социальной помощи – до 15%;

в) увеличение количества дней работы и оборота койки за счет сокращения времени ее простоя и продолжительности лечения.

4. Увеличение доли врачей первичного звена здравоохранения до 45-50% общей их численности, в том числе за счет расширения системы врачей общей практики; оптимизация численности как подготавливаемых, так и выпускаемых врачей.

Сущность и содержание управления в здравоохранении.

Управление – это процесс активного воздействия на субъекты системы в целях эффективного использования ресурсов для достижения планируемых (программных) результатов.

Любая система, в том числе и здравоохранение, подразделяется на управляющую подсистему и управляемую подсистему (субъекты системы).

Объектом управления в здравоохранении является здоровье людей.

Управление как наука и профессиональный вид деятельности зародилось относительно недавно, с конца XIX столетия, когда во многих странах мира стремительными темпами стало развиваться промышленное производство, характеризующееся крупными экономическими преобразованиями.

Основные положения науки управления (менеджмента) сложились в 1930-е годы, когда мировое сообщество искало выход из сложившегося общемирового экономического кризиса, обусловленного перепроизводством различных промышленных товаров.

В последние десятилетия управление как процесс еще более усложняется, что обусловлено глобализацией экономики и, следовательно, ростом конкуренции; дефицитом высококвалифицированных кадров; информационным взрывом, вызванным успехами в развитии науки; новыми взглядами на качество продукции и оказываемых услуг.

Среди этих проблем важнейшей является проблема дефицита высококвалифицированных кадров – не рабочей силы вообще, а специалистов, соответствующих требованиям постоянно усложняющегося производства.

В то же время в основе эффективности деятельности специалиста лежит здоровье, дающее возможность полной самореализации личности, удовлетворения ее социальных и культурных потребностей.

Признавая здоровье высшей ценностью, определяющей социальный статус человека, необходимо актуализировать создание механизмов формирования у людей потребности быть здоровыми и гармонично развитыми.

Эффективность такого подхода подтверждена опытом США, которые с 1970-х годов возвели здоровье американцев в ранг национальной идеи, что заставило кардинально перераспределить средства национального дохода в пользу здравоохранения и значительно улучшить основные показатели общественного здоровья.

Виды управления:

1. Производственное (объектное):

– по специфике объекта управления (здоровье, питание, быт);

– по уровням управления (государственное, региональное, муниципальное, организации).

2. Функциональное, возникающее в результате управленческого труда:

– управление качеством;

– финансовое управление;

– управление ресурсами;

-управление персоналом.

Все виды управления характеризуются типологией управления. Различают более 100 типов управления.

Основные типы управления:

- административный;
- авторитарный;
- демократический;
- корпоративный;
- трастовый (доверительный);
- арбитражный.

Актуальной и важной является категория «самоуправление». Если управление как внешнее воздействие исходит из-за пределов субъекта системы, то самоуправление – это внутреннее воздействие, вырабатываемое внутри субъектов системы.

Виды самоуправления:

- индивидуальное – управление самим собой;
- групповое – достигается членами коллектива под воздействием лидера;
- корпоративное – для достижения единых целей (получение прибыли).

Основополагающим компонентом управления является власть. Власть есть право владения, пользования и распоряжения ресурсами (имуществом). Чем шире право, тем выше ответственность. Выражением этих прав является потенциальная возможность оказывать воздействие на деятельность и поведение людей.

Категория «власть» неотделима от управления и организации. Организация отвечает на вопрос «чем (кем) управлять?», а управление – «зачем и как воздействовать на объект?». Это единство проявляется в понятии «организация управления», то есть в создании структуры управления субъектом системы для воздействия на объект.

Процесс управления напрямую связывают с искусством, поскольку для управления требуются не только глубокие знания теории управления и наличие таланта, способностей, навыков, интуиции и воображения во взаимоотношениях с подчиненными.

Целью управления является обеспечение взаимодействия субъекта управления и объекта управления, при этом удовлетворяются потребности одного и другого. Например: в ходе обеспечения взаимодействия между медицинским персоналом и пациентами требуется постоянно достигать удовлетворенности сторон.

Виды управленческих отношений:

- вертикальные: руководитель – подчиненный – руководитель;
- горизонтальные: руководитель – руководитель.

В управленческих отношениях выделяют связи:

- линейные, когда руководитель воздействует по всем функциям управления (главврач);
- функциональные, когда функциональный руководитель воздействует только на определенные функции (зам. главврача по медчасти, зав. отделением, главный бухгалтер);
- технические, когда технический руководитель осуществляет связи между персоналом по выполнению определенных функций (начальник отдела кадров, начальник отдела материально-технического обеспечения, начальник информационно-аналитического отдела, начальник организационно-методического отдела).

Наука управления базируется на системе объективных и субъективных законов.

Объективные законы – устойчивая, регулярно повторяющаяся связь между явлениями и предметами в одних и тех же условиях. Они действуют независимо от воли и сознания людей.

Субъективные законы – правовая норма, устанавливаемая людьми – органами законодательной власти.

В процессе управления руководитель обязан руководствоваться и исполнять как объективные, так и субъективные законы.

Формой выражения законов выступают принципы – определенные правила, методические рекомендации, которыми следует руководствоваться в практической деятельности управленцу.

Основные группы принципов управления:

- принципы организации – определяют построение и порядок функционирования организации;
- организационное поведение – решение поведенческих проблем управления, формирование команды и роль в ней руководителя;
- организационная культура – совокупность взглядов, ценностно-профессиональных ориентаций и норм поведения работников.

Всякое управление начинается с целепостановки как процесса определения цели деятельности организации.

Постановка цели отвечает определенным требованиям:

- быть своевременной и нужной (отвечать потребностям);
- быть реальной (достижимой);
- быть согласованной с другими целями;
- быть конкретной (четко сформулированной);
- иметь количественную и качественную оценку.

Процесс управления – процесс реализации функций в пространстве и во времени, качественно и количественно.

Технология управления включает в себя:

- постановку цели;
- выявление проблемы;
- оценку ситуации;
- выработку и принятие решения.

Для организации процесса управления требуются соответствующие структуры.

Организационная структура – это совокупность управленческих органов, между которыми существует система взаимодействий, обеспечивающих реализацию функций управления для достижения конкретных целей.

Генезис организационной структуры – последовательность этапов развития организации, каждому из которых присуще преобладание определенного типа структуры.

Результативность реализации функций управления зависит прежде всего от того, кто управляет осуществлением этих функций, то есть от руководителя-лидера.

Лидерство – качество, способность оказывать влияние на отдельные личности и группы, направляя их усилия на достижение целей.

Формальное лидерство основано на должностных полномочиях.

Неформальное лидерство базируется на авторитете, уважении, доверии, личных и профессиональных качествах работника.

Руководитель любого уровня в своей деятельности должен обязательно руководствоваться методологией науки управления, позволяющей познать содержание и сущность управления.

Методология науки управления имеет в основе изучение общих методологических подходов:

- исторического (изучение основных исторических этапов и периодов развития управления);
- ретроспективного (изучение современных форм и методов управления);
- комплексного (изучение способов решения проблем управления);
- системного (изучение взаимодействия между организацией и внешними условиями ее функционирования, а также взаимосвязей внутри организации);
- ситуационного (изучение проблем организации в условиях быстро изменяющихся условий внешней среды);
- оптимизации принятия управленческих решений (изучение способов, позволяющих осуществить выбор окончательного варианта решения).

Основой осуществляемых подходов в управлении служат эффект и результативность управления.

Эффект – объемный показатель достижения цели управления, который измеряется в условных единицах (денежных, натуральных).

Эффективность управления как относительный показатель степени достижения цели определяется отношением полученного эффекта к произведенным затратам.

Результативность управления определяется итоговыми результатами деятельности организации (клиническими, экономическими).

Миссия и цели медицинской организации.

Медицинская организация создается и существует для осуществления миссии, достижения общей цели – удовлетворения потребностей пациентов в здоровье.

Миссия рассматривается как философия, видение и смысл существования и функционирования организации. Она представляет собой основу для определения целей и задач организации; создает уверенность персонала и населения, что организация преследует общественно значимые цели; объединяет действия и усилия персонала в выбранном направлении; создает понимание и поддержку среди внешних организации (органов управления здравоохранением, государственных и ведомственных структур).

Основные признаки миссии:

- потребности, которые организация призвана удовлетворять;
- главная цель, к которой она стремится;
- услуги и продукция, которые она производит, и используемые при этом медицинские технологии;
- среда (рынки), где организация реализует свои услуги и продукцию;
- ценности, которые она исповедует;
- деонтологические принципы ее деятельности.

Структура миссии предусматривает:

- историю развития организации и главную цель, к которой она стремится, общие ценности и установки;
- определение и описание основной сферы деятельности;
- возможности развития объемов и видов медицинских услуг на территории;
- возможности расширения всех источников финансирования.

Определение миссии организации, видение ее коллективом стратегической перспективы, установление системы целей – наиболее важные факторы для достижения успеха в любой области деятельности, включая медицинскую. В противном случае следуют потеря ориентации, снижение результативности и качества.

Стратегическое управление в здравоохранении.

Стратегическое управление – это системный процесс, обеспечивающий создание концепции деятельности организации и ориентирующий систему оперативного управления и все мероприятия на достижение стратегических целей.

Как известно, иерархия управления включает три уровня: стратегический, тактический и оперативный.

На стратегическом уровне осуществляется формирование стратегии, включающей в себя: анализ; прогноз; планирование; принятие решения о том, что делать.

К стратегическому уровню управления в здравоохранении относятся:

- Министерство здравоохранения страны;
- органы управления здравоохранением субъектов Федерации и муниципальных образований;
- руководители самостоятельных медицинских организаций.

Тактический уровень управления осуществляет руководство реализацией стратегии, включающее в себя: планирование и принятие решения о том, как делать.

К тактическому уровню управления в здравоохранении относятся:

- руководители основных структурных подразделений органов управления здравоохранением субъекта Федерации, муниципального уровня управления;
- заместители руководителя самостоятельных медицинских организаций;
- руководители медицинских организаций, входящих в состав медицинского объединения (поликлиника в ЦРБ, поликлиника в составе объединенной больницы).

На оперативном уровне управления осуществляется руководство исполнением конкретных мероприятий стратегии, включающее в себя: организацию, регулирование работ; учет, контроль исполнения, анализ полноты выполнения мероприятий. В связи с этим оперативный уровень называют рукой системы управления.

К оперативному уровню в здравоохранении относятся:

- руководители низовых структурных подразделений органов управления здравоохранением: отдел департамента (управления);
- руководители структурных подразделений (отделений) медицинских организаций.
- стратегическое управление включает:
- системный анализ деятельности организаций;
- стратегическое планирование;
- обеспечение соответствия оперативных планов стратегическим;
- формирование и управление организационными структурами, участвующими в выполнении стратегических планов;
- мониторинг и оценку реализации стратегических планов.

Прежде чем приступать к стратегическому управлению, крайне важным является определение цели государственной политики в области развития здравоохранения, отраженной в основных государственных документах: Конституции страны, законодательных актах (законах об охране здоровья), указах президента страны.

Стратегической целью развития здравоохранения в России является улучшение здоровья людей на основе обеспечения доступности населения качественной медицинской помощью, а также развитие культуры здорового образа жизни и расширение профилактических мероприятий. При этом определяются основные приоритеты и задачи государственной политики.

Первостепенной задачей стратегического управления является обеспечение нововведений и изменений в самой системе здравоохранения, в медицинской организации.

Сформулировать и реализовать стратегические цели могут только профессионально подготовленные специалисты в области управления:

- только эффективные менеджеры являются двигателем перемен;
- только эффективные менеджеры создают эффективные организации;
- только эффективные менеджеры эффективно влияют на уровень работы и результаты.

Компоненты эффективного менеджмента.

Важнейшей составляющей определения стратегии является четкое определение критериев необходимости вмешательства в здравоохранение и, соответственно, критериев определения стандартов в здравоохранении.

Критерии необходимости вмешательства в здравоохранение:

1. Общественная озабоченность состоянием здоровья (властные структуры, общественные организации, СМИ, население).
2. Эпидемиологические и клинические потребности (смертность, заболеваемость, инвалидность, физиологические показатели).
3. Доступные медицинские технологии (эффективность предполагаемых средств, болезненность, наличие опыта применения, этическая приемлемость, экономические возможности).
4. Создание профессиональных стандартов деятельности (положительные практические результаты, достигнутые в лучших медицинских организациях).
5. Затраты и результаты (прямые затраты на систему здравоохранения).
6. Косвенные затраты (индивидуальные, семейные, общественные).
7. Качество жизни (укрепление и охрана здоровья населения).

Критерии определения стандартов в здравоохранении:

1. «Золотой стандарт» – лучшая из существующих технологий, принятых в медицинских организациях, признанных лучшими.
2. Все доступные средства информации (поиски всей информации, необходимой для принятия решения).
3. Метаанализ – взвешивание имеющейся информации для принятия решений.
4. Решения, основанные на удачных результатах, – идеальное законодательство не всегда достижимо в реальное время.
5. Высокий уровень практики – стандарты, принятые в производстве медикаментов и медицинского оборудования.
6. Высокий уровень здравоохранения – стандарты обслуживания в ведущих медицинских организациях с успешными результатами.

7. Максимально высокое качество – борьба за высокие стандарты в ведущих медицинских организациях и признание исследований в научной среде.

8. «Все, что ты можешь сделать, я могу сделать лучше» – профессиональная гордость и самоуважение при сравнении стандартов одной страны (или региона) со стандартами другой.

9. Потребности, затраты, польза и эффективность – приоритеты, бюджетные ограничения, селективность спроса (чтобы потребление ресурсов было эффективным).

10. В ходе системного исследования данных критериев определяются основные приоритеты и задачи стратегии в области здравоохранения.

Основные приоритеты и задачи государственной политики в области здравоохранения.

1. Сокращение заболеваний, распространение которых несет особую угрозу здоровью граждан и национальной безопасности:

- снижение уровня преждевременной смертности:

- от болезней органов кровообращения;

- от несчастных случаев (травм и отравлений);

- от злокачественных новообразований;

- борьба с заболеваниями, имеющими особую значимость для демографической ситуации в стране (заболеваниями, угрожающими репродуктивному здоровью матери и отца, здоровью новорожденных);

- борьба с заболеваниями, представляющими особую угрозу для здоровья нации (туберкулез, ВИЧ/СПИД, наркомания, заболевания, передающиеся половым путем).

2. Расширение мер профилактики заболеваемости и укрепления здоровья:

- первичная профилактика:

- санитарно-гигиенические мероприятия по устранению неблагоприятных факторов труда, быта, экологических нарушений;

- санитарно-противоэпидемические мероприятия (вакцинация, карантинные мероприятия, бактериологический инфекционный контроль, дезинфекция, дезинсекция);

- санитарное просвещение, пропаганда здорового образа жизни;

- оздоровление здоровых людей; вторичная профилактика:

- активное выявление и эффективное лечение болезни на ранних стадиях;

- диспансеризация групп населения с высоким риском заболеть: дети, подростки, беременные женщины, работники вредных для здоровья производств, лица, проживающие в неблагоприятных экологических условиях;

- третичная профилактика:

- предотвращение осложнений у лиц, перенесших тяжелые заболевания, восстановление оптимальных функций организма (диета, немедикаментозное лечение);

- санаторно-курортное лечение.

3. Обеспечение доступности населению качественной медицинской помощи: укрепление первичной медико-санитарной помощи; развитие института врача общей практики;

- повышение структурной эффективности здравоохранения посредством оптимизации сети медицинских организаций, уменьшение больничных объемов медицинской помощи с одновременным развитием стационарозамещающих технологий;

- развитие и внедрение в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, медицинской реабилитации больных;

- оптимизация финансирования здравоохранения;

- развитие кадрового потенциала.

Каждое приоритетное направление стратегии включает в себя конкретные показатели, характеризующие приоритеты.

Основные показатели, характеризующие приоритеты развития здравоохранения.

1. Показатели здоровья населения:

- общая смертность;

- младенческая смертность;

- ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОПЖ);

- материнская смертность;

- заболеваемость;

- болезненность;
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ);
- инвалидность.

2. Показатели состояния окружающей природной среды и условий производственной деятельности.

2.1. Уровень содержания вредных для здоровья химических и биологических веществ:

- в атмосферном воздухе;
- в водоемах и источниках питьевой воды;
- в почве;
- в воздухе производственных помещений.

2.2. Уровень радиоактивности.

2.3. Показатели загрязненности почвы и воды патогенными микроорганизмами.

2.4. Показатели содержания в почве и воде жизненно важных веществ – микронутриентов (йод, стронций, фтор, медь и др.).

3. Показатели качества медицинской помощи.

3.1. Результаты профилактической работы:

- объем проводимой санитарно-просветительской работы (количество форм этой работы, количество охваченного населения);
- охват населения вакцинацией;
- количество анализов проб воды, воздуха, почвы;
- охват населения профилактическими медицинскими осмотрами (как комплексными, так и целевыми).

3.2. Результаты медицинской помощи:

- удельный вес запущенных форм социально значимых заболеваний, выявленных впервые (онкология, туберкулез, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца);

- госпитальная летальность;

- досрочная летальность от острых состояний;

- процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов;

- удельный вес пролеченных (с выздоровлением, улучшением, без перемен, с ухудшением);

- удельный вес выявленных отклонений ведения больных от клинических протоколов (стандартов) (выявляется как ведомственной, так и вневедомственной экспертизой) от общего числа пролеченных;

- количество врачебных ошибок на 100 пролеченных больных;

- удельный вес повторных госпитализаций к их общему количеству;

- заболеваемость с временной утратой трудоспособности (количество случаев и дней нетрудоспособности на 100 работающих);

- заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности на 100 тыс. населения;

- количество жалоб на качество медицинской помощи на 1000 человек или на 100 пролеченных больных в стационаре.

4. Показатели результатов функционирования медицинской организации:

- процент выполнения плана объемов медицинской помощи;

- количество амбулаторных посещений на одного жителя в год, в том числе посещений, сделанных с профилактической целью;

- число больных, пролеченных в дневных стационарах, на 100 жителей;

- количество выездов бригады скорой медицинской помощи на 1000 жителей;

- средняя длительность пребывания больного в стационаре (количество дней).

5. Показатели ресурсного обеспечения здравоохранения:

- количество больничных коек на 10 тыс. населения, в том числе по специальности;

- мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (количество посещений в смену на 10 тыс. населения);

- количество бригад скорой помощи на 10 тыс. населения;

- число врачей на 10 тыс. населения, в том числе клинических специальностей;

- число средних медицинских работников на 10 тыс. населения;

- процент укомплектованности медицинскими кадрами;

- удельный вес медицинских работников к общему числу занятых в здравоохранении;
- процент медицинских организаций, в которых оснащенность медицинским оборудованием не соответствует стандартам;
- выполнение плана финансирования, в том числе по источникам финансирования в разрезе исполнения сметы расходов по статьям (в процентах).

6. Показатели экономической эффективности:

- число дней работы больничной койки;
- оборот койки (число больных на одной койке);
- коэффициент использования медоборудования (единица — оптимально);
- процент отклонения расходования материальных ресурсов по видам от нормативных;
- размеры заработной платы работников здравоохранения (отдельно врачи; средний медицинский персонал; немедицинский персонал) в расчете на одного пациента в поликлинике, стационаре, службе скорой медицинской помощи;
- коэффициент соотношения объемов заработной платы медицинских работников и заработной платы технического персонала;
- размер средств, израсходованных на здравоохранение, на одного жителя (структура расходов по видам медицинской помощи).

В ходе стратегического управления требуется постоянная целенаправленная работа по улучшению условий деятельности системы здравоохранения, как внешних, так и внутренних.

Внешние условия повышения эффективности деятельности системы здравоохранения:

- формирование политической воли у руководителей органов государственной власти на позитивные изменения в здравоохранении;
- организация сотрудничества и взаимодействия организаций здравоохранения с организациями других сфер деятельности и между собой;
- постоянная целенаправленная работа с населением и средствами массовой информации.

С целью формирования у руководителей органов государственной власти политической воли необходимо:

- привлекать большее внимание руководителей органов власти к реальному состоянию дел в здравоохранении;
- инициировать проведение регулярных слушаний по проблемам здравоохранения в представительных органах власти;
- готовить для руководителей органов власти ежегодные отчеты о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения;
- регулярно вносить на рассмотрение органов власти предложения по решению проблем здоровья и здравоохранения с указанием конкретных вариантов их решения и возможных положительных результатов;
- обеспечивать информационную поддержку деятельности органов власти по решению проблем здравоохранения;
- содействовать повышению доверия руководителей органов власти у населения в решении проблем здоровья.

Организация сотрудничества и взаимодействия в сфере здравоохранения.

Основной формой сотрудничества и взаимодействия являются постоянно действующие общественные советы по здравоохранению при органах исполнительной власти.

Деятельность общественного совета позволяет:

- организовать обмен мнениями представителей разных структур о проблемах здравоохранения;
- сблизить различные позиции и выработать согласованные подходы к решению проблем;
- провести совместный анализ состояния здоровья населения и эффективности работы здравоохранения, выработать план совместных действий, устраняя дублирование в решении вопросов.

Основные требования к созданию коалиции:

1. Четкое определение задач, для разрешения которых необходимо сформировать коалицию.

2. Определение круга участников предполагаемой коалиции.
3. Выявление степени заинтересованности каждого из участников коалиции в решении сформулированной задачи.
4. Издание документа, определяющего полномочия коалиции.
5. Обеспечение организационной поддержки деятельности коалиции (условия работы: помещения; средства связи; тиражирование документов и т.п.).
6. Поддержание постоянного интереса к участию в коалиции с использованием морально-этических, агитационно-пропагандистских (формирование политического имиджа), материальных и иных стимулов.

Основные направления работы с населением:

- предоставление общественности информации о стратегии развития здравоохранения и задачах для ее реализации, а также о конечных целях ее реализации;
- предоставление общественности информации о состоянии здоровья населения и факторах, влияющих на здоровье;
- информирование общественности о деятельности органов управления здравоохранением и отдельных медицинских организаций;
- осуществление санитарно-просветительской работы с населением;
- регулярное проведение социологических опросов населения по вопросам работы учреждений здравоохранения.

Основные принципы работы с населением:

- все работники системы здравоохранения должны участвовать в работе с населением;
- создание организационной поддержки в работе с населением;
- постоянство в работе с населением руководителей органов и организаций здравоохранения.

Внутренние условия повышения эффективности деятельности медицинских организаций:

- управление медицинской помощью;
- управление качеством в здравоохранении;
- использование информационных технологий;
- формирование организационных структур.

Модель управляемой медицинской помощи обеспечивает:

- оптимальное соотношение между службами: амбулаторно-поликлинической; скорой медицинской помощи; санитарной помощи;
- поддержку общей системы экономических интересов отдельных звеньев оказания медицинской помощи;
- координацию и преемственность в работе отдельных звеньев;
- выбор экономически оптимального варианта лечения конкретного случая без ущерба для клинических результатов;
- активное участие врачей в поиске ресурсосберегающих технологий.

Функции службы (отдела) управления использованием ресурсов (УИР):

1. Сбор информации по объемам потребления и стоимости медицинской помощи на всех этапах ее оказания. Полученные данные сравнивают с такими же данными из других аналогичных медицинских организаций с определением причин крайних показателей — наивысших и минимальных.
2. Выявление причин отклонений на основе анализа объемов медицинской помощи и сравнения их с контрольными цифрами.
3. Контроль за соблюдением клинических стандартов и обоснованностью госпитализаций, дорогостоящих исследований и консультаций узких специалистов.
4. Осуществление постоянного мониторинга показателей объемов и стоимости медицинской помощи и несоблюдения клинических стандартов.
5. В своей деятельности служба УИР использует:
 - перспективный анализ (обеспечение полной готовности больного при плановой госпитализации; планирование после госпитального лечения);
 - текущий анализ (ежедневная оценка хода лечебно-диагностического процесса по каждому больному на предмет соответствия клиническому протоколу; ежедневная оценка

расходования ресурсов к нормативам по всем структурным подразделениям медицинской организации);

– ретроспективный анализ после завершения лечения (оценка результатов лечения с учетом эффективности использования ресурсов; сравнение показателей деятельности структурных подразделений и отдельных врачей на основе клинико-экономического анализа).

Управление качеством в здравоохранении.

Целью управления качеством является непрерывное совершенствование деятельности организации в целом и ее отдельных подразделений на основе четко сформулированных задач и целевых установок, ориентирующих работников на достижение высоких стандартов профессиональной деятельности, поощрения их инициативы и повышения уровня ответственности за результаты своей работы.

Информационные технологии в управлении здравоохранением.

Информационные технологии обеспечивают:

- оперативную оценку результатов деятельности каждого медицинского работника и организации в целом;
- управление всеми видами ресурсов по отношению к нормативным расходам;
- получение объективной картины возможностей организации по оказанию медицинской помощи определенного объема с должным качеством;
- возможность оценивать труд специалистов по объему медицинской помощи с соответствующим качеством;
- выполнение необходимых расчетов при планировании деятельности организации;
- возможность оперативно оценивать ход реализации плановых мероприятий.

Информационные технологии служат также объективной основой для разработки предложений властным структурам по вопросам модернизации системы здравоохранения.

Основные условия обеспечения эффективности информационных технологий:

- создание системы единого информационного пространства в каждой медицинской организации и в здравоохранении в целом;
- создание сертифицированных компьютерных программ по функциям управления здравоохранением, автоматизированных рабочих мест (АРМ);
- обеспечение доступа к Интернету всем медицинским организациям и специалистам здравоохранения.

Реализация политики государства в области охраны здоровья граждан, основанная на использовании принципов стратегического управления, требует совершенствования деятельности организационных структур управления отечественным здравоохранением с ориентацией на решение важнейших задач, непосредственно связанных со стратегическим планированием, мониторингом и анализом деятельности медицинских организаций, управлением качеством медицинской помощи, включая профилактику, управлением ресурсами, в том числе кадровыми.

В своей основе эта работа должна опираться на использование четкой стратегии развития здравоохранения на государственном и муниципальном уровнях и научно обоснованной методологии стратегического управления здравоохранением, способных обеспечить создание в том числе единой системы подготовки специалистов в области управления здравоохранением и формирование в здравоохранении единого информационного пространства.

Что думает врачебное сообщество об аккредитации и пациентах [Текст] : [интервью с президентом общероссийской общественной организации "Общество врачей России" О. Янушевичем] // Здравоохранение. – 2016. – № 11. – С. 16-18.

Одно из приоритетных направлений развития здравоохранения в 2017-2018 годах – повышение качества подготовки врачей. Для этого планируют развивать систему непрерывного медицинского образования, провести врачей через аккредитацию и реаккредитацию. Что об этом думают представители врачебного сообщества?

Какие проблемы могут возникнуть у врачей, которые будут проходить аккредитацию?

Аккредитация и реаккредитация специалистов должны быть для врачей не гильотиной, а мотивацией, чтобы: повышать профессиональный уровень. Я сторонник непрерывного

медицинского образования. Врачи должны участвовать в научных конференциях, семинарах и за это получать образовательные кредитные единицы. Именно непрерывное медицинское образование должно быть в основе системы подтверждения допуска к профессии.

Я считаю, что для реаккредитации практикующие врачи не должны сдавать экзамены, как для первичной аккредитации. Если врач много лет работает на одном месте, у него нет замечаний, выговоров, судебных исков от пациентов, значит – это хороший специалист. Механизм реаккредитации может быть, например, таким: врач в течение 5 лет получает непрерывное образование, набирает 250 единиц – 150 в вузе, к которому прикреплен, и 100 в профессиональной ассоциации. Далее собирает все документы и представляет в департамент здравоохранения. Если с этими документами все в порядке, то врачу должны подтвердить аккредитацию на следующие 5 лет.

Если стоматолог решит стать ортодонтом или челюстно-лицевым хирургом, то он должен пройти обучение, ординатуру, повышение квалификации или переподготовку. Тогда в конце обучения он должен сдать экзамен.

Сдавать экзамен должны и женщины-врачи, которые 3 года были в отпуске по уходу за ребенком. К примеру, за 2 месяца перед выходом на работу она учится в университете и потом там же сдает экзамен. Все за счет государства. Еще одна категория – врачи, которые несколько лет работали за рубежом и вернулись.

С 2016 г. ликвидировали интернатуру. Основная цель – сократить дефицит врачей в амбулаторно-поликлинических учреждениях. По Вашему мнению, это решит проблему?

Недавно я встречался на московской конференции с амбулаторными врачами. Они очень недовольны тем, что убрали интернатуру. Но я думаю, что интернатура в том виде, в котором она существовала в последние годы, была просто продолжением учебы студентов, а не работой. Чтобы стать хорошим специалистом, нужна практика под руководством опытного наставника. Поэтому, если и возвращаться к интернатуре, то только в форме, когда молодой специалист в первичном медицинском звене работает под контролем старших врачей. При этом он будет получать зарплату, пусть небольшие, но деньги.

Когда мы спрашиваем у врачей, что их сейчас больше всего волнует, то все жалуются, что пациенты перестали их уважать. Как Вы считаете, с чем это связано?

У нас явно отсутствует коммуникация врачей с пациентами. Проблема не в профессиональных знаниях врачей, а в том, что они не умеют общаться. Даже если завтра операции будут делать роботы и будут делать лучше, чем люди, все равно должен быть человек, который объяснит пациенту, зачем операция, почему именно это лекарство?

Конечно, врачей тоже можно понять, они в жестких рамках. Я не знаю, можно ли за 12 минут поставить диагноз, сформировать план и определить лечение пациента. В моем понимании – нет. Крайне сложно с ведением документации, которой очень много.

Вы затронули проблему документооборота. Опубликована новая версия законопроекта о телемедицине. Врачи смогут выбрать, вести медицинскую документацию в бумажной или в электронной форме. Готовы ли медорганизации к электронному документообороту?

Электронный документооборот не должен полностью заменять бумажные документы. Ведь если произойдет сбой в электронной системе, мы можем потерять всю информацию, в частности, медицинскую документацию пациента. А ведь здесь речь идет о здоровье, жизни и смерти человека. Я считаю, что электронную версию документов нужно распечатывать, подписывать и хранить. Кроме того, электронные архивы должны быть хорошо защищены, чтобы не было юридических правовых последствий.

Минздрав предложил наделить врачей правом неприкосновенности. Такая мера сможет защитить медработников от нападения пациентов?

Разве у нас не нападают на работников полиции? Я считаю, что на врача поднимает руку не совсем вменяемый человек. Такие люди законы вряд ли читают. Им абсолютно все равно: ударить полицейского, врача, женщину или ребенка. Вряд ли остановит даже прецедент, когда кого-то привлекут к уголовной ответственности.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Винтер, М. Средство от паралича // Медицинская газета. – 2016. – 16 нояб. (№ 86). – С. 13.

Новое имплантируемое устройство помогло парализованным обезьянам снова начать ходить. Устройство, созданное специалистами из Федеральной политехнической школы Лозанны (Швейцария), было установлено двум парализованным макакам-резусам. Это произошло через 2 недели после того, как животные лишились возможности ходить.

Повреждения были таковы, что обезьяны оказались парализованы лишь на несколько недель – именно поэтому имплантация была проведена так быстро. Проведение эксперимента в столь сжатые сроки было обусловлено требованиями этической комиссии, в которой расписаны правила проведения экспериментов над животными. Восстановление подвижности у одной из обезьян произошло спустя 6 дней после имплантации.

В своих предыдущих экспериментах группа учёных под руководством Грегори Куртина научила парализованных крыс преодолевать препятствия и подниматься по лестнице, пытаясь добраться до пищи. Исследователи нашли комплексную методику, используя медикаментозную терапию, электрическую стимуляцию и тренировки в роботизированной установке.

В экспериментах с обезьянами учёные применили другой подход. Каждой обезьяне установили устройство, состоящее из двух частей: сенсора, располагающегося в головном мозге, и стимулятора нервных окончаний в спинном.

Устройство установили в области моторной коры – оно было способно регистрировать сигналы, которые головной мозг отправлял к мышцам конечностей. Эти сигналы отправлялись, несмотря на то, что травма спинного мозга препятствовала их передаче.

Сенсор и стимулятор обменивались данными между собой и компьютером без использования проводов. Имплантированное в головной мозг устройство отправляло информацию к компьютеру, а тот передавал данные к стимулятору. Он генерировал электрические импульсы, стимулирующие нервы активировать мышцы, отвечающие за движение, – в результате этого животные вновь получили возможность ходить.

Животным не потребовались тренировки и обучение, однако учёные считают, что людям потребуется какое-то время на адаптацию. Учёным предстоит ещё провести немало исследований и выяснить, как именно головной мозг человека управляет движением. Спинные имплантаты, разработанные командой из Швейцарии, уже начали устанавливаться людям – сейчас их имплантировали 2 пациентам из 8, отобранным для эксперимента.

Авторы подчёркивают, что в любом случае методика не поможет вылечить парализованных пациентов, а, скорее всего, улучшит качество их жизни.

Орлов, К. Альтернативный имплантат // Медицинская газета. – 2016. – 26 окт. (№ 81). – С. 13.

Группа исследователей из Калифорнийского университета (США) разработала имплантат, который при помощи стимуляции отдельных участков мозга сможет снимать симптомы некоторых психических и неврологических расстройств и даже лечить серьёзные заболевания, в том числе онкологические. Первые лабораторные эксперименты на животных завершились вполне успешно.

Существует множество заболеваний, в результате которых страдает мозг. Это, например, шизофрения, болезнь Альцгеймера, различные мозговые опухоли. В результате таких недугов у человека снижаются когнитивные способности, возникают головные боли, проблемы со сном. Люди начинают «заговариваться», у них проявляется параноидальный синдром, нарушается связь с реальностью. Порой практически разрушается личность.

При неврологических недугах нарушается связь между мозгом и другими органами: тело отказывается слушать мозговые «команды». Это приводит к нарушению координации движений, параличу, иногда частичной или полной обездвиженности. При самом неблагоприятном течении болезни человек превращается в «растение», не способное ни мыслить, ни двигаться.

До недавних пор лечение таких пациентов было направлено в большей степени на то, чтобы замедлить дегенеративные процессы в мозгу, как-то купировать симптомы при помощи медикаментов, далеко не всегда безопасных.

Но, похоже, учёные готовы совершить грандиозный прорыв. После того как устройство, разработанное командой калифорнийских биологов и программистов, вживили лабораторным мышам и оно начало стимулировать проблемные участки мозга посредством лазерных импульсов, у грызунов исчезли симптомы и последствия некоторых болезней. А рак головного мозга, обнаруженный у животных на ранних стадиях, полностью «рассасывался».

Помимо всего прочего, миниатюрный аппарат, вживляемый в мозг, оснащён функцией подавления инфекционных и воспалительных процессов, которые нередко возникают как реакция на инородные тела в организме. Ко всему прочему у него много меньше побочных эффектов, чем у различных медикаментов.

Имплантат, конечно, нельзя и не стоит рассматривать как панацею. Так, на поздних стадиях рака, когда мозг фактически разрушен, вряд ли удастся достичь «чудесного» результата. Но всё же это уже большой шаг вперёд.

Однако на этом возможности открытия не заканчиваются. Чудо- имплантат может пригодиться и вполне здоровым людям – с его помощью можно улучшить память, восприятие, мышечные реакции и работу мозга в целом.

В дальнейших планах научной группы разработка ещё одного вида устройств – для людей, которым необходимо быстро приобрести набор новых знаний и навыков, к примеру, военных, космонавтов или тех, кто вынужден работать в экстремальных условиях.

Собственно, сама идея стимуляции мозга в различных целях далеко не нова. Так, недавние исследования показали, что транскраниальная стимуляция постоянным током (ТЭС-терапия), при которой электроды прикрепляются к коже головы, приводит к повышению познавательных способностей и облегчению симптомов тревоги или депрессии.

В то же время недавно нейробиологами из Медицинского центра Бет-Израиль и Пенсильванского университета было опубликовано открытое письмо, призывающее не увлекаться такими методами. Авторы обращения заявляют, что подобный стимулятор мозга легко изготовить в домашних условиях. Очень многие люди готовы использовать такие приборы в качестве альтернативы антидепрессантам и «усилителя» памяти и прочих умственных способностей. Учёные предостерегают от такой «доморощенной» терапии, подчёркивая, что пользование самодельными устройствами может привести к непредсказуемым результатам, опасным для здоровья и когнитивных функций.

Эксперты добавляют, что на сегодняшний день ещё не изучены все возможные риски ТЭС-терапии. Например, неизвестно, как это влияет на другие участки мозга, не подвергающиеся непосредственному воздействию, и являются ли изменения, произошедшие в результате стимуляции, необратимыми. Возможно также, что на результаты влияют и такие факторы, как пол и возраст пациента, особенности строения его мозга и анатомия черепа, употребление тех или иных лекарств.

Не нужно спешить «разгонять» мозг, говорят учёные. Опыты на мышах – это одно, а вот к чему приведут эксперименты на людях? И ещё не факт, что вредные побочные эффекты не проявятся по прошествии времени. Так что пока лучше подождать и продолжить исследования в лабораторных условиях.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Стародубов, В. И. Совершенствование деятельности центров здоровья / В. И. Стародубов, Н. П. Соболева, Е. Д. Савченко // Казанский медицинский журнал. – 2016. – № 6. – С. 939-944.

Профилактика – особая сфера деятельности здравоохранения в области предупреждения заболеваний, укрепления и сохранения здоровья граждан. Включая в себя совокупность мер политического, экономического, духовного, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-эпидемиологического характера, профилактика способствует оптимизации условий

для формирования здоровья, обеспечивает снижение заболеваемости и увеличение популяции здоровых и практически здоровых людей.

Фундаментом современной системы укрепления и сохранения здоровья населения становится профилактика, базирующаяся на организационных и информационных технологиях. Программа «здоровье здоровых», национальный проект «Здоровье», программы по сокращению потребления табака и алкоголя, пропаганде физической активности и спорта и другие проекты являются основой укрепления здоровья граждан в настоящее время. В организационном плане профилактическая деятельность в стране обеспечивается центрами (отделениями, кабинетами) медицинской профилактики, центрами здоровья, диспансеризацией населения.

Несмотря на наличие такой профилактической базы, отмечается низкая эффективность всех указанных профилактических организаций. Среди причин низкой эффективности необходимо отметить следующие:

- отсутствие контроля качества и эффективности со стороны министерства и органов регионального управления здравоохранением;
- недостаточное ресурсное и кадровое обеспечение профилактических мероприятий.

Цель работы – разработка модели укрепления и сохранения здоровья для совершенствования направления деятельности детских и взрослых центров здоровья.

Использован статистический метод: анализ численности населения Российской Федерации в динамике за 2010-2015 гг.; анализ бюджетных средств, полученных на профилактическую работу в центрах медицинской профилактики в 2014 г. С применением метода моделирования разработана схема организационного обеспечения детского и взрослого центров здоровья.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, профилактическая работа с населением приносит свои плоды и способна сформировать в общественном сознании позитивные установки на сохранение и укрепление здоровья при условии финансирования профилактической деятельности из расчёта не менее 5-7 рублей на одного жителя региона в год. В то же время, данные показывают, что ни в одном из федеральных округов этот показатель не достигает указанного уровня. Выделение средств на целевые профилактические программы проводилось на критически низком уровне либо вообще не проводилось (например, в Южном федеральном округе).

Недостаточное финансирование способствует низкой эффективности деятельности центров медицинской профилактики, а соответственно, низкому уровню первичной профилактики, что недопустимо в сегодняшней критической ситуации со здоровьем.

В связи с вышеизложенным стоит вопрос о необходимости пересмотра ресурсного обеспечения профилактики и построении здоровой государственной политики, соответствующей Оттавской Хартии. Необходимость этого подтверждается данными снижения численности населения как в России в целом, так и в большинстве федеральных округов РФ.

Исходя из важности профилактики, обеспечивающей сбережение здоровья, снижение преждевременной смертности и продление средней продолжительности предстоящей жизни, в настоящей работе проведён анализ деятельности центров здоровья для детей и взрослых в целях совершенствования их деятельности.

Авторами впервые рассматривается соответствие названия центра здоровья его организационной структуре. Это связано с тем, что у многих специалистов возникал вопрос о целесообразности центров здоровья в системе здравоохранения.

Создание центров здоровья было обусловлено настоятельной необходимостью уделять внимание не только больным, как это делается повседневно на всех уровнях оказания медицинской помощи, но и контингенту здоровых и практически здоровых лиц.

С момента создания центров прошло более 5 лет, в настоящее время функционирует 750 центров здоровья (из них 505 взрослых), и встаёт вопрос об их эффективности. В связи с этим наше исследование касалось анализа структуры и разработки предложений, касающихся организационных форм деятельности центров здоровья.

Сегодня основой структуры центра здоровья служит отделение функциональной диагностики, оборудованное следующей аппаратурой:

- аппаратно-программный комплекс для скрининговой оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;
- компьютеризированная система скрининга сердца;
- система ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчёта плечелоды-жечного индекса;
- аппарат для комплексной детальной оценки функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный);
- биоимпедансметр для анализа внутренних сред организма (процентное соотношение воды, мышечной и жировой тканей);
- экспресс-анализатор для определения содержания общего холестерина и глюкозы в крови;
- анализатор оксида углерода в выдыхаемом воздухе с определением карбоксигемоглобина;
- смокелайзер;
- пульсоксиметр;
- рабочее место стоматологического гигиениста;
- рабочее место медсестры офтальмологического кабинета.

Результаты проведённых исследований оцениваются врачом-терапевтом во взрослом центре и педиатром – в детском.

Также, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 597н от 19.08.2009 «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая 942 сокращение потребления алкоголя и табака», в структуру центра здоровья входит кабинет лечебной физкультуры и «Школа ЗОЖ» (здорового образа жизни). Функции последней чаще всего выполняет врач-терапевт (педиатр).

Существующая структура, направленная в основном на обследование, не позволяет обратившемуся лицу получить достаточный комплекс рекомендаций по укреплению и сохранению здоровья. Центры здоровья не являются самостоятельными организациями, часть из них находится на базе поликлиник и, в меньшей степени, больниц, они объединены с центрами медицинской профилактики и/или врачебно-физкультурными диспансерами.

Ограничение только рекомендациями по здоровому образу жизни не позволяет обеспечить комплексный подход к укреплению и сохранению здоровья. В связи с этим необходим активный научный поиск эффективных форм деятельности центров здоровья, учитывая негативные изменения в состоянии здоровья населения, рост хронической патологии среди детей и взрослых и предотвратимой смертности в трудоспособном возрасте. В этой связи главным представляется сохранение здоровья во всех возрастных группах и со всех его сторон: физического, психического, репродуктивного, что определяет жизнеспособность общества и обеспечивает воспроизводство населения.

Препятствиями формированию целостной системы ориентации и установок на здоровый образ жизни личности являются противоречия между:

- социальной потребностью в здоровом человеке и реальными условиями для формирования соответствующих установок в различных группах населения;
- общественной ценностью здоровья и реальными возможностями его сохранения и укрепления независимо от уровня материального положения различных групп населения;
- необходимостью создания соответствующей экологической ситуации, форм и методов сохранения и укрепления здоровья населения и реальными действиями по их формированию;
- декларируемой в обществе «модой на здоровье и здоровый образ жизни» и реальными действиями семьи, учреждений образования и здравоохранения в этой сфере.
- ЗОЖ должен целенаправленно формироваться в течение всей жизни человека, а не зависеть от обстоятельств и жизненных ситуаций.

Большую роль в формировании ориентаций на ЗОЖ играют институты семьи, образования и здравоохранения. Это связано со следующими причинами.

Образ жизни личности, особенно на ранних этапах её развития, напрямую зависит от семьи, в которой родился человек. Учебные заведения, так или иначе, вносят свои коррективы в дальнейшее развитие образа жизни личности, зачастую детерминируя его.

Поддержание здоровья человека, формирование ориентации на здоровый образ жизни не всегда зависит от него самого. Для этого нужны условия, в которых формируется личность, факторы, воздействующие на этот сложный социальный процесс.

На наш взгляд, основная цель в центрах здоровья – ориентация в своей деятельности на то, чтобы способствовать:

- формированию семейного здоровья, включающего здоровый образ жизни;
- развитию навыков здорового репродуктивного поведения;
- укреплению мужского и женского здоровья;
- формированию репродуктивного и сексуального здоровья у подростков и молодежи.

Репродуктивное и сексуальное здоровье – составляющая часть общего здоровья человека, а следовательно, его сохранение также обеспечивается ЗОЖ. Однако, помимо общих факторов риска (поведенческих – нерационального питания, гиподинамии, курения, злоупотребления алкоголем и др.), к его ухудшению приводят «омоложение» возраста начала сексуальной жизни, рост доли сексуально активных подростков, беременность и внебрачное рождение детей среди не достигших половой зрелости, аборты, инфекции, передаваемые половым путём, незащищённые сексуальные контакты и др.

Психическое здоровье является также важным элементом воспроизводства образовательного и трудового потенциала общества, а психические расстройства имеют огромные негативные экономические и социальные последствия. Всемирная организация здравоохранения выступает с аргументированных позиций признания проблем психического здоровья первостепенными по важности. В развитии психических расстройств у взрослых людей важную роль играют нарушения психического здоровья в детском возрасте. Охрану психического здоровья детей и подростков необходимо рассматривать в качестве стратегической инвестиции, обеспечивающей получение в долгосрочной перспективе многопланового положительного эффекта отдельными лицами, обществом в целом и системой здравоохранения.

Таким образом, назрела необходимость разработки новых подходов в деятельности центров здоровья, основой для которых должно стать, на наш взгляд, воспроизводство населения, зависящее от двух факторов — рождаемости и смертности. Приоритет рождения и воспитания детей среди других жизненных целей и ценностей в России сегодня утрачен. В то же время, достаточно часто семьи, желающие иметь детей, сталкиваются с проблемами репродуктивного здоровья, как у мужчин, так и у женщин.

Исходя из вышеизложенного, мы предлагаем конкретизировать название центров здоровья: детских – как центр здоровьесбережения у детей, для взрослого населения – как центр репродуктивного, семейного и личного здоровья. В связи с этим должна меняться и внутренняя структура центров с их функциональной деятельностью.

Деятельность центра здоровьесбережения у детей должна быть направлена на оценку функционального состояния здоровья детей, обучение ЗОЖ детей и родителей, укрепление психического здоровья, развитие нравственного и духовного здоровья.

В деятельности центров репродуктивного, семейного и личного здоровья для взрослого населения предлагается введение консультирования мужчин, женщин и подростков по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья, семейного консультирования, проведение консультаций по укреплению психического здоровья, консультирование лиц пожилого и старческого возраста (геронтологическое направление).

В целях повышения качества и эффективности работы центров здоровья необходимы контроль Министерства здравоохранения РФ и создание центра репродуктивного, семейного и личного здоровья на федеральном уровне с участием научных медицинских организаций: акушерства, гинекологии и перинатологии, научного центра здоровья детей, научно-исследовательского института урологии и геронтологии. При этом центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации Минздрава России выполняет функцию аналитического центра в этой системе.

На региональном уровне деятельность центров здоровья должна быть тесно связана с первичной медико-санитарной службой, центрами медицинской профилактики и врачебно-

физкультурными диспансерами. Ответственность за профилактику должна нести администрация региона (губернатор и заместитель по социальным вопросам) и администрация муниципальных образований.

Для реализации предложенных моделей необходимо чёткое понимание ответственности всего общества, каждого индивидуума и всех структур, имеющих отношение к сохранению здоровья населения. Необходимо рассматривать роль семьи, систем образования и здравоохранения как основных социальных институтов в формировании ориентации населения на здоровый образ жизни.

Внедрение предложенной организационной структуры центров здоровья должно стать целью жизненной позиции «быть не только самому здоровым, но иметь здоровыми будущие поколения своих детей, внуков, способствовать сохранению здоровья своих стареющих родителей и прародителей». Этому будет способствовать развитие нравственного и духовного здоровья, поскольку образ жизни – продукт духовных усилий каждого человека.

Основным направлением развития личности и практики оздоровления населения может стать здоровье – как национальная идея.

Выводы:

1. Название центра здоровья должно отражать направление его деятельности.
2. Основой центра для взрослых должна стать семья для всех возрастных групп.
3. Укрепление репродуктивного и сексуального здоровья будет способствовать улучшению демографической ситуации в стране.
4. Необходимо увеличение финансирования профилактической работы с населением.
5. Центры здоровья должны располагаться на базе медицинских организаций для их использования при необходимости дальнейшего обследования пациентов.

Уважаемые коллеги!

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

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье – выходной день

☎ (846) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел

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

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

✉ sonmb@medlan.samara.ru

✉ sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>