

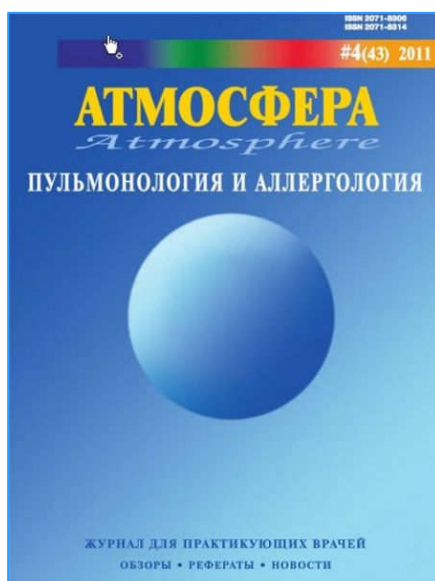


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 2 (февраль), 2014



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	25
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	28

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Команда Минздрава России: открытый разговор о будущем здравоохранения [Текст] // Главный врач. – 2014. – №1. – С. 3-4.

В статье представлен материал о пресс-конференции на тему: "Команда Минздрава России: открытый разговор о будущем здравоохранения". В ходе конференции обсуждались основные направления и стратегические задачи в сфере здравоохранения, меры по совершенствованию качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, по совершенствованию кадровой политики и развитию медицинской науки.

В мероприятии приняли участие первые лица – руководители отечественного здравоохранения и их заместители.

В ходе основного доклада Министром здравоохранения Российской Федерации В. И. Скворцовой в качестве одного из важнейших направлений развития отрасли определена оптимизация финансово-экономической базы системы здравоохранения.

Другая важная задача – совершенствование программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. В соответствии со ст.41 Конституции во всех государственных и муниципальных медицинских учреждениях медицинская помощь должна оказываться бесплатно.

Важно, что впервые программа государственных гарантий была сформирована на трехлетний период. Это существенный плюс и для возможности трехлетнего планирования, и для возможности утверждения тарифов на трехлетний период с индексацией на инфляцию.

С 2013 года осуществляется всеобщая диспансеризация населения, проводится экстракорпоральное оплодотворение, осуществлен переход скорой медицинской помощи на финансирование из системы обязательного медицинского страхования.

В настоящее время также активно развивается государственно-частное партнерство. В этом направлении немало сделано, в два раза увеличено количество частных учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования по программе государственных гарантий. Для работы в будущем году уже зарегистрировалось еще большее их количество - уже 17,5 % всех медицинских организаций, оказывающих бесплатную помощь - это частные организации.

Министр здравоохранения В. И. Скворцова также отметила, что со следующего года базовая программа обязательного медицинского страхования увеличивается на 189 миллиардов. В 2014 году в сферу ОМС войдут 300 видов специализированной медицинской помощи, а суммарно к 2015 году – полторы тысячи видов специализированной медицинской помощи.

Дополнительное финансирование позволит расширить контингент больных, которым оказывается высокотехнологичная помощь и в 2014 году она дополнительно будет оказана почти 65 тысячам пациентов. Также В. И. Скворцова отметила, что в соответствии с программой госгарантий в 2014 году на 320 тысяч человек увеличится количество больных с онкологическими заболеваниями, которым будет бесплатно оказываться помощь, включающая курсы химиотерапии.

Саморегулирование профессиональной деятельности в системе здравоохранения Российской Федерации [Текст] // Главный врач. – 2014. – №1. – С. 9-14.

21 ноября 2013 г. Комитет Государственной Думы по охране здоровья провел "круглый стол" на тему: "О концепции организации саморегулирования профессиональной деятельности в системе здравоохранения Российской Федерации".

Цель проведения "круглого стола" – получить ответы на такие вопросы, как:

– по какому принципу будет строиться в Российской Федерации саморегулирование профессиональной деятельности врачей, средних медицинских работников и других работников здравоохранения;

– должна ли структура саморегулируемой профессиональной организации строиться: на основе профессиональных общероссийских объединений с представительствами в регионах

или на основе региональных объединений, которые могут включать в себя врачей разных специальностей;

- должно ли быть членство в профессиональных или в саморегулируемых организациях обязательным;
- должно ли в России быть одно общенациональное объединение врачей (медицинских работников);
- какими функциями могут быть наделены в установленном порядке профессиональные объединения;
- должны ли профессиональные медицинские объединения участвовать в выработке политики в системе обязательного медицинского страхования и многие другие не менее актуальные вопросы.

Для участия в "круглом столе" были приглашены депутаты Государственной Думы, представители Минздрава России, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, общественных организаций и ассоциаций, врачи и СМИ.

По мнению некоторых экспертов, процесс перехода к саморегулированию, должен происходить в три этапа: сначала должна быть обеспечена самоорганизация, потом самоуправление, и только после этого саморегулирование.

Первые элементы самоорганизации врачей в Российской Федерации были заложены еще в 1993 году, когда был принят один из основных законов в сфере здравоохранения - Федеральный закон "Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Статья 62 этого закона устанавливала, что медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействие научным исследованиям, решение иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников, а также определяла правосубъектность таких организаций.

9 июня 2001 года на встрече В.В. Путина с медицинской общественностью Президент поддержал тогда еще новую стратегию перехода от государственной к государственно-общественной модели развития и управления здравоохранением в Российской Федерации.

Однако, несмотря на политическую поддержку и принятый еще 20 лет назад закон и заложенные в нем предпосылки для формирования и развития профессиональных медицинских объединений, пробелы, имеющиеся в законе, и, главным образом, отсутствие механизмов реализации прав профессиональных ассоциаций не только не позволили организовать саморегулирование профессиональной деятельности, но даже самоорганизоваться. До сих пор медицинская общественность в Российской Федерации разобщена, и хотя в стране создана и функционирует единая Российская сестринская ассоциация, тем не менее, единой профессиональной медицинской организации, которая включала бы в себя всех медработников, нет. Процесс объединения врачей тормозится, и это мешает развитию самоуправления отрасли, в целом.

Для того чтобы ускорить процесс самоорганизации, надо четко определить ее правовые основы.

Вступившим в силу с 1 января 2012 года федеральным законом № 323 "Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в дальнейшем – Основы) впервые законодательно было установлено, что организация охраны здоровья осуществляется, в том числе путем управления деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования, осуществляемого в соответствии с федеральным законом.

Исходя из основ административно-территориального деления в Российской Федерации, по мнению экспертов, самым целесообразным является подход к созданию единой профессиональной организации, основанной на региональных организациях, поскольку именно территории наделены широкими полномочиями по организации здравоохранения в соответствии с "Основами".

Такой подход был заложен при разработке "Основ", в частности статьи 76, в которую введен особый вид некоммерческих организаций – профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими и фармацевтическими работниками. Такие организации могут создаваться на добровольной основе и формироваться в соответствии с указанными в законе критериями, а именно:

- по принадлежности к медицинским работникам или фармацевтическим работникам;
- по принадлежности к профессии – то есть врачи, медсестры, фельдшеры, провизоры, фармацевты и так далее;
- по принадлежности к одной врачебной или сестринской специальности.

Новым в "Основах" стало закрепление в нем положения, предусматривающего возможность передачи медицинским профессиональным некоммерческим организациям, их ассоциациям или союзам соответствующим критериям, определенным Правительством Российской Федерации, определенных функций государства в сфере здравоохранения.

В настоящее время деятельность саморегулируемых организаций регламентируется Федеральным законом "О саморегулируемых организациях", согласно которому, саморегулируемые организации объединяют субъектов предпринимательской деятельности, исходя из единства отрасли, производства товаров, работ и услуг или рынка произведенных товаров, работ и услуг. Это относится к юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям. Либо объединяет субъектов профессиональной деятельности, определенного вида физических лиц.

Эксперты полагают, что для саморегулирования здравоохранения нужен специальный закон, отражающий всю специфику деятельности по охране здоровья граждан, предусматривающий саморегулирование профессиональной медицинской деятельности медицинских работников, врачей, основанный на обязательном членстве по аналогии с законом, регламентирующий профессиональную деятельность судей, адвокатов, нотариусов. Все эти специалисты давно уже позаботились о том, что государство не регламентировало их профессиональную деятельность.

Основными положениями такого закона, а, следовательно, и функциями профессиональной организации для обсуждения могли бы быть:

- процедура допуска в специальность, сертификация ли, аккредитация ли, возможность отмены лицензирования;
- организация обеспечения непрерывного послевузовского образования;
- порядок разработки и утверждения клинических рекомендаций протоколов лечения по вопросам оказания медицинской помощи, проведение независимой медицинской экспертизы и страхование рисков врачей и других медработников при оказании медицинской помощи.

С чего начать работу по усилению роли медицинской общественности?

Эксперты предложили работу по усилению роли медицинской общественности разбить на несколько этапов.

1-ый этап – создание общероссийской медицинской организации, соответствующей критериям Постановления Правительства № 907;

2-ой этап – корректировка законодательной базы - необходимо внести смысловую поправку в "Основы", разрешающую правительству процесс передачи определенных полномочий в сфере охраны здоровья вышеуказанному общероссийскому профессиональному медицинскому объединению. Сейчас при всем желании правительство не сможет этого сделать, потому что это полномочие прямо закреплено за Министерством здравоохранения;

3-ий этап – непосредственная передача полномочий по постановлению правительства.

Очень важно, чтобы каждый следующий шаг "обкатывался" в регионах, на пилотных проектах, на которых отработывались бы механизмы по передаче отдельных полномочий.

Далее в статье приведены мнения участников круглого стола по вопросам создания саморегулирования в здравоохранении. Обсуждается вопрос обязательного и добровольного членства в саморегулируемой организации. При обсуждении этой темы мнения экспертов разделились.

В ходе "круглого стола" ни одна из точек зрения не победила.

По завершении обсуждения темы стало ясно, что проблема самоуправления в медицине назрела, с этим согласны и профессионалы, и чиновники, и законодатели. В стране уже наработан опыт общественных организаций медицинских работников. Пришло время объединения усилий. Участники "круглого стола" подали свои законодательные предложения, впереди - парламентские слушания на эту же тему. Надо надеяться к этому времени будут разработаны уже более конкретные предложения по дальнейшему совершенствованию нормативного регулирования медицинского самоуправления.

Дмитриев, Л. А. Вопросы развития инновационных методов диагностики, профилактики и лечения в государственной программе "Развитие здравоохранения" [Текст] / Л. А. Дмитриев // Главный врач. – 2014. – № 1. – С. 62-74.

В государственной программе "Развитие здравоохранения" особое место занимает подпрограмма по развитию инновационных методов в медицине. В представленной публикации изложены основные направления ее реализации.

Основные мероприятия по реализации утвержденной подпрограммы представлены тремя направлениями:

- развитие ядерной медицины;
- развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины;
- развитие инновационной инфраструктуры.

Мероприятие № 1. Развитие ядерной медицины.

Радиологические методы диагностики и лечения включают следующие:

1. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография - радионуклидный метод, в основе которого лежит исследование распределения изотопа Tc99 (Технеций-99) в теле пациента. В процессе радиоактивного распада атомов Tc99 выделяется гамма-квант с энергией 130 кЭв, фиксируемый детекторами аппарата. В результате исследования пациента формируется изображение, показывающее распределение изотопа в теле пациента, которое непосредственно взаимосвязано с биологической активностью соответствующих органов и тканей человека. В частности, визуализируются пораженные зоны с измененными параметрами биологического обмена и особенно участки, пораженные патологическими процессами, например в виде некроза.

2. Позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) – радионуклидный томографический метод исследования внутренних органов человека. Метод основан на регистрации пары гамма-квантов, возникающих при аннигиляции позитронов, образующихся при ядерных реакциях распада радиофармпрепарата, вводимого пациенту перед исследованием. В основе этого метода лежит возможность при помощи специального детектирующего оборудования (ПЭТ-сканера) отслеживать распределение в организме биологически активных соединений, меченых позитрон-излучающими радионуклидами.

3. Лучевая терапии. Дистанционная лучевая терапия является самым распространенным видом лучевой терапии в связи с широким спектром применения при лечении больных со злокачественными заболеваниями различной локализации. Она осуществляется только в специализированных учреждениях, где источники излучения устанавливаются стационарно в соответствии с установленными нормами. Принцип терапевтического действия основан на поражении онкологических клеток пациента с помощью пучка ускоренных элементарных частиц – электронов (для случаев поражения онкологическими заболеваниями кожных покровов) либо пучка гамма-квантов, применяемых для лечения остальных онкологических поражений.

4. Кибернож (оборудование для стереотаксической радиохирургии) – это высокоточная радиохирургическая мобильная система, используемая для лечения злокачественных и доброкачественных опухолей различных локализаций с субмиллиметровой точностью. В частности, кибернож применяют для лечения опухолей головного и спинного мозга, головы и шеи, легких, печени, поджелудочной железы, костей, простаты.

В настоящее время Российская Федерация существенно отстает в уровне оснащенности оборудованием для радиологических методов диагностики и лечения от развитых стран. Отставание от развитых стран в оснащенности оборудованием ядерной медицины по некоторым типам аппаратов достигает 15 раз.

Мероприятие № 2. Развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины.

Фундаментальная наука оказывается в самом начале цепочки, связывающей открытие нового закона, явления, эффекта и появление нового лекарственного препарата, прибора, технологии, созданных с их использованием. Современное развитие мировой индустрии основано на достижениях науки и способности адаптировать их к постоянно возникающим и меняющимся потребностям общества.

Трансляционная медицина направлена на дальнейшее масштабирование научных исследований и прогрессивных медицинских технологий, привлечение финансовой поддержки, пересмотр и разработку правовых норм.

Персонализированная медицина определяет быстро развивающуюся область здравоохранения, основанную на интегрированном, координированном и индивидуальном для каждого пациента подходе к анализу возникновения и течения заболеваний, разработку персонализированных средств лечения на основе геномики, тестирование на предрасположенность к болезням, профилактику, объединение диагностики с лечением и мониторинг лечения.

Целью Мероприятия № 2 является разработка инновационных средств диагностики, лекарственных препаратов и биомедицинских клеточных продуктов. В рамках данного мероприятия будет осуществляться финансовая и организационная поддержка прорывных направлений биомедицины, обеспечивающих внедрение в медицинскую практику новых технологий диагностики, лечения и реабилитации пациентов, страдающих социально значимыми заболеваниями. Концентрация усилий на прорывных направлениях, получение значимых результатов в области биомедицинских исследований, с одновременным переносом их в практическое здравоохранение является, сегодня, принципом трансляционной медицины - новой междисциплинарной области, объединяющей науку и медицинскую помощь.

Задачи мероприятия:

- формирование системы трансляционной медицины в соответствии с лучшими мировыми практиками;
- реализация междисциплинарных межведомственных проектов, направленных на разработку и внедрение инновационных медицинских продуктов.

Мероприятие № 3. Развитие инновационной инфраструктуры.

Целью мероприятия является повышение эффективности реализации медико-технических проектов в области здравоохранения, направленных на раннюю диагностику, эффективное лечение, реабилитацию больных с целью максимального сокращения сроков восстановления их трудоспособности.

Задачи мероприятия:

- разработка и утверждение стратегии развития медицинской науки;
- формирование инфраструктуры R&D центра замкнутого цикла для разработки и испытаний инновационных медицинских продуктов;
- формирование структур для разработки, производства и внедрения инновационных медицинских продуктов, соответствующих требованиям лучших мировых практик;
- разработка и внедрение в практику инновационных методов лечения;
- оказание медицинской помощи лицам с применением современных достижений биологии и медицины.

Проблемы нормативно-правового регулирования развития телемедицины и IT-технологий в здравоохранении [Текст] // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2014. – №1. – С. 48-50.

В статье представлен материал о круглом столе, который состоялся 14 ноября 2013 года в Комитете по охране здоровья Государственной Думы "на тему: "Законодательное регулирование развития телемедицины и IT-технологий в Российской Федерации".

Дальнейшее развитие информационных технологий требует серьезных затрат. С 2005 по 2012 гг. в систему здравоохранения было "влито" более 1,6 триллиона рублей. В ближайшие годы государство не сможет позволить себе таких же вложений в здравоохранение. Поэтому, по мнению большинства экспертов, выходом из положения станет активное привлечение частного капитала. Одной из форм участия частного капитала в развитии информационных технологий здравоохранения является государственно-частное партнерство (ГЧП). Нормативная база регулирует несколько схем построения ГЧП, однако их недостаточно для того, чтобы процесс привлечения частного капитала в здравоохранения шел активнее. Здесь нужна серьезная законодательная работа.

В ближайшее время Минздрав планирует разместить на своем сайте информацию об опыте успешно работающих телемедицинских проектов, функционирующих как ГЧП. Среди них:

- курский проект мониторинга хронических больных с нарушением свертываемости крови, а также постгоспитального мониторинга и лечения пациентов с имплантируемыми кардиостимуляторами и дефибрилляторами, созданный при участии Института сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева в Москве;

- проект дистанционного ведения пациенток с осложненной беременностью в Саратове;

- проекты дистанционного консультирования врачей бригад скорой помощи в Саратове и Челябинске и т.п.

Однако существует еще и проблема доступности телемедицины в различных регионах России. В каждый населенный пункт с численностью более 500 человек должна прийти оптоволоконная связь.

Телемедицина требует развития средств связи по всей нашей стране. Телемедицинские технологии нужны не только в крупных городах, но и в небольших населенных пунктах, разбросанных по огромной территории. Более того, в небольших населенных пунктах телемедицина даже нужнее, чем в городе.

Представители Минсвязи доложили на "круглом столе", что они настаивают на том, чтобы в течение ближайших трех лет оператор обеспечивал наличие волоконнооптической магистрали во всех населенных пунктах нашей страны численностью от 500 до 10 тысяч человек. При этом следует понимать, что в населенных пунктах этой численности проживает суммарно 33 миллиона россиян, которые на сегодня практически не имеют более или менее современного уровня услуг связи. Понятно, что услуги телемедицины в этих условиях им тоже недоступны.

В перспективе ближайших нескольких лет планируется уравнивать возможности жителей отделенных населенных пунктов и жителей больших городов в части получения современных услуг связи, а, значит, и телемедицины.

О необходимости создания Единой государственной информационной системы здравоохранения.

Распространение информационных технологий требует унификации систем сбора, обработки и передачи информации. Необходимо создать Единую государственную информационную систему здравоохранения, которая будет состоять в свою очередь из целого ряда систем. Среди них: электронная регистратура, информационно-аналитическая система, интегрированная электронная медицинская карта, электронная библиотека, система поддержки врачебных решений и т.п.

Уже сейчас многие ЛПУ имеют свои электронные медицинские карты. В настоящее время заканчивается разработка интегрированной электронной медицинской карты - она будет аккумулировать информацию по каждому законченному случаю, которая будет передаваться на хранение в единый центр обработки и хранения данных. Электронная карта строго структурирована. Очень важно, что работа над созданием единой электронной карты шла параллельно с участием России в международном проекте "Эпсэс", который начался в Европе несколько лет назад и предназначен для трансграничной передачи медицинской информации, включая резюме пациента, т.е. общую неизменяемую часть, и рецепта.

Работая в единой системе, все участники должны использовать единые термины, поэтому столь большое значение имеет разработка общероссийских медицинских словарей-номенклатур. Это колоссальная проблема, которую нужно делать сразу на международном уровне. Это очень трудоемкая работа. К примеру, для разработки словаря-номенклатуры хирургических операций 10 человек в течение 3 месяцев формировали его структуру. Заполнение двух разделов заняло еще два месяца. А таких словарей – десятки.

Еще одна приоритетная задача – это разработка требований к медицинским информационным системам учрежденческого уровня, а также лабораторным и радиологическим системам для обеспечения интероперабельности медицинских информационных систем разного уровня.

Необходимо также разработать единые требования к территориальным информационным системам.

Наконец, последняя задача – разработка порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, в том числе в электронном виде.

В заключение Председательствующий подытожил сказанное экспертами и наметил план дальнейшей работы законодателей в целях дальнейшего развития телемедицины и IT-технологий. В ближайшее время начнется работа над внесением поправок в федеральные законы "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и "О персональных данных", а также над новым законом "О телемедицине". Помимо этого предстоит большая работа над решением отдельных проблем, в которой законодатели также планируют принять активное участие.

Минздрав России утвердил структуру электронной медицинской карты [Текст] // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2014. – № 1. – С. 51-53.

В статье идет речь об электронной медицинской карте. Электронная медицинская карта должна стать важнейшим элементом будущей Государственной информационной системы персонифицированного учета в здравоохранении Российской Федерации. Разработка единых стандартизованных подходов к ее построению на единой методологической основе является важной и, несомненно, актуальной задачей.

Президентом и Правительством РФ поставлена задача создания Государственной информационной системы персонифицированного учета в здравоохранении Российской Федерации, которая будет решаться в рамках модернизации всей системы здравоохранения. Одним из важнейших элементов такой системы будет являться электронная медицинская карта (ЭМК), требования к структуре которой представлены в документе "Основные разделы электронной медицинской карты", утвержденном Минздравом России 11.11.2013 № 18-1/1010.

В Основных разделах электронной медицинской карты сформулированы основные требования к стандартизации электронных медицинских данных и ЭМК, которые в дальнейшем можно использовать при формулировании требований к медицинским информационным системам. Изложенные в документе требования являются обязательными для реализации регионами в медицинских информационных системах. Настроить информационные системы под единый формат они должны будут до апреля 2014 года.

В документе сформулированы требования к структуре электронной медицинской карты и электронной персональной медицинской записи, как элементу электронной медицинской карты.

Электронная карта включает 15 разделов, каждый из которых состоит из подпунктов. Например, раздел "Заболевания и осложнения" содержит такие поля, как "Тип диагноза", "Статус лечения", "Вид заболевания", "Характер заболевания" и т.д.

Обмен электронными медицинскими картами между медицинскими учреждениями регионов будет осуществляться через федеральный Центр обработки данных Минздрава России.

На основе этих данных будут предоставлены такие онлайн-сервисы, как Личный кабинет пациента, где будут храниться различные направления и сведения об оказанных услугах, справки, больничные листы, рецепты и т.д.

Основные разделы электронной медицинской карты устанавливают общие положения для разработки требований к организации создания, сопровождения и использования медицинских информационных систем.

Основные разделы электронной медицинской карты сформулированы в виде требований к структуре электронной медицинской карты и требований к структуре электронной персональной медицинской записи как элементу электронной медицинской карты.

Требования к структуре электронной персональной медицинской записи и структуре электронной медицинской карты могут учитываться и конкретизироваться при формировании и утверждении технических заданий на создание или развитие медицинских информационных систем.

Основные разделы электронной медицинской карты предназначены для применения в информационных системах медицинских организаций, систем обязательного и добровольного

медицинского страхования, а также в других медицинских организациях различных организационно-правовых форм деятельности, направленных на оказание медицинской помощи.

Электронная персональная медицинская запись (ЭПМЗ) может содержать описание произведенного осмотра или обследования (в том числе лабораторного или инструментального), консультации, назначения, описание выполненной операции или процедуры, обобщенного заключения о состоянии пациента и т.д.

Основные разделы электронной медицинской карты устанавливают общие требования к формализации ЭПМЗ. Под формализацией в данном случае понимается структурирование информации, представляемой в виде ЭПМЗ. Требования распространяются на любые ЭПМЗ, независимо от медицинской организации, их сформировавшей (стационарного, амбулаторного или другого учреждения).

Структура ЭПМЗ включает следующий набор элементов (обязательных и необязательных).

Идентификатор пациента – обязательный элемент, однозначно определяющий, к какому пациенту относится данная ЭПМЗ. Идентификатор, как правило, является ссылкой к списку пациентов данного учреждения, содержащемуся в электронном медицинском архиве. Однако идентификатором может являться и набор реквизитов пациента, позволяющий однозначно найти его среди пациентов данной медицинской организации.

Код ЭП – обязательный элемент, полученный методом подписания содержимого ЭПМЗ и зашифрованный секретным ключом сертификата электронной цифровой подписи автора ЭПМЗ. Электронной подписью закрепляется все содержимое ЭПМЗ, включая все прикрепленные файлы, с тем, чтобы ни один из этих элементов нельзя было изменить, не нарушив целостности ЭП.

Номер ЭМК – обязательный элемент, позволяющий определить, в рамках какой ЭМК составлена данная ЭПМЗ.

Текст ЭПМЗ – необязательный элемент. Представляет собой текстовое содержание данной ЭПМЗ (результат анализа или обследования, статус, эпикриз, назначение лекарств и т.д.).

Прикрепленный файл – необязательный элемент. Содержит дополнительную иллюстрирующую информацию о ЭПМЗ (медицинские изображения (фотографии), графические материалы и т.д.).

ЭПМЗ может включать в себя и другие структурные элементы, определенные правилами работы конкретной медицинской организации.

Общие требования к структуре электронной медицинской карты.

Электронная медицинская карта (далее – ЭМК) ориентирована на пациента (потребителя) и должна содержать информацию, относящуюся ко всем видам медицинского обеспечения, включая вспомогательные и экстренные услуги. В этом ЭМК отличается от карты, ориентированной на поставщика услуг, или исключительно эпизодического учета.

ЭМК содержит результаты наблюдений (что произошло), мнения (решения о том, что должно произойти) и планы лечения (планы относительно того, что должно произойти).

Уровнем обобщения информации ЭМК должен заниматься медицинский работник, то есть сама по себе специализированная информация, например в виде графических изображений, руководств или алгоритмов поддержки принятия решения, как правило, не является частью ЭМК. Скорее в ЭМК должны существовать интерфейсы, связывающие со стандартами других специализированных систем.

ЭМК является приемником и хранилищем диагностических и других тестовых данных. ЭМК является многофункциональной базой клинических данных, необходимых для лечения, поддержки принятия решений медицинским работником, научно-исследовательских целей, работы статистических бюро и других потребителей. ЭМК является долговременным накопителем информации о том, что произошло у пациента или было сделано для него.

Данные ЭМК позволяют контролировать правильность организации лечебно-диагностического процесса, составлять рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению больного и диспансерному наблюдению за ним, получать информацию, необходимую для установления инвалидности, а также выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений.

Скляр, Т. М. Организационно-управленческие инновации в медицинских организациях [Текст] / Т. М. Скляр // Здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 42-48.

Инициаторами инноваций в деятельности учреждения здравоохранения могут выступать органы власти (в том числе, органы управления здравоохранением), потребители медицинских услуг (пациенты), персонал самой медицинской организации.

Какие типы инноваций внедряются в медицинских организациях и каковы их движущие силы? Для ответа на эти вопросы в 2012-2013 гг. было проведено исследование «Организационно-управленческие инновации в сфере здравоохранения». В его рамках были выполнены глубинные интервью и анкетирование руководителей высшего и среднего звена государственных и частных организаций здравоохранения – слушателей программы профессиональной переподготовки «Менеджмент в здравоохранении», реализуемой в рамках Президентской программы.

Инновации условно можно разделить на технологические и нетехнологические. К технологическим относят продуктовые и процессные инновации. Продуктовые инновации включают применение новых материалов, получение принципиально новых продуктов, а также разработку и внедрение новых и усовершенствованных продуктов. Процессные – разработку и внедрение технологически новых или технологически значительно усовершенствованных производственных методов.

Нетехнологические инновации включают организационные, маркетинговые и управленческие инновации. Под организационными инновациями понимают нововведения в структуре организации предприятия. Маркетинговые инновации - это нововведения в методах маркетинга, включающие использование новых методов продаж и презентации товаров и услуг, их представления и продвижения на рынке сбыта, формирование новых ценовых стратегий. В здравоохранении к таковым могут относиться новые приемы и методы маркетингового сопровождения медицинских услуг.

Управленческие инновации фокусируются на таких процессах, как стратегическое планирование, бюджетирование, наем сотрудников, внутренние коммуникации и др.

По причинам возникновения инновации принято разделять на реактивные (обеспечивающие «выживание» компании и возникающие как реакция на нововведения конкурентов) и стратегические (внедрение которых носит упреждающим характер с целью получения конкурентных преимуществ в перспективе).

На основе анализа текущей ситуации в здравоохранении и мнений экспертов можно сделать вывод о том, что на данном этапе основными движущими силами для внедрения инноваций являются:

- в государственных ЛПУ – включение частных медицинских организаций в систему ОМС (как источник потенциальной конкуренции в сфере платных услуг) и реализация программы модернизации, приведшая к укреплению материально-технической базы и информатизации здравоохранения;

- в частных медицинских организациях, помимо увеличения спроса на медицинские услуги и усиления конкуренции (в том числе с государственными ЛПУ), это возможность вхождения в систему ОМС.

В опросе приняли участие руководители высшего и среднего звена больниц Ленинградской области – муниципальных многопрофильных бюджетных учреждений. Больницы работают в системе ОМС, менее значительная статья доходов – это внебюджетная деятельность (платные услуги), а также средства из областного бюджета на реализацию целевых программ.

Среди основных организационно-управленческих инноваций были названы:

- изменение системы оплаты труда, установление доплат за перевыполнение плановых объемных показателей и за качество работы;

- проведение анализа финансово-хозяйственной деятельности учреждения и выявление наиболее расходных и наиболее доходных подразделений (на основе этих данных проводится реорганизация ряда служб);

- внедрение системы бюджетирования, ориентированного на результат, организация внутренней сети Интернет.

В ряде случаев применяется аутсорсинг (выполнение клининговых услуг; передача непрофильных активов (пищеблока и продовольственного склада) частной организации, которая осуществляет питание пациентов, и др.).

Существует ряд проблем, возникающих при внедрении инноваций:

— при установке дорогостоящего оборудования в рамках программы модернизации не учтен недостаток трудовых ресурсов, необходимых для эксплуатации данного оборудования в полном объеме.

— внедрение медико-экономических стандартов не предусматривает изменения штатного расписания поликлиники;

— включение в ОМС скорой медицинской помощи проходит в отсутствие программного обеспечения для выставления счетов;

— контроль над качеством медицинской помощи является недостаточным;

— у персонала отсутствует мотивация на повышение качества оказания медицинской помощи.

Наиболее существенные проблемы заключаются в серьезном дефиците кадров, низком тарифе ОМС в регионе, отсутствии заинтересованности муниципальной власти в развитии здравоохранения, высокой конкуренции на рынке труда с коммерческими организациями, ведущей к оттоку кадров.

В качестве серьезной проблемы было указано на отсутствие у персонала мотивации на работу с электронными историями болезни и отсутствие подготовленного персонала.

В большинстве случаев наиболее масштабные инновации в государственных учреждениях осуществляются «сверху вниз», то есть иницируются распоряжениями вышестоящих органов власти. Однако есть целый ряд примеров, когда руководители медицинских организаций сами используют современные методы стратегического менеджмента, маркетинга и управленческого учета, внедряя стратегические инновации.

Для частных центров характерно внедрение как реактивных, так и стратегических инноваций, в частности направленных на эффективную работу в ОМС. По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, за первый квартал 2013 г. число частных клиник составило 14,1% от общего числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (прирост по сравнению с 2012 г. составил 22%). Развивается тенденция взаимовыгодных партнерских отношений с государственными учреждениями, которые, например, направляют застрахованных на лабораторные анализы и диагностические исследования в частные медицинские центры.

К сожалению, в настоящее время страховые медицинские организации системы ОМС практически не заинтересованы в инновациях, осуществляемых медицинскими учреждениями.

Печерей, И. О. Внедрение профессиональных стандартов в здравоохранении [Текст] / И. О. Печерей // Здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 60-66.

Впервые термин «профессиональный стандарт» был введен в трудовое законодательство федеральным законом от 03.12.2012 № 236-ФЗ, согласно которому трудовой кодекс РФ пополнился ст. 195.1. Согласно ст. 195.1 ТК РФ под профессиональным стандартом понимается характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, а под квалификацией – уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника.

Понятие «стандарт» тесно связано с понятием «стандартизация» под которым понимается деятельность по установлению правил и характеристик в целях их добровольного многократного использования, направленная на достижение упорядоченности в сфере производства и обращения продукции и повышение конкурентоспособности продуктов, работ или услуг.

Профессиональный стандарт в сфере здравоохранения – это документ, принятый официальными органами государственной власти в установленном законом порядке, где указаны требования, предъявляемые к квалификации медицинского работника для

осуществления им медицинской деятельности и повышения конкурентоспособности ее результатов.

Говоря о предпосылках появления профессиональных стандартов в сфере здравоохранения, следует обратить внимание на следующие тенденции.

1. Интеграция России в мировую экономику.
2. «Разрыв» между потребностями рынка труда и существующим уровнем профессионального образования.
3. Необходимость гибко реагировать на требования изменяющегося рынка труда.
4. Переход на эффективный контракт, конкретизирующий должностные обязанности работника, условия оплаты его труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг.

Что же представляет собой профессиональный стандарт?

Согласно методическим рекомендациям, утвержденным приказом Минтруда России от 29.04.2013 № 170, профессиональный стандарт включает следующие структурные элементы:

Раздел I. Общие сведения.

Раздел II. Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности).

Раздел III. Характеристика обобщенных трудовых функций.

В настоящее время разработаны проекты ряда профессиональных стандартов специалистов в области здравоохранения, ознакомиться с ними можно на сайте Министерства труда и социальной защиты РФ.

Согласно постановлению Правительства РФ от 22.01.2013 № 23 в обсуждении проекта профессионального стандарта должны участвовать представители работодателей, профессиональных сообществ, профессиональных союзов.

Профессиональный стандарт имеет более сложную структуру в контексте определения трудовой функции и требований к квалификации работников.

В частности, для каждого наименования обобщенной трудовой функции установлен уровень квалификации и конкретные трудовые функции, для которых, в свою очередь, определены подуровни квалификации. Уровни и подуровни содержат описание таких показателей, как «полномочия и ответственность», «характер умений», «характер знаний», «основные пути достижения уровня квалификации».

Одним из самых принципиальных вопросов является обязательность применения профессиональных стандартов.

Согласно изменениям, внесенным в Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании», из-под его действия выведены профессиональные стандарты, что исключает обязательность их применения.

Правила разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов, утвержденные постановлением Правительства РФ от 22.01.2013 № 23, также не содержат прямого указания на обязательность применения профессиональных стандартов.

Вместе с тем очевидно, что наличие профессиональных стандартов будет способствовать решению таких актуальных для работодателя задач, как формирование штатного расписания, установление систем оплаты и нормирования труда, разработка коллективных и индивидуальных трудовых договоров с работниками, подбор и обучение персонала, а также многих других, связанных с осуществлением организациями медицинской деятельности.

Ершова, Е. В. Опыт внедрения системы управления качеством на станции СМП: итоги и перспективы развития [Текст] / Е. В. Ершова // Здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 75-83.

В статье речь идет об опыте по внедрению системы управления качеством медицинской помощи на станции скорой медицинской помощи (далее - СМП) г. Челябинска.

С 2011 г. учреждения здравоохранения Челябинской области перешли на новую систему оплаты труда, согласно которой существенную часть (30% и более) в структуре заработной платы должны составить выплаты стимулирующего характера. Решением Челябинской город-

ской думы утверждено Положение об оплате труда работников муниципальных учреждений здравоохранения, подведомственных Управлению здравоохранения администрации г. Челябинска.

В Положении указано, что выплаты стимулирующего характера зависят от результатов работы учреждения и предполагают стимулирование работников при выполнении объемных показателей надлежащего качества.

На станции СМП г. Челябинска были разработаны и внедрены карты экспертной оценки качества оказания СМП, экспертной оценки качества проводимых санитарно-противоэпидемических мероприятий, соблюдения фармацевтического порядка, внутреннего распорядка для разных категорий медицинских работников.

Контроль над качеством СМП проводится заочно по медицинской документации (карта вызова СМП - Форма 110/у) на первой, второй и третьей ступенях первого уровня контроля качества с заполнением карты экспертной оценки.

Первая ступень контроля качества осуществляется заведующими и старшими врачами подстанций СМП; вторая ступень - заместителем главного врача по медицинской части и старшими врачами-специалистами станции; третья ступень - врачебной комиссией станции.

Обязательной экспертизе подлежат:

- случаи смертей в присутствии бригад;
- случаи успешной сердечно-легочной реанимации;
- досуточная летальность;
- вызовы, относящиеся к категории сложных (шок, кома и др.);
- ятрогенные осложнения;
- жалобы от населения;
- повторные вызовы к одному пациенту в течение 24 часов.

Кроме того, проводится выборочная экспертиза по определенным нозологическим группам.

Индивидуальный коэффициент медицинского работника формируется путем вычисления среднего из всех экспертиз (делением суммарного коэффициента на количество экспертиз). Предельно допустимый коэффициент, при котором качество работы считается удовлетворительным, составляет 0,04. При превышении данного коэффициента выплаты стимулирующего характера не производятся.

Заполнение карты качества проводимых санитарно-противоэпидемических мероприятий, соблюдения фармацевтического порядка, внутреннего распорядка медицинскими работниками ежемесячно проводят старшие фельдшеры на подстанциях. Предельно допустимый коэффициент, при котором работа считается удовлетворительной, составляет 0,03. При превышении данного коэффициента выплаты стимулирующего характера не производятся.

Помимо качества оказанных медицинских услуг, выплаты стимулирующего характера должны отражать объем и интенсивность работы.

В связи с этим была разработана методика расчета стимулирующих выплат по каждому работнику с учетом объемных показателей.

Для расчета размера выплат используются параметры, отражающие интенсивность работы, основанные на разделении всех выполненных вызовов на пять клинико-статистических групп.

Система расчетов позволяет достоверно оценить качество оказания медицинской помощи, работу каждого сотрудника с использованием конкретных цифровых значений (коэффициентов).

Применение коэффициентов качества дает возможность проводить сравнительный анализ и максимально объективно начислять работникам стимулирующие выплаты.

К сожалению, персонал часто воспринимает снижение коэффициентов как наказание со стороны руководства (практически, как штрафные санкции), а не как инструмент стимулирования качественного оказания медицинской помощи.

Формирование руководителем учреждения СМП системы оплаты труда, ориентированной на показатели результативности, является одним из важнейших мотивационных принципов, обеспечивающих успешность медицинской деятельности. Однако это должно быть не самоцелью, а лишь инструментом управления медицинской деятельностью, повышения профессиональной отдачи врачей, а также среднего и младшего медицинского персонала посредством их материального поощрения.

Можно констатировать, что существующая на станции СМП Челябинска система управления качеством относится к административной (бюрократической) модели - Quality Assurance (QA), в основе которой лежит стандартизация объема и характера медицинской помощи с последующей экспертизой конечного результата. Перспективой развития этой системы должен стать переход на индустриальную модель управления качеством - Total Quality Management (TQM).

Преимущества методологии индустриальной модели управления качеством для станции скорой медицинской помощи:

- повышение продуктивности работы каждого сотрудника (от младшего медперсонала до администрации);
- улучшение контакта с пациентами и их родственниками (законными представителями);
- объективная оценка и анализ работы всех подразделений и учреждения в целом;
- улучшение взаимодействия со страховыми компаниями.

Нельзя не отметить повсеместно существующие проблемы, без устранения которых невозможен переход на индустриальную модель управления качеством в службе СМП:

- дефицит кадров;
- отсутствие у руководителей станций, подстанций и отделений СМП подготовки по вопросам управления качеством медицинской помощи;
- антагонизм между администрацией учреждений СМП и медицинским персоналом.

Для качественной работы наряду с современными медицинскими технологиями важны знания и опыт работы. Медицинские технологии можно внедрить, оборудование - приобрести, в то время как знания и понимание своей роли в обеспечении качества медицинской помощи служат первоосновой всего.

Папырин, А. Обвала не будет [Текст] / А. Папырин // Медицинская газета. – 2014. – 22 янв. (№ 4). – С. 4-5.

В статье рассказывается, что председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев побывал в Тюмени. Он осмотрел операционный блок Федерального центра нейрохирургии, где ему продемонстрировали уникальное оборудование и фрагменты видеозаписей сложнейших операций. Сильное впечатление произвело на главу правительства и посещение детского отделения центра.

Позже Дмитрий Медведев провёл заседание президиума Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике. В нём приняли участие заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, полномочный представитель Президента РФ в Уральском федеральном округе Игорь Холманских, министры: здравоохранения России – Вероника Скворцова, труда и социальной защиты – Максим Топилин, строительства и жилищно-коммунального хозяйства – Михаил Мень, регионального развития – Игорь Слюняев, финансов – Антон Силуанов, сельского хозяйства – Николай Фёдоров, сотрудники профильных федеральных органов исполнительной власти, руководители регионов, представители медицинского сообщества.

Премьер-министр сообщил, что в России сегодня работают 122 федеральных и 287 региональных медицинских учреждений, которые оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь. Нужно правильно использовать этот потенциал. В качестве примера он привёл программу по сосудистой патологии, которая стартовала в рамках Национального проекта «Здоровье» в 2008 г. Реализация этого проекта помогла переломить негашеную динамику роста смертности от болезней системы кровообращения. Только за 9 месяцев 2013 г., по данным Росстата, от болезней системы кровообращения умерло почти на 23 тыс. человек меньше, чем за аналогичный период прошлого года.

Дмитрий Анатольевич напомнил, что передовые технологии открывают возможности для борьбы с весьма сложными заболеваниями, которые ещё недавно считались неизлечимыми. Поэтому Минздрав России вместе с Российской академией наук должен подготовить перечень наиболее перспективных высокотехнологичных видов и методов лечения, дать предложения по срокам внедрения в практику здравоохранения и создать механизм их освоения.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова дала в своём выступлении объективную оценку реализации программы высокотехнологичной медицинской помощи. Когда она начиналась в 2006 г., обеспеченность ВМП составляла не более 10%. Именно этот расчётный показатель стал стартовой количественной характеристикой. Объём средств федерального бюджета тогда составил 9,9 млрд. руб., к 2013 г. он увеличился почти в 6 раз - до 55,6 млрд. руб. Более чем в 7 раз возросло количество пациентов, получивших высокотехнологичную помощь в региональных медицинских учреждениях. В 2006 и 2007 гг. их вообще не было, в 2008 г. стало 24 тыс., а в 2013 г. число выросло до 166 тыс. Подобная тенденция, прежде всего, была связана с внедрением субсидиарного механизма и с привлечением средств из бюджетов субъектов РФ (за эти несколько лет они выросли более чем в 10 раз). Кроме того, реализация региональных программ модернизации здравоохранения позволила придать необходимый технический уровень лечебным учреждениям. И вот результат: если в 2008 г. высокотехнологичную помощь могли оказывать 98 региональных учреждений, то в 2013 г. – уже 289.

В 2013 г. 62 субъекта РФ из 83 получили субсидии из федерального бюджета на софинансирование ВМП.

С 2015 г. планировалось всю высокотехнологичную медицинскую помощь перевести в систему ОМС. Но такое решение принималось с учётом прогнозного увеличения финансового наполнения и возможности ухода от квот как от сдерживающего объём медицинской помощи механизма.

Министр напомнила, что два федеральных закона, определивших эту реорганизацию, приняты до постановления в 2012 г. новых целей по повышению заработной платы медицинским работникам. Реализация же указа Президента РФ № 579 от 07.05.2012 требует особого внимания к повышению социального и материального положения медицинских работников, врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Только в 2014 г. в расходах системы ОМС на это потребуется дополнительно 50 млрд. руб. Поэтому вопрос финансового обеспечения ВМП неоднократно обсуждался с экспертным сообществом. В результате Президент подписал закон № 317 от 25.10.2013, в котором закрепляет возможность оказания высокотехнологичной медицинской помощи с января 2014 г. на средства из бюджета двух уровней: федерального и регионального, а также из средств ОМС. В настоящее время ВМП оказывается по 20 профилям с использованием 1466 методов. Детальный анализ этих методов, возможности их реализации в медицинских учреждениях различного уровня позволил выделить группу из 459 самых распространённых, широко применяемых во всех регионах РФ, для их финансового обеспечения в системе ОМС. Стоимость квот на 459 методов в 2013 г. составила 5 млрд. руб. из 55,6 млрд. тотально на высокотехнологичную помощь. Но с учётом стоимости, дополняющей каждый случай лечения, специализированной помощи, стоимость всех этих методов составляет 8,65 млрд. руб. Таким образом, речь идёт о наименее ресурсоёмком сегменте высокотехнологичной помощи.

В конце совещания прозвучало веское слово министра здравоохранения: доступность высокотехнологичной помощи по-прежнему остаётся одним из приоритетов российского здравоохранения.

Гехт, И. А. О некоторых методологических подходах к организации медицинской помощи в муниципальных медицинских организациях в системе обязательного медицинского страхования [Текст] / И. А. Гехт, Г. Б. Артемьева // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 1. – С. 19-23.

Организация медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях сельских муниципальных образований требует особых подходов к выполнению медицинских стандартов, использования возможностей межмуниципальных центров и оптимизации методов оплаты медицинской помощи.

При анализе организации медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях, расположенных в сельской местности, выявляются серьезные недостатки:

- превышение плановых объемов медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (в ряде случаев при высокой кратности повторных госпитализаций и отсутствии показаний для круглосуточного наблюдения);
- неэффективное использование диагностического оборудования с высокой кратностью диагностических исследований, особенно при плановой госпитализации;
- неудовлетворительное использование возможностей стационаро-замещающей помощи, особенно стационаров на дому;
- недостаточно эффективное использование возможностей межмуниципальных медицинских центров и скорой медицинской помощи;
- большой разброс статистических показателей, характеризующих состояние здоровья населения, что делает невозможным их использование для определения истинной потребности в кадрах, больничных койках, ресурсообеспечении.

Часть выявленных недостатков обусловлена:

- неисполнением или неполным исполнением утвержденных порядков оказания медицинской помощи и медицинских стандартов;
- отсутствием экономической мотивации у медицинских организаций в реструктуризации медицинской помощи;
- несовершенством федеральной и региональной нормативных баз в сфере здравоохранения.

Нужно сформировать документ, отражающий некоторые особенности методологических подходов к организации медицинской помощи в сельской местности.

Конечными целями внедрения такого документа являются улучшение доступности и качества медицинской помощи, а также повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Предлагается следующая логическая структура этого документа.

На основании паспорта медицинской организации необходимо определить, какие профили медицинской помощи и в каком объеме могут быть оказаны в данном медицинском учреждении в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и медицинскими стандартами:

1. по каким нозологическим формам медицинская помощь может быть оказана на месте (в соответствии со стандартом);
2. по каким нозологическим формам медицинская помощь может быть оказана на месте, но для выполнения стандарта потребует привлечения специалистов-консультантов и проведения отдельных диагностических исследований в других лечебных учреждениях;
3. с какими нозологическими формами пациенты подлежат обязательному направлению в межмуниципальные центры после оказания неотложной или экстренной помощи своими силами;
4. с какими нозологическими формами пациенты подлежат только обязательному направлению в межмуниципальные центры или специализированные отделения (больницы) клинического уровня;
5. по каким нозологическим формам возможно выполнение определенного этапа лечения (части медицинского стандарта) в данном медицинском учреждении.

При этом можно выделить 4 раздела этого документа:

Раздел 1. Медицинская помощь, которую обязаны и могут полностью оказать в ЦРБ своими силами.

Раздел 2. Медицинская помощь, которую обязаны оказать в ЦРБ, но не могут полностью оказать своими силами. В данном случае требуется помощь коллег из межмуниципальных центров или подразделений или из медицинских организаций более высокого уровня.

Раздел 3. Медицинская помощь, которую обязаны частично оказать в ЦРБ с помощью специалистов межмуниципальных центров или медицинских организаций более высокого уровня с последующим переводом в соответствующие МО.

Раздел 4. Медицинская помощь, которая не должна оказываться в ЦРБ.

В каждой из медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, должен быть сформирован перечень диагностических исследований и лечебных манипуляций в соответствии с имеющимся оборудованием и квалификацией специалистов. При направлении пациента на лечение в медицинскую организацию другого уровня выполняться должны те диагностические исследования и манипуляции, которые включены в утвержденный перечень. Недостающие необходимые исследования и манипуляции производятся только там, где пациент будет проходить основное лечение. Таким образом, не только сократится число повторных исследований, но и уменьшится время пребывания пациента в лечебном учреждении, что увеличит оборот его коек.

В повышении доступности и качества медицинской помощи важная роль должна отводиться реформированию скорой медицинской помощи в муниципальных образованиях. В настоящее время уровень оказания скорой медицинской помощи, особенно в сельских районах, судя по отчетам, неадекватно завышен. Скорая медицинская помощь выполняет не свойственные ей задачи. При большем (на 20-30%) уровне вызовов в сельских районах, чем в городах, число госпитализируемых скорой медицинской помощью больных меньше в 6-7 раз, что косвенно подтверждает то, что служба скорой медицинской помощи на селе работает с более легкой патологией, часто оказывает неотложную помощь или выполняет врачебные назначения. Реформирование скорой медицинской помощи должно идти по пути создания межмуниципальных станций скорой медицинской помощи, укомплектованных врачебными бригадами и врачами-специалистами. В остальных медицинских организациях возможно создание филиалов или пунктов неотложной помощи с круглосуточным режимом работы.

Серьезной проблемой при реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования является перевыполнение объемов стационарной помощи и их перераспределение между медицинскими организациями. Планирование объемов медицинской помощи и ресурсного обеспечения медицинских организаций в рамках выполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования предлагается построить по территориально-учрежденческому принципу, этапы которого состоят из: 1) планирования объемов медицинской помощи и ресурсов учреждений клинического уровня с учетом приоритетных направлений, объемов «внешних» услуг для других медицинских организаций и внедряемых новых медицинских технологий; 2) планирования объемов медицинской помощи и ресурсов федеральных, ведомственных и частных медицинских организаций; 3) планирования объемов медицинской помощи и ресурсов по муниципальным образованиям с расчетом территориальных показателей (без учета объемов медицинской помощи, распределенных в медицинские организации клинического уровня, федеральные, ведомственные и частные медицинские организации); 4) распределения объемов медицинской помощи, включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, по отдельным медицинским организациям, должно учитывать их возможности, особенности работы, маршрутизацию пациентов, проекты реструктуризации, планируемые ремонтные работы и т.д. Очень важно, чтобы все изменения объемно-ресурсных показателей (заданий по выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования) для медицинских организаций производились в рамках выделенных по нормативам объемов и ресурсов на муниципальное образование (например, внутри городов Тольятти, Самары, Рязани), но не чаще 1 раза в квартал (если не меняются контрольные показатели самой территориальной программы обязательного медицинского страхования), и только в крайних случаях прибегать к межмуниципальным и межучрежденческим изменениям показателей внутри всей территориальной программы обязательного медицинского страхования, когда переносятся объемы и финансовые средства из одного муниципалитета в другой.

Таким образом, применение некоторых методологических подходов к организации медицинской помощи в соответствии со стандартами для медицинских организаций сельской местности, оптимизация методов оплаты медицинской помощи и совершенствование планирования позволят повысить эффективность использования ресурсов и улучшить доступность и качество медицинской помощи для населения сельских муниципальных образований регионов.

Мухтасарова, Т. Р. Внедрение системы менеджмента качества в амбулаторно-поликлиническом объединении. Практика проведения предварительного аудита [Текст] / Т. Р. Мухтасарова [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 6. – С. 39-46.

В статье представлен опыт проведения предварительного аудита в ГБУЗ «Городская поликлиника №5 Департамента здравоохранения г. Москвы» как важнейшего этапа разработки системы менеджмента качества на соответствие требованиям ГОСТ ISO 9001-2011, что обеспечило возможность проведения оценки стартового состояния системы менеджмента качества (СМК) и последующего сравнения с результатами, полученными от внедрения и повышения эффективности функционирования СМК в амбулаторно-поликлиническом объединении.

Преимущества внедрения СМК, а также причины, по которым может потребоваться сертификация на соответствие международным стандартам качества, известны, к ним относятся:

- требования клиентов или органов государственного регулирования;
- проникновение на новые рынки сбыта продукции или услуг и доступ на те рынки, где сертификация необходима;
- получение преимуществ при кредитовании и страховании;
- повышение шансов на победу при участии в тендерах;
- сокращение количества проверок со стороны контролирующих органов;
- повышение репутации организаций;
- рекламное преимущество по сравнению с несертифицированными конкурентами.

В условиях функционирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи Департаментом здравоохранения г. Москвы принято взвешенное и своевременное решение о реализации первого пилотного проекта по разработке системы менеджмента качества на соответствие требованиям Межгосударственного стандарта ГОСТ ISO 9001:2011 «Системы менеджмента качества. Требования» в Государственном бюджетном учреждении «Городская поликлиника № 5 Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ «ГП № 5 ДЗМ»).

Создание на базе ГБУЗ «ГП №5 ДЗМ» условий для разработки и реализации пилотного проекта по исследованию эффективных механизмов совершенствования процессов оказания медицинских услуг и организации внутренней деятельности МО в соответствии с требованиями ГОСТ ISO 9001-2011 было регламентировано приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 26.06.2013 № 639 «О реализации пилотного проекта «Модель внедрения системы менеджмента качества в условиях амбулаторно-поликлинического объединения на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения г. Москвы «Городская поликлиника № 5 Департамента здравоохранения г. Москвы».

Целью проекта явилось построение СМК на соответствие требованиям ГОСТ ISO 9001:2011 в рамках амбулаторно-поликлинического объединения (АПО) с несколькими филиалами, требующей создания новых межфункциональных связей, разработки внутренних нормативных документов и эффективного документооборота, оптимизации и реинжиниринга процессов, создания сети процессов объединения с эффективными межфункциональными связями, и, соответственно, высокой управляемостью.

Задачи проекта - разработать и внедрить оптимальную модель управления процессами оказания медицинских услуг и организации внутренней деятельности в соответствии с требованиями ГОСТ ISO 9001-2011, создать на базе ГБУЗ «ГП № 5 ДЗМ» региональную стажировочную площадку по повышению квалификации руководящих медицинских и немедицинских кадров по программе «Управление медицинскими организациями на основе использования методов совершенствования процессов оказания медицинских услуг в соответствии с требованиями ГОСТ ISO 9001-2011».

В соответствии с приказом главного врача ГБУЗ «ГП №5 ДЗМ» от 14.08.2013 №1941-04 «О реализации пилотного проекта "Модель внедрения менеджмента качества в условиях амбулаторно-поликлинического объединения"» предполагается выполнение трех этапов процесса внедрения СМК в АПО, задачи которых четко определены:

1-й этап: организационный.

Задачи этапа:

1. Сформировать команду управленцев АПО для реализации проекта, обеспечить нормативно-правовую подготовку и оформить необходимую документацию по обоснованию и развертыванию проекта на базе ГБУЗ «ГП №5 ДЗМ».
2. Осуществить подготовку персонала ГБУЗ «ГП №5 ДЗМ» к запуску проекта.
3. Создать общественные органы управления качеством, необходимые для реализации проекта.
4. Сформировать необходимое ресурсное обеспечение реализации проекта.

2-й этап: внедренческий.

Задача этапа – осуществить разработку и внедрение системы управления качеством, технологий эффективного управления процессами оказания медицинских услуг и организацией деятельности АПО в целом в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001:2008).

3-й этап: обобщающий.

Задача этапа – разработать методические и практические рекомендации для медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы по разработке и внедрению системы менеджмента в АПО в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001:2008).

Одной из целей SMK является разрешение проблемы еще до ее появления. Поэтому принципиально важным было, перед тем как приступить к разработке SMK в АПО, обсудить все возможные проблемы ее внедрения, обратить внимание на «типичные ошибки» постараться их не допускать, в противном случае SM будет внедряться неэффективно.

Важнейшим принципом работы организации является не ожидание проблем и ошибок и их устранение, а постоянное стремление к совершенствованию процессов. В этой связи определение возможностей стабильного повышения качества работы на основе анализа деятельности подразделений организации и учета требований потребителей приобретает особое значение. Одним из необходимых действий при достижении этих целей является проведение аудита.

Проведение предварительного аудита является обязательным в алгоритме внедрения SMK, значение которого трудно переоценить для последующей разработки стратегии. Нормативной базой по проведению аудита SMK является ГОСТ ISO 9001-2011 и Национальный стандарт РФ ГОСТ Р ИСО 19011-2012, нормативные правовые акты в сфере здравоохранения, документы системы менеджмента качества ГБУЗ «ГП № 5 ДЗМ», а также Руководящие указания по аудиту систем менеджмента (дата введения 01.02.2013), которые классифицируют аудиты по видам:

- внутренний аудит, иногда называемый «аудитом первой стороны»;
- внешний аудит:
 - аудит поставщика, иногда называемый «аудитом второй стороны»;
 - аудит «третьей стороны», проводимый в целях проверки соблюдения законодательства и аналогичных целей.

Предварительный аудит системы менеджмента качества ГБУЗ «ГП № 5 ДЗМ» на соответствие требованиям ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001:2008) проводился применительно:

- к оказанию амбулаторно-поликлинической помощи, включая проведение медицинских консультаций и лечение в области общей и специальной медицины;
- лабораторной и инструментальной диагностики;
- организации и администрированию медицинской помощи и платных медицинских услуг.

Планирование аудита основывалось на выборке подразделений ГБУЗ «ГП № 5 ДЗМ» таким образом, чтобы все процессы системы менеджмента качества, требуемые ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001:2008), были проанализированы. В ходе аудита осуществлялся сбор информации по действующей системе менеджмента качества (включая информацию, относящуюся к взаи-

мосвязям между функциями, деятельностью и процессами) на основе соответствующих выборочных методов, которая в дальнейшем проверялась на достоверность, чтобы стать свидетельством аудита.

При проведении аудита выявлены основные типичные недостатки:

- недостаточная укомплектованность врачами и средним медицинским персоналом, особенно терапевтической службы;
- не отрегулирован документооборот;
- отсутствие в некоторых структурных подразделениях должностных инструкций заведующих отделением, врачей, медицинских сестер;
- отсутствие планов совещаний, формальное ведение протоколов совещаний;
- недостаточно организован контроль качества медицинской помощи (план заседаний, протоколы, принятые меры, контроль исполнения);
- не во всех подразделениях имеется полный пакет нормативных документов и др.

Таким образом, проведенный первичный аудит позволил сделать в ГБУЗ «ГП № 5 ДЗМ» «срез» состояния, в котором медицинская организация начинает реализацию СМК. Наибольшие трудности в работе усматриваются среди врачей. Средний медицинский персонал имел меньшее количество замечаний, что связано с наличием более четких регламентов деятельности и отлаженной системой контроля за их исполнением. Полученные данные позволяют сформировать четкий план дальнейших действий по устранению выявленных недостатков с целью реализации СМК. Результаты аудита оформлялись в форме акта предварительного аудита, который в соответствии с пунктами стандарта ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001:2008) содержал выявленные несоответствия и являлся фактологической основой для выводов о системных проблемах и рекомендаций, представленных руководителю медицинской организации с соблюдением требований к конфиденциальной информации.

Благов, Л. Н. Информационные технологии в клинической психиатрии и наркологии: потенциал инновации [Текст]. Сообщ. 3 / Л. Н. Благов, А. А. Лощинин // Наркология. – 2013. – № 12. – С. 88-93.

Необходимость внедрения систем информатизации и телекоммуникации в сферу медицины понятна и очевидна уже не первое десятилетие. Сегодня созданы и успешно функционируют на практике информационные и телекоммуникационные алгоритмы, позволяющие создавать банк клинических данных, использовать его в практической деятельности хирургии, терапии, кардиологии и других областях медицины. Телемедицина сегодня помогает проводить удалённые консультации и консилиумы при разрешении сложных клинических ситуаций, осуществлять помощь при проведении хирургических вмешательств, задействована при организации экстренной помощи, способствуя успешному результату и рациональному расходованию ресурсов. Инфокоммуникационные технологии (ИКТ) используются в сфере медицинского образования. В статье рассказывается о внедрении новых медицинских информационных технологий в повседневную клиническую психиатрию и наркологию. Описаны перспективы применения программного продукта «Информационная система автоматизированной диагностики» (ИСИАД) при осуществлении клиничко-практической деятельности в психиатрии и наркологии

Программный продукт ИСИАД и созданная на его основе ПСА-система позволяют вести клиническую научно-практическую деятельность на необходимом для решения конкретно сформулированных задач уровне. Использование уже существующих и вновь разрабатываемых технологий телемедицины в психиатрии-наркологии и клинической (психопатологической) аддиктологии даёт возможность осуществлять:

- разработку электронной истории болезни (документация нового поколения - инновационный продукт);
- коллективное (контролируемое, рецензированное, системное) комплектование базы данных (коллективный сбор и защищённое хранение персонифицированного катамнеза);

— протоколирование анамнестического и статусного (структурно-динамического) компонентов истории болезни. На этой основе – создание автоматизированной диагностической её рабочей версии;

— удалённый (а также любой другой) мониторинг состояния больного;

— мониторинг состояния главных компонентов микросоциума;

— мониторинг качества лечения с отработкой основных его параметров, а именно: назначения, дозы, время приёма, эффекты позитивные, побочные (включая нежелательные), осложнения, параметры комбинированного и комплексного лечения, этапы лечебной программы: активное, поддерживающее, противорецидивное, восстановительное;

— персонифицированным мониторинг профилактических мероприятий;

— персонифицированный мониторинг текущей ситуации (в стационаре, на амбулаторном наблюдении, вне программы);

— оперативная точная коррекция параметров, отражающих клиническую ситуацию.

На основе возможностей ИКТ, таким образом, создаётся сценарий организации работы профильного ЛПУ, основным качественным атрибутом которого являются следующие компоненты:

— персонифицированная защищённая отраслевая база данных;

— «электронная история болезни»;

— мониторинг выполнения Отраслевых стандартов и Порядка оказания специализированной медицинской помощи;

— стационарное и амбулаторное (включая дистанционное) ведение больных и созависимых: планирование, инфраструктурное обеспечение, персонал, требуемый перечень терапевтических средств;

— организация этапного лечения больных и созависимых (средства, инфраструктура, учёт, контроль качества);

— повышение ответственности персонала;

— организация системы социально-психологических реабилитационных мероприятий и контроль качества её реализации;

— создание клинической инфраструктуры (медицинский холдинг), способной проводить эффективную лечебно-реабилитационную работу с профильным контингентом;

— оперативная информатизация по линии системы здравоохранения, ОВД и МВД (включая ГИБДД, пенитенциарную систему и принудительное лечение правонарушителей).

В рамках межведомственного сотрудничества применение инновационного программного продукта позволяет осуществить на практике и под контролем важнейшие компоненты межотраслевого взаимодействия - это:

— организация и ведение широкого межведомственного взаимодействия;

— осуществление научно-исследовательских программ на основе комплексного междисциплинарного взаимодействия;

— подготовка обоснования по изменению правовой законодательной и нормативной базы, регламентирующей работу с наркологическими больными;

— кооперация с зарубежными аффилированными структурами и университетами (совместные исследовательские проекты и программы). Создание Research and Development and Education (R&D&E) лабораторий;

— дальнейшее совершенствование и адаптация программного продукта ИСИАД.

Успешное применение в научном исследовании данного инструментария показывает возможности его эффективного использования как в научной, так и повседневной клинической практике.

Также важно отметить, что сбор компрометирующей базы данных для реализации неких репрессивных целей не является главной целью разрабатываемого проекта (безмерно дилетантская оценочная позиция). В основе идеологии инновационной разработки и её практического внедрения лежит *гуманистическая* направленность формирования передовой

медицины, способной успешно лечить, заниматься реабилитацией и профилактикой аддиктивной патологии.

Из изложенного видны приоритетные направления развития клинико-технологического аспекта в психиатрии-наркологии и аддиктологии. Очевидна необходимость развития методологии, как клинической, так и информационной. Также - это создание инновационной инфраструктуры, её кадровое комплектование, которое требует создания новых программ обучения и учебных планов. Особым пунктом может быть обозначена подготовка кадров управления.

Указанная совокупность мероприятий не может быть реализована как системная работающая технология без поддержки властных структур, ведомственных ресурсов и заинтересованных политических сил, способствующих эффективному решению множества процедурных и организационных аспектов, обеспечению необходимого финансирования.

Атьков, О. Ю. Перспективы использования телемедицинских технологий в системе кардиологической реабилитации и вторичной профилактики [Текст] / О. Ю. Атьков, Ю. Ю. Кудряшов, Я. П. Довгалецкий // Профилактическая медицина. – 2013. – № 6. – С. 4-9.

Статья посвящена персональной телемедицине (ПТМ), ее задачам, месту и роли в современной амбулаторно-поликлинической практике. Описаны возможности использования ПТМ в области реабилитации и вторичной профилактики больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель исследования – разработка телемедицинской системы домашней реабилитации пациентов (ТМСР).

Основными задачами разработки ТМСР являются удовлетворение потребностей участников лечебно-диагностического процесса: 1) пациента – врачебный контроль безопасности, в том числе при проведении физических тренировок; 2) врача – дистанционное получение динамических клинических и функциональных данных о пациенте и возможность оперативной коррекции назначений.

ООО НПП «Волготех» (Саратов) разработало телемедицинскую систему динамического наблюдения и контроля функциональных показателей пациента с ССЗ на этапе реабилитации в домашних условиях.

На начальном этапе клинической эксплуатации ТМСР ее применение наиболее эффективно в рамках наиболее распространенных ССЗ: ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, хронической сердечной недостаточности. Выбор был обусловлен не только их социальной значимостью, но и наличием доказательных данных о влиянии физических нагрузок на уровень смертности, частоту госпитализаций, развитие сердечно-сосудистых осложнений и качество жизни у этих больных.

При выборе функций ТМСР ориентировались на точку зрения врача, его профессиональный интерес и заботы: пригодность полученной в домашних условиях информации для принятия решений, касающихся клинических оценок, коррекции терапевтических схем и тактики ведения пациента. Именно с этой точки зрения представлен последовательный «образ» пациента в базе данных ТМСР:

- 1) описание исходного клинического статуса пациента в рамках электронной истории болезни (клинические, инструментальные, лабораторные данные);
- 2) оценка самочувствия (жалобы пациента);
- 3) динамические оценки мониторируемых функциональных показателей;
- 4) структурированная терапевтическая схема, включающая лекарственные и немедикаментозные назначения;
- 5) отчет пациента о выполнении врачебных назначений;
- 6) врачебный отчет о динамике состояния и принятых тактических решениях (явка на офисную консультацию, направление к специалистам, госпитализация и т.п.).

Существенным дополнением, одновременно и вопросом ответственности для пациента, служит система напоминаний, которая не только сигнализирует о необходимости выполнения назначения, но и подсказывает дозировку препарата, требуя подтверждения исполнения или

ответа на определенные вопросы. Из заполненных пациентом шаблонов формируется отчет пациента о самочувствии, факте выполнения всех видов назначений, побочных эффектах при приеме лекарственных препаратов.

В качестве примера практического использования домашних телемедицинских систем может служить система домашней реабилитации пациентов кардиологического профиля, успешно функционирующая с 2012 г. в Саратовском НИИ кардиологии. В программу домашней реабилитации были включены пациенты с ИБС, перенесенным инфарктом миокарда, чрескожным коронарным вмешательством или аортокоронарным шунтированием в анамнезе, а также имеющие различные нарушения сердечного ритма. Важными критериями при включении являлись первичное стационарное обследование в условиях клиники, возможность физических тренировок в домашних условиях и наличие ПК, отсутствие когнитивной дисфункции.

Выбор программы физической реабилитации и режима отчетов пациента о выполнении назначений осуществлялся при выписке пациента в соответствии с его клиническим статусом и являлся моментом начала домашнего мониторинга. Всем пациентам в условиях стационара проводилось нагрузочное тестирование в виде стресс-теста на тредмиле или пробы с 6-минутной ходьбой. Для выявления связанных с возрастом изменений кардиоваскулярных реакций на тренировочные программы первая тренировка (тредмил, велотренажер) проводилась в условиях стационара под врачебным контролем в режиме постоянного мониторинга ЭКГ. В качестве тренирующих методов использовались тренировки на тредмиле, велотренажере и дозированная ходьба. Особое внимание уделялось разъяснению пациенту задач физической реабилитации и обучению методам самостоятельной регистрации ЭКГ, измерения АД, работе с интерфейсом программы.

Во время тренировки в домашних условиях аппаратно-программный комплекс пациента позволяет регистрировать те же параметры функционального состояния пациента (ЧСС, АД), что и при проведении контролируемой физической тренировки в условиях лечебного учреждения. Кроме этого регистрация ЭКГ позволяет зафиксировать нарушения ритма и наличие ишемических изменений, развивающихся во время физической нагрузки. Таким образом, вместе с регистрацией жалоб и побочных явлений при приеме назначенных лекарственных препаратов обеспечивается безопасность домашних тренировок. Полученный объем телеметрической информации вполне достаточен для принятия врачебных решений, касающихся стандартной ситуации (отмена, изменение режима тренировки или внеочередной визит к врачу для дополнительного обследования).

Опираясь на небольшой, но ценный собственный опыт работы в области домашней телемедицинской реабилитации пациентов с ИБС, необходимо отметить преимущества и ограничения использования таких систем на практике. К несомненным преимуществам следует отнести:

1) Возможность длительного полноценного контроля функционального состояния пациента с ИБС при выполнении им физических тренирующих нагрузок вне условий лечебно-профилактических учреждений.

2) Возможность дистанционной коррекции терапевтической схемы без временных затрат: пациента – на посещение ЛПУ; врача – на очную консультацию.

3) Возможность формирования и пополнения длительной электронной истории болезни (базы данных) пациента с возможностью ее использования специалистами любого профиля.

Для реализации комплексной программы реабилитации требуется привлечение различных специалистов: психологов, диетологов, врачей-реабилитологов с их целенаправленными рекомендациями. Результаты консультаций сохраняются в электронной истории болезни, постоянно пополняемой данными телемониторинга лечебных и немедикаментозных реабилитационных мероприятий. Центральным «диспетчерским пунктом» здесь выступает автоматизированное рабочее место (АРМ) врача персональной телемедицины (ПТМ), предусматривающее:

- доступность данных о пациенте из электронной истории болезни;
- оперативность получения динамических функциональных показателей в ходе процедуры домашней реабилитации;
- удобную форму представления данных в структурированном текстовом формате, в виде таблиц, графиков и диаграмм, видео- и схематических изображений;

- возможность необходимой статистической обработки данных;
- возможность оперативной коррекции терапевтической схемы при изменении клинического статуса пациента;
- оперативность информирования о принятых тактических решениях (явка на офисную консультацию, направление к специалистам, госпитализация и т.п.);
- возможность использования накопленных данных с научной целью (статистический анализ, прогнозирование, создание систем поддержки врачебных решений и т.п.).

Функционально АРМ врача может быть совмещено с рабочим местом врача-кардиолога или дежурного врача стационара, но выделение его в отдельную службу было бы обоснованным в связи с многочисленными обязанностями врача-реабилитолога.

Представленная в статье телемедицинская система для динамического наблюдения и контроля функциональных показателей может быть использована для реабилитации пациентов с ССЗ в домашних условиях, поскольку предоставляет необходимую информацию о состоянии пациента и отвечает требованиям безопасности при проведении мероприятий физической реабилитации.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Робот-медсестра окажет помощь в случаях техногенных катастроф и чрезвычайных ситуаций [Текст] // Главная медицинская сестра. – 2013. – №12. – С. 15.

В статье рассказывается, что Тульское предприятие «СПЛАВ», представило не имеющую аналогов в мире разработку медицинского комплекса. Это совместный проект «СПЛАВа» и МГУ.

Комплекс сочетает в себе несколько функций: диагностику, введение лекарственных средств с возможностью экспертной поддержки принятия решений при диагностировании, назначении лечения и ведения больных при неотложных ситуациях.

Комплекс позволит проводить автоматическую диагностику и мониторинг состояния пациентов круглосуточно, с возможностью экстренного оповещения о необходимости вмешательства медицинского персонала. Комплекс оснащен уникальной системой поддержки принятия решений при назначении лечения, что позволит снизить частоту врачебных ошибок.

Представленная разработка будет незаменима в случае техногенных катастроф, чрезвычайных ситуаций, а также в условиях реанимации и при транспортировке больных при необходимости контроля состояния пациентов.

На сегодняшний день работа находится в стадии технического проекта - макетные образцы проходят испытания. В 2015 г. планируется провести испытания опытных образцов. Серийный выпуск должен начаться в 2016.

Запатентован «конструктор детей» – этика под вопросом [Текст] // Менеджер здравоохранения. – 2013. – №12. – С. 78.

Компания 23andMe получила патент на систему, которая позволит надежно программировать определенные качества потомства. Прежде всего, система предназначена для людей, которые по тем или иным причинам не могут иметь детей и нуждаются в донорстве или суррогатном материнстве.

С 2009 года компания 23andMe предлагает сервис под названием Inheritance Calculator (дословно «Калькулятор наследования»), который позволяет родителям увидеть степень вероятности того, что их будущий ребенок унаследует определенные родительские черты, например каштановые волосы или непереносимость лактозы. Новая технология «проектирования» ребенка включает этот калькулятор, но идет дальше, предлагая родителям выбрать целый ряд черт.

Выглядеть это будет так: родители выберут в специальной анкете соответствующие пункты вроде «я хочу, чтобы ожидаемая продолжительность жизни моего ребенка составила...» или «я предпочитаю ребенка с высокой вероятностью голубых глаз». Затем женщина, проходит

процедуру экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) с использованием специально отобранной донорской спермы. Донор отбирается сервисом 23andMe, который с помощью математических вычислений и анализа собственного генетического профиля матери и доноров подбирает генетический материал, который с высокой степенью вероятности реализует пожелания родителей по поводу качеств их будущего ребенка.

Пока компания 23andMe не объявляла о планах по коммерческому внедрению новой услуги. Надо отметить, что выбор качеств будущего ребенка по немедицинским требованиям является незаконным в ряде стран, например Великобритании и Канаде. Эксперты из области здравоохранения опасаются, что попытки родителей улучшить своего ребенка приведут к нарушению его здоровья и свободы. Кроме того, очевидное предпочтение определенных черт приведет к обеднению разнообразия человеческого генома, что чревато осложнениями для всего человечества в более отдаленном будущем.

Открытие ученого из Казани позволит создавать лекарства для лучшего приживания органов [Текст] // Менеджер здравоохранения. – 2013. – №12. – С. 79.

Казанский ученый Сергей Ефимов нашел способ избежать отторжения пересаженных органов. Ученый выяснил, что строение молекул циклоспоринов можно изменить так, что лекарство станет более действенным. Создавая препараты из преобразованных молекул, можно получить аналоги вещества, которые снизят вероятность отторжения имплантов и в то же время дозу, необходимую для достижения этого эффекта.

Ученый в ходе экспериментов обнаружил место в молекуле лекарства, в котором она «гнется», слегка меняя свое строение. При этом препарат сохраняет способность подавлять иммунитет, но приобретает и новые положительные свойства.

Открытие ученого позволит выявить, в каких еще участках молекул циклоспоринов можно поменять их структуру. На основании этого можно будет синтезировать более эффективные аналоги препарата, которые будут лучше способствовать приживаемости пересаженных органов.

Меццерский, А. По пути биологической совместимости [Текст] / А. Меццерский // Медицинская газета. – 2014. – 15 янв. (№2). – С. 10.

В статье представлен материал о перспективах внедрения в клиническую практику углеродных наноструктурных имплантатов.

Перспективы использования углерода в медицине, в частности, внедрение в клиническую практику углеродных наноструктурных имплантатов, обсуждались на недавно прошедшей в городе на Неве научно-практической конференции. Создание наноуглерода является перспективным направлением в разработке современных композиционных материалов, относится к одной из фундаментальных научных платформ - нанобиотехнологиям и требует объединения усилий врачей травматологов-ортопедов, вертебрологов, клинических фармакологов, специалистов по компьютерному моделированию, физиков, математиков, материаловедов и т.д., поэтому в конференции приняли участие учёные и практики из С.-Петербурга, Москвы, Ростова-на-Дону, Саратова, Перми, Екатеринбурга, Тюмени, Омска, Кургана, других городов России.

Основным поводом для проведения форума в столь представительном составе стало обсуждение инновационного проекта создания первого отечественного промышленного производства углеродных наноструктурных имплантатов (УНИ).

Современная реконструктивная хирургия опорно-двигательного аппарата немыслима без широкого применения пластического замещения дефектов костей и суставов. Ещё в 60-е годы прошлого века для этих целей начали использовать углерод. В нашей стране сегодня растёт интерес к клиническому применению эндопротезов с изоэластичными свойствами, не уступающими по своим характеристикам зарубежным аналогам.

Выступивший на конференции известный специалист в области травматологии член-корреспондент РАМН В. Шевцов отметил, что в литературе имеется много данных об использовании углеродных имплантатов в клинической практике. Достаточно широка и география их

применения: С.-Петербург, Москва, Пенза, Пермь, Чебоксары, Челябинск, Благовещенск... Все авторы, использовавшие углеродные имплантаты, отмечают отсутствие токсичности и канцерогенности, коррозионных явлений и усталостных напряжений, их неизменность под воздействием биологических сред, близость физико-механических свойств к кости. На основе проведенных испытаний многими исследователями установлено, что углеродные материалы не имеют конкурентов по степени удовлетворения биохимических и физико-механических требований.

Представленные на конференции УНИ обеспечивают высокую опороспособность, отличаются активным ростом новообразуемой кости в их порах с формированием костно-углеродного блока. Особенности материала позволяют размещать в имплантате лекарственный контейнер для адресной доставки лекарственных препаратов, проводить электростимуляцию роста кости, использовать МРТ. По своим физико-механическим и биохимическим характеристикам такие имплантаты значительно превосходят известные аналоги из титана, керамики и других материалов. Имеется пакет разрешительных документов Минздрава России на производство, продажу и применение в медицинской практике углеродных наноструктурных имплантатов.

Старший научный сотрудник С.-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии кандидат медицинских наук С.Бурлаков и травматолог-ортопед этого института кандидат медицинских наук В.Гусева поделились опытом использования УНИ в клинической практике при замещении дефектов тел позвонков в сочетании с костной пластикой и без неё, при туберкулёзных поражениях тел позвонков в качестве распорок для восстановления оси позвоночника, при инфекционных поражениях тел позвонков (остеомиелит). Авторы пришли к выводу, что УНИ обладают высокой биохимической и биомеханической совместимостью, отсутствием аллергических осложнений, обеспечивают опороспособность и активный рост новообразуемой кости в порах имплантата с образованием костно-углеродного блока. Всего с использованием УНИ проведено свыше 150 операций.

Директор С.-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, доктор медицинских наук, профессор П. Яблонский в процессе дискуссии высказался о необходимости получения международных сертификатов для УНИ и проведении в перспективе комплекса научно-исследовательских работ, связанных с совершенствованием качественных характеристик углеродных наноструктурных имплантатов.

В заключение конференции прошла активная дискуссия по перспективам применения в клинической практике углеродных наноструктурных имплантатов, расширению линейки их форм, организации мониторинга пролеченных больных и другим вопросам.

Созданы контактные линзы с функцией увеличения изображения [Текст] // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 1. – С. 82.

Объединенная группа ученых из Швейцарского федерального технологического института и университета Калифорнии объявили о разработке действующего прототипа уникальных контактных линз со встроенным телескопическим объективом. Миниатюрное устройство при включении позволяет увеличивать видимое человеком изображение в 2,8 раза.

Интересно, что линзы могут переключаться между обычным и «увеличивающим» режимами работы — это делает возможным их постоянную носку. В будущем такие линзы могут найти широкое применение в самых разных областях человеческой деятельности, пригодиться людям, часто работающим с мелкими деталями, и, конечно же, военным.

Резников, В. Технологичное взаимодействие [Текст] / В. Резников // Самарские известия. – 2014. – 7 февр. (№17). – С. 12.

В статье рассказывается о центре прорывных технологий СамГМУ.

Перед учеными ставится задача не только решать сложные междисциплинарные задачи на основе комплексного подхода и новейших знаний, но и зондировать назревающие прорывные

направления. В Самарском государственном медицинском университете создаются клеточно-тканевые трансплантаты на основе трехмерных биологических носителей, совершенствуется технология применения гравитационной терапии для лечения и профилактики различных заболеваний, ведутся клинические исследования, внедряются инновационные образовательные технологии. Разработки в секторе IT-медицины и уже успешное внедрение ряда проектов в этой области дадут новый импульс для развития данных направлений.

Одной из развивающихся технологий, объединяющих телемедицину и IT, является методика лазерной доплеровской флоуметрии. Она используется для оценки нарушений микроциркуляции у пациентов с различными патологиями. Этот проект инициирован СамГМУ совместно с Самарским государственным аэрокосмическим университетом при участии Института систем обработки изображений РАН. По словам руководителя проекта, проректора по научной и инновационной работе СамГМУ, профессора Игоря Давыдкина, в перспективе планируется создание нового прибора, не имеющего аналогов в мире, объединяющего возможности исследования как морфологических особенностей микроциркуляторного русла, так и динамических его характеристик.

Научными исследованиями подтверждена возможность регистрации импульсов нейроактивности двигательной области коры головного мозга. Это открывает путь для создания биопротезов для парализованных пациентов. У них появится возможность использования импульсов своего мозга для управления различными протезами или курсором дисплея. Для выполнения этой задачи нужны нейроинтерфейсы, способные выводить информацию из мозга, обрабатывать ее и вводить в вычислительные структуры. Разработку на стыке неврологии, нейрохирургии, компьютерных и инженерных наук ведут специалисты СамГМУ совместно с Поволжским государственным университетом телекоммуникаций и информатики. Самарским государственным аэрокосмическим университетом и компанией АйТи Юниверс. Руководит проектом заведующий кафедрой нормальной физиологии СамГМУ профессор Василий Пятин.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Браун, С. Н. Организация работы «школ здоровья» (на примере ГБУЗ «Городская поликлиника №5 ДЗМ» [Текст] / С. Н. Браун // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – №6. – С. 30-33.

В статье представлен опыт по организации «школ здоровья» в ГБУЗ «Городская поликлиника №5 ДЗМ».

Главным принципом российского здравоохранения остается социально-профилактическое направление, реализация которого способствует сохранению здоровья населения. Рычагом профилактики является гигиеническое воспитание и санитарное просвещение. В основу воспитания положена концепция здорового образа жизни, которая должна находить конкретное воплощение в различных гигиенических, профилактических программах. Основной целью санитарного просвещения является пропаганда медицинских знаний о здоровом образе жизни, о путях и методах сохранения здоровья и предупреждения заболеваний.

В процессе пропаганды здорового образа жизни используются методы устной, печатной, наглядной (изобразительной) и комбинированной пропаганды. Метод устной пропаганды является предпочтительным. Он включает лекции, беседы, дискуссии, конференции, викторины. Максимально эффективно задачу устной пропаганды в условиях поликлиники можно реализовать путем организации работы «школ здоровья».

«Школа здоровья» сегодня – это современная профилактическая технология. Цель создания «школ здоровья» заключается в формировании у пациентов культуры заботы о своем здоровье. Основными задачами «школ здоровья» являются:

- повышение информированности пациентов о заболеваниях и факторах риска;
- информированность пациентов и формирование у них практических навыков по профилактике и лечению заболеваний;

- предупреждение осложнений заболеваний и повышение качества жизни пациентов;
- формирование активного отношения к заболеванию, мотивации к лечению и выполнению рекомендаций врача;
- создание мотивации к устранению нездоровых привычек;
- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;
- формирование у пациентов умений и навыков по контролю за состоянием своего здоровья;
- формирование у пациентов навыков здорового образа жизни;
- повышение приверженности к лечению;
- формирование мотивации к выздоровлению;
- формирование навыков по оказанию экстренной само- и взаимопомощи при угрожающих жизни состояниях;
- воспитание и подготовка активных помощников, готовых в дальнейшем распространять полученные знания среди своих родственников и друзей.

Одной из главных задач «школ здоровья» также является предоставление пациентам объективной, современной информации о заболеваниях, способах их лечения и профилактики.

В Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская поликлиника №5 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «Городская поликлиника №5 ДЗМ»), в составе которой находятся 4 филиала, большое внимание уделяется профилактической работе. Активно проводятся лекции и семинары в рамках создания и развития «школ здоровья» на базе поликлиник, Территориального центра социального обеспечения «Мещанский», в советах ветеранов и первичных ветеранских организациях Басманного, Красносельского, Мещанского районов. Ведутся образовательные и санитарно-просветительские программы для пациентов, а также тематические занятия в «школе жизни»: «Жизнь без табака», «Профилактика сахарного диабета и рациональное питание», «Профилактика артериальной гипертензии», «Женское здоровье и гигиена женщин», «Профилактика бронхиальной астмы». В учреждении работает окружной эндокринолог, проводится обучение в «школе диабета» и «школе ожирения», ведутся консультации в кабинетах заболеваний щитовидной железы.

В проведении «школ здоровья» принимают участие квалифицированные специалисты: неврологи, психотерапевты, хирурги, терапевты, кардиологи, диетологи, врачи и инструкторы лечебной физкультуры. Для чтения лекций приглашаются преподаватели кафедр ведущих медицинских университетов Москвы.

Основными участниками «школ здоровья» являются пациенты, находящиеся на лечении в поликлинике амбулаторно и в условиях дневного стационара, пациенты, направляемые из других лечебно-профилактических учреждений Центрального административного округа, родственники пациентов, непосредственно осуществляющие уход за больными.

Продуктивность работы «школ здоровья» будет определяться такими показателями, как:

- повышение информированности пациентов о факторах риска развития заболеваний и их осложнений;
- повышение ответственности пациентов за сохранение своего здоровья;
- формирование активного отношения к заболеванию, повышение мотивации к лечению и выполнению рекомендаций врача;
- развитие у пациентов навыков здорового образа жизни;
- повышение приверженности к лечению;
- снижение количества конфликтных ситуаций, связанных с недостаточной информированностью пациентов и их родственников о течении заболеваний;
- снижение количества необоснованных посещений врачей;
- повышение эффективности проводимого лечения.

Ожидаемым эффектом будет забота пациентов о своем здоровье. Идея важности вкладывать в здоровье и заботиться о нем должна стать главной парадигмой этого проекта. Поскольку давно известно: болезнь почти всегда легче не допустить, чем излечить.

Чепургина, Н. На зарядку приглашает Минздрав [Текст] / Н. Чепургина // Медицинская газета. – 2014. – 15 янв. (№2). – С. 10.

В Оренбуржье стартовал телевизионный проект «Утренняя зарядка. Делай как мы!» Собственным примером представители медицинского сообщества решили предложить оренбуржцам сделать реальный шаг к здоровому образу жизни.

Для разных возрастных групп разработаны комплексы упражнений, которые будут выполнять взрослые, молодёжь, подростки, дети и даже будущие мамы. Каждый будний день - для определённой группы.

Открыла проект команда медицинских работников Оренбурга. Поддержали здоровое начинание студенты Оренбургской государственной медицинской академии.

Ноу-хау проекта – фитнес для беременных. Для будущих мам разработаны специальные комплексы. Как поясняет акушер-гинеколог городской больницы № 2 Оренбурга Елена Ротова, на фитнес приглашаются женщины без серьёзных заболеваний. Некоторые проблемы можно корректировать с помощью упражнений – это избыточный вес, неправильное положение ребёнка. А ещё это очень хорошая подготовка к родам.

Несложные, но очень эффективные комплексы упражнений рассчитаны даже на самых неподготовленных. Участие в новом телепроекте также приняли дети и подростки.

Гриднев, О. В. Отдельные аспекты организации профилактической работы центров здоровья [Текст] / О. В. Гриднев // Здравоохранение. – 2014. – №1. – С. 36-40.

В статье показана работа центров здоровья (далее – ЦЗ) г. Москвы по пропаганде здорового образа жизни и по раннему выявлению факторов риска социально значимых заболеваний.

Работа по развитию сети центров здоровья в г. Москве проводится в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табакокурения» и приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 17.08.2009 № 1007 «Об открытии центров здоровья».

Постановление правительства г. Москвы от 04.10.2011 № 461 – ПП «Государственная программа города Москвы на среднесрочный период (2012-2016 гг.) "Развитие здравоохранения г. Москвы (Столичное здравоохранение)"» определяет в рамках подпрограммы «Здоровый образ жизни» охват населения комплексными осмотрами в ЦЗ как один из целевых индикаторов программы.

Основными направлениями деятельности ЦЗ являются:

- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни;
- профилактика возникновения различных заболеваний;
- формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;
- профилактика потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- формирование у населения принципов ответственного родительства;
- обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их на отказ от вредных привычек, включая оказание помощи в отказе от потребления алкоголя и табака.

ЦЗ дополнительно осуществляет обучение и мотивацию по вопросам грудного вскармливания и ухода за детьми раннего возраста, проведения профилактических прививок, контроль над организацией рационального питания детей всех возрастных групп (в т. ч.

воспитывающихся и обучающихся в образовательных учреждениях), работу по мотивированию детей и их родителей на отказ от вредных привычек.

ЦЗ работают не по территориальному принципу, в них может обратиться за консультативной помощью любой гражданин РФ, застрахованный по обязательному медицинскому страхованию.

В Северо-Восточном округе г. Москвы работает семь ЦЗ, среди них пять – для взрослого населения, два – для детского. ЦЗ для взрослого населения открыты с 2010 г., ЦЗ для детей – с 2011 г.

Программа комплексного обследования в ЦЗ включает антропометрию (измерение роста, веса), экспресс-диагностику уровня сахара и холестерина крови, измерение артериального давления, оценку уровня психофизиологического здоровья и функционально-адаптивных резервов организма. В частности, проведение биоимпедансометрии позволяет оценить распределение жировой и мышечной ткани с целью раннего выявления ожирения или дефицита массы тела. Обследование на кардиовизоре и дуплекс-сканирование помогают выявить функциональные нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы и оценить риск развития атеросклероза. Оценка функциональных резервов дыхательной системы проводится с помощью спирометрии и пикфлоуметрии.

Исследование с использованием смеклайзера позволяет определить уровень углекислого газа в выдыхаемом воздухе и оценить интенсивность курения и степень его влияния на здоровье. Помимо этого проводится исследование остроты зрения, измерение внутриглазного давления, диагностика состояния здоровья полости рта.

При выявлении риска развития заболеваний пациент получает конкретные рекомендации и направление на посещение занятий в школах здоровья и залах лечебной физкультуры, также ему назначается дата следующего визита с целью дальнейшей объективной оценки результатов проведенной работы.

Помимо консультативного приема и скринингового обследования на базе ЦЗ организована работа школ здоровья по направлениям: профилактика ожирения, артериальной гипертензии, сахарного диабета бронхиальной астмы и прочих болезней.

Всего в 2011 г. было обучено 13 206 человек (4797 детей и 8409 взрослых), в 2012 г. – 21 390 человек (9284 детей и 12 106 взрослых), за девять месяцев 2013 г. – 22 034 человек (9890 детей и 12 144 взрослых). За период 2011-2013 гг. наблюдается рост на 45,6% пациентов с выявленными факторами риска, прошедших обучение в школах здоровья.

Среди взрослого и детского населения наиболее популярны школы по ведению здорового образа жизни, только среди взрослого населения – школы по профилактике артериальной гипертензии и заболеваний костно-мышечной системы, а среди детского населения – школы по здоровому питанию и профилактике бронхиальной астмы.

Доля пациентов, направленных в школы здоровья, коррелирует с выявленными факторами риска. Как известно, среди взрослого населения по заболеваемости на первом месте находятся заболевания сердечно-сосудистой системы, среди детского населения – заболевания органов дыхания.

Следует отметить, что кроме стандартной агитационной компании через средства массовой информации, информационные стенды и интернет-сайты, а также сайты учреждений в Северо-Восточном округе развивается практика распространения агитационных брошюр по здоровому образу жизни, проведения групповых занятий с учащимися образовательных учреждений.

Помимо приведенных количественных показателей для оценки эффективности работы ЦЗ нужно использовать такие параметры, как число повторно обратившихся граждан, доля пациентов с выявленными факторами риска, у которых после проведенных мероприятий отмечено улучшение показателей функционального состояния организма.

Информационно-коммуникационная стратегия по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года [Текст] // Главный врач. – 2014. – №1. – С. 53-61.

Информационно-коммуникационная стратегия по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года (далее - Стратегия) утверждена приказом Министерства здравоохранения РФ от 30.09.2013 N677 и определяет приоритетные задачи в сфере формирования здорового образа жизни у населения РФ на долгосрочную перспективу.

Реализация Стратегии предполагает решение следующих проблем:

- высокая распространенность основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди населения РФ;
- низкий уровень информированности населения РФ об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний;
- недостаточная мотивация населения РФ к ведению здорового образа жизни;
- низкая доступность медицинской помощи по диагностике и коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Основные принципы реализации Стратегии предусматривают:

- реализацию мероприятий на федеральном, региональном и муниципальном уровнях;
- направленность мероприятий Стратегии на снижение распространенности всех основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний;
- реализацию мероприятий Стратегии во взаимодействии с общественными организациями и бизнес-сообществом;
- направленность мероприятий Стратегии на все возрастные и социальные группы населения;
- повышение доступности медицинской помощи по диагностике и коррекции основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ;
- информирование граждан РФ об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний и о существующих возможностях по их коррекции;
- мотивирование граждан РФ к ведению здорового образа жизни;
- усиление профилактического компонента в здравоохранении.

Основной целью Стратегии является снижение заболеваемости и смертности населения РФ за счет снижения распространенности основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни у населения.

Основными задачами Стратегии являются:

Задача 1. Информирование населения РФ об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний, а также существующих возможностях для их диагностики и коррекции.

Задача 2. Обеспечение доступности медицинской помощи по диагностике и коррекции основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Задача 3. Снижение потребления алкоголя и табака среди населения РФ.

Задача 4. Предупреждение и снижение уровня немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Задача 5. Повышение уровня физической активности, приверженности рациональному питанию, снижение уровня психоэмоциональной нагрузки у населения РФ.

Основные этапы реализации Стратегии.

1. Этап (2014 - 2015 годы) предусматривает:

- реализацию комплексных мероприятий по информированию населения об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний, воспитанию приверженности к здоровому образу жизни;
- мероприятия по организации взаимодействия с общественными и религиозными организациями, бизнес-сообществом, за исключением табачных компаний;

— мероприятия по повышению доступности медицинской помощи по диагностике и коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

2. Этап (2015-2020 годы) предусматривает:

— обеспечение дальнейшего снижения заболеваемости и смертности населения РФ за счет разработки и внедрения новых специальных технологий мотивации населения к ведению здорового образа жизни, в том числе направленных на отдельные половозрастные и социальные группы населения:

— внедрение комплексных информационных и образовательных программ по вопросам здорового образа жизни для различных категорий граждан;

— разработку и обеспечение реализации механизмов мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни;

— разработку и обеспечение реализации механизмов мотивирования работодателей к обеспечению условий для формирования здорового образа жизни у работников.

В результате реализации Стратегии ожидается:

— повышение информированности населения РФ об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний, а также о существующих возможностях для их диагностики и коррекции;

— формирование и эффективное функционирование сети медицинских организаций (и их подразделений), оказывающих первичную медико-санитарную помощь по диагностике и коррекции основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у населения РФ;

— снижение уровня потребления алкоголя и распространенности потребления табака, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, распространенности других факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди населения РФ;

— снижение показателей заболеваемости и смертности населения РФ по причине хронических неинфекционных заболеваний.

Финансирование мероприятий Стратегии осуществляется в рамках бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, а также за счет привлеченных средств внебюджетных источников.

По итогам реализации первого этапа Стратегии в 2016 году планируется уточнение источников и механизмов финансирования второго этапа, что потребует дополнительного рассмотрения этого вопроса.

Координатором реализации Стратегии является Министерство здравоохранения РФ.

Участие органов государственной власти субъектов РФ в реализации настоящей Стратегии будет осуществляться в рамках реализации предусмотренных полномочий субъектов РФ в сфере здравоохранения.

Особое внимание будет уделено информационной и методической поддержке реализации Стратегии в субъектах РФ.

Необходимым условием реализации Стратегии является всестороннее публичное обсуждение и информирование общественных организаций, пациентских сообществ, экспертного сообщества о:

— целях, задачах и приоритетных направлениях Стратегии и механизмах их достижения;

— решениях и действиях, принимаемых государственными органами власти для реализации Стратегии;

— ходе и результатах реализации Стратегии.

Эффективная реализация Стратегии предполагает мониторинг достижения целевых показателей Стратегии, анализ влияния социально-экономических факторов на реализацию Стратегии в целях возможной корректировки мероприятий Стратегии.

Формирование системы эффективного взаимодействия заинтересованных федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ и общественных организаций позволит добиться скоординированных действий в реализации мероприятий Стратегии.

Белова, Н. Болезнь цивилизации [Текст] / Н. Белова // Самарская газета. – 2014. – 8 февр. (№13). – С. 61.

Во Всемирный день борьбы против рака Самарский областной онкологический диспансер предложил посетителям задуматься о своем здоровье

Четвертого февраля, пациенты и посетители онкодиспансера смогли измерить свой вес, проверить артериальное давление и на основании полученных результатов получить бесплатную консультацию врача-диетолога Ксении Назаровой. Сегодня онкологи уверены, что неправильное и нерациональное питание и избыточная масса тела являются не последним фактором развития онкологических заболеваний. Диетотерапия раковых новообразований, по мнению большинства специалистов, является одним из наиболее эффективных терапевтических, направлений.

Другим диагностическим обследованием стала спирометрия (исследование функции внешнего дыхания), рекомендации по которой дали врачи-онкологи Матвей Толстое и Евгений Неретин.

Все медицинские обследования сопровождались трансляцией видеороликов и фильмов, а студенты медицинского колледжа раздавали всем посетителям красочные брошюры и буклеты, значки, ручки и блокноты с информацией о факторах риска и методах профилактики онкологических заболеваний.

Научиться жить и бороться с этой болезнью помогает пациентам самарская общественная организация профилактики и помощи онкологическим больным «Сила жизни», которую возглавляет Наталья Карпова. При поддержке специалистов-онкологов Самарского онкодиспансера вот уже пять лет здесь регулярно проходят «Школы пациентов» с привлечением юристов, психологов из Москвы и Санкт-Петербурга. На этих встречах пациенты задают вопросы по качеству и доступности медицинской помощи и лекарственному обеспечению для онкологических пациентов, консультируются со специалистами.

Уважаемые коллеги!

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

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 19.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье - выходной день

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

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

☎ тел./факс: (846) 372-39-38 – отдел комплектования и библиотечной обработки

✉ miac@medlan.samara.ru

✉ sonmb@inbox.ru

Обособленное подразделение областной научной медицинской библиотеки МИАЦ (в здании ГБУЗ СО «Чапаевская центральная городская больница»)

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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота, воскресенье - выходные дни

☎ (84639) 2-49-26

✉ biblchap@yandex.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>