

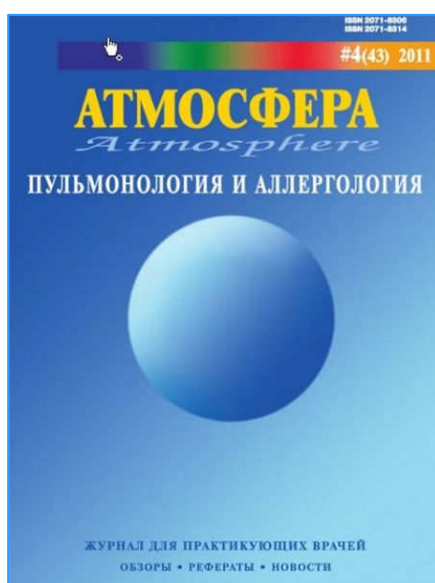


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 4 (апрель), 2014



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	19
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	22

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Щеглов, К. Совещение в Кремле [Текст] / К. Щеглов // Медицинская газета. – 2014. – 14 марта (№ 19). – С. 4.

В статье представлен материал о совещании, которое провел Президент РФ Владимир Путин в Кремле, посвященное вопросам развития системы здравоохранения. В ходе совещания обсуждалась реализация поручений главы государства по повышению доступности и качества медицинской помощи.

В совещании приняли участие заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, помощник Президента РФ Андрей Белоусов, министр здравоохранения Вероника Скворцова и министр финансов Антон Силуанов.

Первое, на что обратил внимание Президент РФ, – структурная модернизация отрасли. Эти меры, подчеркнул он, «ведут к сокращению издержек избыточных, нам не нужных в системе здравоохранения и, в конечном счёте, к повышению доступности и качества медицинских услуг для граждан Российской Федерации».

Сегодня все 12 центров высоких медицинских технологий вошли в рабочий ритм. Здесь сформированы хорошие, если не сказать отличные, команды специалистов, собирали их по всей стране, возвращали из-за границы. Только в прошлом году они провели свыше 50 тыс. высокотехнологичных операций. Всего же в целом по стране было сделано свыше 505 тыс. таких операций.

Участникам январского совещания у главы государства было дано поручение – разработать план поэтапной, пошаговой реструктуризации объёмов медпомощи, установления чётких целевых показателей и т.д. «И главное, – отметил В. Путин – необходимо тщательно продумать, как такой план будет реализовываться с учётом того, что значительный объём компетенций – если не сказать, вся компетенция – лежит на уровне регионов Российской Федерации».

В этой связи правительство, Министерство здравоохранения должны ставить перед субъектами РФ понятные и достижимые, что самое главное, цели. Очень важно, чтобы в регионах понимали, что нужно делать, как надо делать, что такое модернизация лечебных учреждений; должны уметь грамотно, доходчиво объяснять и сотрудникам этих медицинских учреждений и, что самое главное, пациентам смысл каждого шага, каждого действия. И, разумеется, на каждом уровне люди должны нести ответственность за то, что они делают».

Вторая позиция, которая за последний месяц обсуждалась у Президента уже дважды, – деятельность федеральных медицинских центров, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь. Объёмы её, считает В. Путин, не только не должны сокращаться, а должны увеличиваться.

Крупные лечебно-научные центры, которые создавались десятилетиями, куда приезжают лечиться граждане со всей страны, должны остаться на федеральном уровне.

Хотя возможна и их передача на региональный уровень, полагает В. Путин. «Но всё это должно быть проанализировано, и должны быть приняты взвешенные решения с учётом специфики этих учреждений, объёма той помощи, которую они оказывают, географии и, что самое важное, и возможности регионов, если министерство примет решение что-то передать на уровень регионов»

Говоря о высокотехнологичной медицинской помощи, глава государства остановился на медицинском обеспечении жителей закрытых административно-территориальных образований. По его словам, «люди, проживающие там и зачастую работающие в особых условиях, требуют такого же особого и внимательного к ним отношения, в том числе и от органов, которые отвечают за их полноценное медицинское обслуживание». Между тем в некоторых из ЗТО далеко не всё складывается благополучно, поэтому В. Путин поручил представить ему предложения по решению этой проблемы.

Наконец, необходимо ещё раз обсудить порядок финансирования федеральных медицинских учреждений. Президент предложил ещё раз вернуться к этому на очередном совещании с членами Правительства РФ.

Итак, несмотря на то, что в 2013 г. модернизация отрасли официально завершилась, работа по развитию здравоохранения – этой одной из самых чувствительных сфер нашей жизни – будет продолжена. Цель остаётся прежней – доступность и качество медицинской помощи.

Агеев, С. Н. Современные информационные системы и модернизация здравоохранения [Текст] / С. Н. Агеев, А. В. Кондрашкин // Экономист лечебного учреждения. – 2014. – № 4. – С. 10-15.

В данной статье представлены итоги информатизации здравоохранения в рамках программы модернизации здравоохранения в Рязанской области.

Одной из основных задач программы модернизации здравоохранения Российской Федерации является внедрение современных информационных технологий и медицинских информационных систем. Закончился очередной период становления системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Дальнейшее развитие должно осуществляться в направлении интенсификации деятельности, планомерного повышения эффективности использования имеющихся ресурсов и повышения качества услуг.

Достижение главной цели системы ОМС на современном этапе – реализация государственной политики по безусловному обеспечению гарантий на бесплатное оказание населению медицинской помощи за счет эффективного использования имеющихся ресурсов при одновременном расширении доступности и повышении качества медицинского обслуживания, возможно только при условии широкого внедрения новых информационных медицинских технологий. Сложность внедрения последних заключается в необходимости сбора и обработки огромных массивов медицинской и экономической информации, используемой в анализе, при прогнозировании, проведении работ по оптимизации расходов на оплату медицинской помощи, оказанной населению региона.

На федеральном уровне в сфере здравоохранения проводится важная работа по созданию единой информационной системы. В рамках создания такой системы во всех субъектах Российской Федерации повышается техническая оснащенность медицинских организаций (МО). Для этого необходимо приобретение компьютерного оборудования, организация локальных вычислительных сетей в медицинских организациях, обеспечение их современными защищенными каналами связи для взаимодействия с федеральным центром, территориальными фондами ОМС, страховыми медицинскими организациями и, конечно же, друг с другом – для обеспечения «межучрежденческого» взаимодействия.

Информатизация была и остается важнейшей составной частью процесса становления и развития системы ОМС. На начальном этапе в информатизации ОМС в основном делалась ставка на организацию оперативного сбора данных, автоматизацию рутинных учетных бухгалтерских и статистических задач деятельности медицинских организаций, обеспечения взаиморасчетов между субъектами и участниками ОМС.

С целью повышения доступности медицинской помощи развитие информатизации должно осуществляться за счет следующих основных сервисов: ведение электронной медицинской карты, электронная запись к врачу, ведение единого регистра медицинских работников, ведение электронного паспорта медицинской организации, ведение единого регистра застрахованных, ведение единого регистра оказанной медицинской помощи.

В настоящее время в Рязанской области успешно развиваются и реализуются мероприятия, направленные на создание единого информационного пространства. В рамках реализации мероприятий долгосрочной целевой программы «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011-2012 годы» (далее – Программа) в части поставленных задач по внедрению современных информационных систем в здравоохранении для медицинских организаций приобретено 2978 единиц компьютерного, периферийного и активного сетевого оборудования, смонтированы локальные вычислительные сети, сформировано единое защищенное информационное пространство на основе защищенных VipNet-сетей.

Внедряется программное обеспечение:

- медицинской информационной системы для персонифицированного учета оказанной медицинской помощи;
- медицинской информационной системы для записи на прием к врачу в электронном виде;
- ведения системы электронного документооборота и видео-конференц-связи;
- для учета административной и хозяйственной деятельности: кадровый учет, электронный паспорт, учет заключенных контрактов и договоров.

Основным недостатком развития информатизации здравоохранения в регионе в настоящее время, является отсутствие централизованного управления субъектами и участниками системы ОМС, что приводит к разобщенности и дублированию процессов информатизации, нерациональному расходованию средств.

Ряд программных продуктов не соответствует современным техническим требованиям. Необходимо срочное решение вопросов, связанных с выравниванием технических возможностей медицинских организаций, укомплектованием информационных служб квалифицированными кадрами. В последнее время предпринимаются некоторые шаги, например, создан координационный совет по информатизации здравоохранения с участием сотрудников ТФОМС, представителей Минздрава Рязанской области и медицинских организаций, где обсуждаются вопросы взаимодействия участников и субъектов системы ОМС, результаты внедрения «пилотных» проектов и медицинских информационных систем (МИС) в медорганизациях области.

Определяющим фактором интеграции в единое информационное пространство различных информационных систем и ресурсов является обеспечение должного уровня информационной безопасности для каждого субъекта и участника системы ОМС.

В настоящее время в регионе для обеспечения информационной безопасности решаются следующие вопросы:

- организации онлайн-системы приема отчетов по Федеральной программе модернизации здравоохранения на 2011-2014 гг.;
- создание при поддержке Рязанского филиала «ФГУП ЦентрИнформ» корпоративной защищенной сети передачи данных на базе программного комплекса VipNet;
- модернизация и совершенствование технической инфраструктуры ТФОМС Рязанской области;
- оказание методической и практической помощи СМО и МО по вопросам организации защиты информационных ресурсов и информационных технологий.

Защита информации в сфере ОМС в последние годы организуется в соответствии с Концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования на период 2011-2015 гг., Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации по защите информации.

Информационные ресурсы системы здравоохранения и ОМС региона включают несколько баз данных. Информационная служба ТФОМС формирует региональный сегмент (регистр) застрахованных Рязанской области и осуществляет обмен данными о застрахованных с Федеральным сегментом (ИС ЕРЗ ОМС), ведутся паспорта медицинских организаций, паспорта СМО, регистр врачей и медицинского персонала, регистр оказанной медицинской помощи, справочник тарифов за оказанную медицинскую помощь.

Осуществляется информационное взаимодействие между ТФОМС Рязанской области и отделением Пенсионного фонда России по обмену сведениями о работающих застрахованных лицах в целях обеспечения персонифицированного учета информации о застрахованных лицах в сфере ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

По защищенным каналам связи осуществляется доступ медицинских организаций к региональному сегменту застрахованных, что значительно облегчает их работу по определению страховой принадлежности застрахованного пациента. Это, с одной стороны, способствует своевременному предъявлению в установленную СМО счета на оплату за оказанную медицинскую помощь, а с другой – предотвращает применение СМО штрафных санкций к медицинской организации.

В ТФОМС Рязанской области разработан и внедрен в медицинских организациях программный комплекс, автоматизирующий задачи ввода первичной информации о случаях оказания медицинской помощи, расчет стоимости, формирование счетов для предоставления в ТФОМС и СМО. Осуществляется постоянное совершенствование данного комплекса и поддержка пользователей по Интернет. В дальнейшем в плане обмена информацией, ТФОМС планируется развитие интернет-технологий и систем управления удаленными базами данных в среде WEB, которое демонстрирует эффективность создания корпоративных баз данных.

В целях совершенствования экспертизы качества медицинской помощи в ТФОМС Рязанской области внедрен в эксплуатацию программный комплекс «Экспертиза качества медицинской помощи», позволяющий формировать в разрезе медицинских организаций заявки на проверку представленных счетов: на медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, а также проводить СМО повторную экспертизу счетов и реестров пролеченных больных.

На федеральном уровне внедрена многоуровневая унифицированная система для сбора и обработки информации (УСОИ-М), с помощью которой обеспечивается сбор отчетной информации от ТФОМС по каналам связи и ее обработка в Федеральном фонде ОМС.

В части работы ТФОМС Рязанской области над клинико-статистическими группами болезней (далее – КСГ) подготовлена первая версия программного обеспечения для формирования, хранения, анализа и обработки КСГ. Программное обеспечение адаптировано под региональные особенности КСГ, обеспечено взаимодействие с уже используемыми программными комплексами. Осуществляется информационное и методологическое сопровождение создания, формирования и учета КСГ.

В ТФОМС Рязанской области функционирует официальный сайт www.tfoms-rzn.ru, на котором размещены необходимые сведения о фонде и его работе, история создания и развития системы ОМС в Рязанской области. Также на сайте представлена справочная информация с регистрами медицинских организаций и СМО, работающими в системе ОМС Рязанской области. Все необходимые для работы федеральные и правовые нормативные документы размещаются на сайте по вступлении в силу.

Сапрыкина, В. В. Методика проведения информатизации ЛПУ [Текст] / В. В. Сапрыкина, А. А. Алмазов // Здравоохранение. – 2014. – № 3. – С. 34-41.

В статье речь идет об автоматизации медицинских организаций.

До начала процесса автоматизации необходимо решить целый ряд базовых вопросов: таких как укомплектованность персоналом, повышение его мотивации, инфраструктурное обеспечение лечебно-диагностического процесса, организация работы финансово-экономической и материально-технической служб и др.

Нужно описать основные правила работы организации, создать необходимые регламенты, назначить ответственных лиц и определить зоны их ответственности, установить правила внесения записей в информационные системы. Все это является основой для проведения автоматизации.

Успешная автоматизация возможна только при совместном участии в этом процессе команды внедрения со стороны поставщиков информационных систем и рабочей группы со стороны медицинской организации. Причем для получения результатов, действительно соответствующих стратегическим целям организации, требуется деятельное участие в процессе руководителей и ведущих медицинских специалистов.

Почему IT-подразделение медицинской организации не может выступать «двигателем» и ключевой фигурой автоматизации? Теоретически, оно может быть таковым. В то же время, IT-специалисты не всегда имеют достаточный авторитет у медицинского персонала, поскольку часто:

- не участвуют в формировании стратегии развития организации;
- не разбираются в особенностях лечебно-диагностического, организационного и обеспечивающего процессов;
- выбирают IT-инструментарий, не задумываясь о конечной цели автоматизации (забывая, что не цель зависит от инструмента, а инструмент от цели). Нужно помнить, что задача состоит не в том, чтобы внедрить программное обеспечение, а в том, чтобы улучшить рабочий процесс.

На уровне IT-специалиста невозможно принять решение об изменении рабочих процессов работы – для этого нужен медицинский специалист, относящийся к числу высших руководителей и консенсус с руководителями сервисных служб. IT-специалисты обязательно должны принимать участие в проекте в составе рабочей группы.

Поскольку цели автоматизации должны совпадать со стратегией развития организации, необходимо сформировать общую архитектуру комплексной информационной системы. В ней должны быть прописаны все потоки данных с учетом планируемых изменений и уже используемых информационных систем.

Создание общей архитектуры не означает, что надо будет внедрять все одновременно. Однако системный комплексный подход позволяет исключить (или минимизировать) двойной ввод данных, закрепляет логику решений, создает возможность модульного внедрения новых и интеграции (или постепенного вывода из эксплуатации) уже существующих IT-решений.

Внедрить что-нибудь быстро, подразумевая, что наспех сделанное придется потом переделывать – пустая трата ресурсов. Кроме того, при любой переделке придется решать, как поступить с уже имеющимися данными, тратить время на очередное переучивание персонала и нести прочие непроизводительные издержки.

В любом случае необходимо завершить процесс внедрения очередного блока и не приступать к следующему, не сформировав четкое представление по поводу источников финансирования и свободных ресурсов. Планируя любое очередное внедрение, необходимо сразу закладывать средства на его поддержку и развитие.

Определившись с архитектурой системы и объемом работ на ближайшую перспективу, стоит обратить внимание на организационную составляющую.

Следует определить:

- круг лиц, принимающих решения (далее – ЛПР);
- состав рабочей группы и ответственность ее членов в рамках проекта;
- круг лиц, привлекаемых к проекту, степень их вовлеченности и обязанности;
- утвердить план-график работ.

Однако эти меры останутся лишь формальностью, если со стороны медицинской организации не будет выделен авторитетный ответственный представитель, осознающий важность происходящего и способный обеспечить контроль над выполнением всего, что предусмотрено приказами и планом работ. Это должно быть лицо, имеющее не только формальную должность, но и авторитет среди сотрудников организации, руководитель, знающий принципы деятельности организации, к мнению которого прислушиваются и рядовые сотрудники, и другие руководители. Такой человек нужен начиная с первого этапа работы - при обследовании и описании рабочих процессов учреждения.

Для успешной реализации проекта необходимо постоянно поддерживать обратную связь с пользователями системы.

Из каких этапов может состоять проект? Основные укрупненные блоки:

1. Обследование состояния рабочих процессов.

В зависимости от того, какие блоки автоматизируются, необходимо описать определенные рабочие процессы (порядок и правила работы, информационные потоки, взаимодействие врачей и пациентов, документооборот). Причем, помимо определенного процесса работы (например, записи к врачу), нужно обследовать смежные процессы.

2. Описание текущих процессов, формализованное структурирование записи результатов обследования и анализ результатов обследования, обсуждение и утверждение корректности зафиксированного.

3. Частичный реинжиниринг процессов работы.

В ходе анализа можно выявить неоптимальные процессы, обусловленные ограничениями, которые когда-то существовали и будут изменены (оптимизированы) в результате предстоящей автоматизации. Такие процессы необходимо пересмотреть, на данном этапе требуется активное включение в работу специалистов медицинской организации.

4. Адаптация программного обеспечения.

По сути, это настройка программного обеспечения в соответствии с рабочими процессами организации. В ходе адаптации будут настроены и согласованы экранные формы, состав справочников, интеграция, мастер-базы и пр.

5. Работа с данными (перенос данных из старых систем, первичное наполнение справочников).

6. Обучение пользователей системы и тех, кто будет осуществлять сопровождение и поддержку систем.

В процессе обучения выявляются новые задачи по настройке и оптимизации адаптируемого программного обеспечения (при этом нельзя выходить за рамки технического задания).

7. Опытная эксплуатация системы.

Это процесс имитации деятельности МО в настроенной и адаптированной системе для выявления недостатков и недоработок, в котором активно участвуют сотрудники организации. Все предложения по доработке и исправлению ошибок должны фиксироваться и подвергаться анализу. Спорные моменты (кроме явных ошибок) следует обсуждать на заседании рабочей группы – то есть, необходима обработка запросов на изменение функционала.

8. Настройка системы по результатам опытной эксплуатации, реализация согласованных запросов на изменение.

9. Перевод системы в промышленную эксплуатацию.

Это начало использования системы в ежедневном рабочем процессе всеми сотрудниками учреждения, имеющими отношение к внедренному процессу. К данному моменту сотрудники должны быть обучены. Также должно быть обучено и готово к работе подразделение, отвечающее за поддержку систем. Возникающие ошибки следует передавать разработчикам в рамках предоставления технической поддержки и гарантии, но «точка входа и выхода информации» должна быть единой.

При выборе системы следует учитывать базовые принципы, которыми нужно руководствоваться при выборе решений:

– *Модульность.* Внедряемая система должна состоять из различных изолированных модулей, интегрированных между собой в единое информационное пространство. Это позволит внедрять систему поочередно, при необходимости заменять тот или иной модуль на более перспективные разработки. Информационные системы предприятия, реализованные по модульному принципу, являются более гибкими в настройке и адаптации;

– *Надежность.* Система должна быть надежной, строиться на базе проверенных платформ и систем управления базами данных (далее - СУБД), обеспечивающих сохранность и целостность информации, простоту интеграции и доработки;

– *Стоимость эксплуатации.* Система должна работать на общеиспользуемых решениях, максимально открытых платформах и СУБД. Это снизит стоимость эксплуатации, риски и потери, связанные с ее простым из-за невозможности своевременной настройки при изменении рабочих процессов;

– *Стандартизация и унификация.* Система должна быть выстроена по общепринятым стандартам, протоколам, профилям и принципам интеграции и передачи информации;

– *Эффективность.* Нужно найти разумный баланс между затратами на внедрение информационных систем и эффектом от их функционирования. Существует проблема, связанная с действующим законодательством о закупках для государственных и муниципальных нужд. Не всегда удается выбрать поставщика, готового к конструктивной работе над сложным проектом, что снижает шансы на получение задуманного результата.

Роботы ответят за пациентов. Симуляционные центры повышают качество медицинской помощи [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2014. – № 3. – С. 63.

В госпрограмме «Развитие здравоохранения» поставлена задача резко повысить качество медпомощи, которое в немалой степени зависит от качества профессионального образования.

Одним из инструментов достижения этой цели должны стать симуляционные центры при медицинских вузах и средних учебных заведениях, до 2020 года их должно быть создано 80. Симуляционное обучение позволяет сократить время и повысить эффективность подготовки специалистов.

Уже сегодня такие центры начали работать в разных регионах страны. Недавно первый центр для подготовки и переподготовки среднего медицинского персонала открылся в столице. На роботах-симуляторах будут обучать медицинских сестер не только сложным манипуляциям,

например кормлению больных через зонд, катетеризации мочевого пузыря, всех видов инъекций, но и процедурам ухода за взрослыми пациентами и детьми. Роботы полностью имитируют поведение пациентов – отвечают на вопросы медсестры, реагируют на ее действия.

Схема обучения основана на принципе "делай как я". Преподаватель сначала демонстрирует медсестрам правильное выполнение манипуляций, после чего обучаемые повторяют их под видеозапись. Затем проводится полный разбор действий каждой сестры с обсуждением ошибок. Так закрепляется правильный алгоритм действий в каждой конкретной ситуации.

Сестринские симуляционные центры уже работают в медучилищах Томска, Ульяновской области, отделения для подготовки медсестер есть и во многих центрах при вузах. Набор роботов для подготовки врачей значительно разнообразнее, сами они гораздо сложнее и позволяют формировать навыки диагностики и лечения - у них может изменяться ритм сердцебиения, они способны "разговаривать" с обучаемыми, рассказывая о своих ощущениях и переживаниях, имитировать реакции на воздействие и т.д. Управляет роботами с помощью специального пульта оператор, который действует синхронно с преподавателем.

Так, многопрофильный симуляционный коучинг-центр Первого МГМУ им. Сеченова служит для отработки врачебных практических навыков как самостоятельно, так и в группе. По сути, многопрофильную больницу на тысячу коек здесь "уместили" в 27 залов. Конечно, в центре нет административных помещений, столовой и прачечной, зато есть приемное отделение, операционные, реанимация и даже "место ДТП" и симулятор автомобиля "скорой помощи". В рамках заданного сценария можно отработать и довести до автоматизма действия всей цепочки специалистов. Степень реалистичности такова, что на "месте происшествия" может имитироваться дым, звуки сирены и крики пострадавших, а любое врачебное воздействие может иметь как положительный, так и негативный результат. В этом случае специальная программа-симулятор остановится и предложит повторить попытку. В симуляционных центрах любые врачебные и сестринские манипуляции - будь то родовспоможение, педиатрия, кардиология или реанимация - производятся на реалистичных манекенах-роботах и настоящими инструментами. При необходимости в полной мере используется 3D-визуализация. Студент отрабатывает ориентацию в виртуальном пространстве, "ставит руку", а преподаватель контролирует, тестирует и направляет правильность действий. В такой виртуальной операционной можно готовить хирургов, травматологов, гинекологов, урологов и специалистов любых других профилей. Подготовка практически означает самостоятельный допуск к больному.

Столбов, А. П. Новые требования к организации обработки персональных данных в медицинском учреждении [Текст] / А. П. Столбов // Здравоохранение. – 2014. – № 3. – С. 42-51.

В статье рассмотрен перечень основных мероприятий, которые должны быть выполнены медицинской организацией как оператором персональных данных, с учетом изменений, внесенных в 2013 г. в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Основы) и в Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон об ОМС).

Назначение ответственного за организацию обработки персональных данных

Медицинская организация как оператор персональных данных должна назначить ответственного за организацию обработки персональных данных (ст. 22.1 Закона), который обязан:

- а) доводить до сведения работников требования законодательства и иных нормативных документов, регламентирующих процессы обработки персональных данных;
- б) осуществлять внутренний контроль за соблюдением требований по их обработке;
- в) организовывать прием и обработку обращений субъектов персональных данных - пациентов и работников (ст. 14, 18, 20 Закона); ответ субъекту должен быть дан в течение 30 дней (ст. 20 Закона).

Ответственный за обработку персональных данных получает указания непосредственно от руководства медицинской организации и подотчетен только ему, то есть это лицо, которое: имеет достаточно высокий должностной статус; хорошо знает и понимает рабочие процессы, логистику потоков документов и персональных данных в организации; имеет необходимые компетенции в правовых вопросах - знает права и обязанности оператора и субъектов персональных данных.

Процесс создания системы защиты информации

Создание системы защиты информации в ИС предполагает выполнение целого комплекса взаимосвязанных организационных и технических мероприятий, направленных на предотвращение потери, искажения и несанкционированного доступа к документам, базам данных, программным и техническим средствам ИС.

Для создания комплексной системы защиты информации в ИС целесообразно привлекать специализированные организации, имеющие лицензии Федеральной службы по техническому и экспортному контролю (ФСТЭК) на осуществление деятельности по технической защите конфиденциальной информации и Федеральной службы безопасности (ФСБ) на оказание услуг в области шифрования информации

Сведения, необходимые для размещения на сайте МО

Медицинской организации необходимо опубликовать на своем сайте в сети Интернет:

— документы, определяющие политику медицинской организации (оператора) в отношении обработки персональных данных и реализации требований к их защите (ст. 18.1 Закона);

— сведения о медицинских работниках – Ф. И. О., должность, образование, квалификация (ст. 21, 79 Основ); специального согласия работников на публикацию указанных персональных данных не требуется.

Направление уведомления в Роскомнадзор

Медицинское учреждение должно направить уведомление об обработке ПДн (ст. 22 Закона) в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор, www.rsoc.ru) - уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных, осуществляющий надзор и контроль за соответствием обработки ПДн требованиям Закона, - который ведет реестр операторов (ст. 23 Закона). Форма уведомления утверждена приказом Роскомнадзора от 19.08.2012 № 706\ регламент ведения реестра, в т. ч. исключения операторов из реестра, - приказом Минкомсвязи России от 21.12.2011 № 346. В уведомлении должны быть указаны Ф. И. О., должность и контактные реквизиты ответственного за организацию обработки персональных данных.

Медицинская организация не обязана подавать указанное уведомление, если персональные данные (см. ч. 2 ст. 22 Закона):

- обрабатываются без использования средств автоматизации (компьютеров);
- никому не передаются без согласия пациента, например при оказании платных медицинских услуг по договору;
- обрабатываются и передаются только в ИС, имеющие статус государственных информационных систем, например, только в территориальный фонд ОМС, медицинский информационно-аналитический центр или орган управления здравоохранением.

Организация получения, учета и хранения письменного согласия

Медицинскому учреждению необходимо организовать процесс получения, учета и хранения письменного согласия субъектов – работников и пациентов – на обработку ПДн, в т. ч. на их предоставление (передачу) кому-либо в необходимых случаях (ст. 6, 9,10 Закона, ст. 13 Основ). Отметим, что оформление согласия медицинского работника на передачу его персональных данных органам управления здравоохранением или уполномоченным ими организациям для ведения федерального регистра медицинских и фармацевтических работников не требуется, поскольку это предусмотрено ст. 91,92, 93 Основ.

Согласие пациента на передачу персональных данных, содержащих сведения, относящиеся к врачебной тайне, не требуется, если:

а) медицинская помощь оказывается по программе ОМС и данные передаются только в территориальный фонд ОМС и страховую медицинскую организацию, что предусмотрено ст. 34, 38, 39, 43, 44 и 48 Закона об ОМС;

б) передача осуществляется в случаях, предусмотренных ч. 4 ст. 13 Основ;

Письменное согласие пациента на передачу его персональных данных требуется в случаях, когда:

а) медицинская помощь оказывается за плату или по ДМС и данные передаются третьим лицам, не являющимися медицинскими организациями, например, в страховую компанию или страхователю, если им не является сам пациент или его законный представитель; как правило, согласие на это включается в текст договора;

б) информация о состоянии его здоровья передается лицам, указанным самим пациентом или его законным представителем при оформлении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

в) осуществляется трансграничная передача персональных данных пациента (ст. 12 Закона), например, при осуществлении телемедицинских консультаций, в страны, не являющиеся сторонами Конвенции Совета Европы по защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных или не включенные в перечень иностранных государств, обеспечивающих адекватную защиту прав субъектов персональных данных, утверждаемый Роскомнадзором (см. приказ Роскомнадзора от 15.03.2013 № 274).

Во всех случаях, когда принятие клинических решений врачом осуществляется исключительно на основе данных, представленных в электронном виде (например, в электронной медицинской карте пациента), на это необходимо письменное согласие пациента или его законного представителя (ст. 16 Закона).

В случаях, когда пациент отказывается предоставить свои персональные данные, необходимо разъяснить ему юридические последствия отказа (часть 2 ст. 18 Закона), в частности:

а) возможность получения медицинской помощи анонимно только за плату, за исключением случаев оказания экстренной или неотложной помощи (ст. 84 Основ) и обследования на ВИЧ в государственных и муниципальных учреждениях (ст. 4 Федерального закона от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;

б) практическую невозможность предъявления претензий по поводу качества лечения, в т. ч. через суд, поскольку процедурно сложной становится персонализация и аутентификация медицинской документации, оформленной на анонима (об этом пациент должен быть предупрежден во всех случаях анонимного обращения за медицинской помощью).

Приведенный в статье перечень не исчерпывает всего множества мероприятий по организации обработки и защиты персональных данных, которые должны выполняться в медицинском учреждении. В частности, не рассмотрены вопросы оценки возможного вреда пациенту в случае утечки его персональных данных (ст. 18.1 Закона), оценки эффективности системы защиты (ст. 19 Закона), особенности применения «облачных» технологий и аутсорсинга обработки персональных данных.

Фисенко, В. С. Результаты контрольной деятельности Росздравнадзора по вопросам диспансеризации различных групп населения [Текст] / В. С. Фисенко, Н. И. Рогинко, Г. В. Третьяков // Вестник Росздравнадзора. – 2014. – № 1. – С. 54-56.

В статье приводятся результаты деятельности Росздравнадзора по вопросам диспансеризации в регионах.

Диспансеризации и профилактические осмотры играют ключевую роль в раннем выявлении заболеваний. Они являются одной из основ своевременного начала лечения, которое можно осуществлять на амбулаторном этапе без использования резервов скорой помощи и стационарного звена здравоохранения.

Территориальными органами Росздравнадзора в июле 2013 г. проведены внеплановые проверки органов управления здравоохранением субъектов РФ по вопросам контроля и надзора

за соблюдением прав граждан в сфере охраны здоровья при проведении медицинских осмотров и диспансеризации.

Проведенные проверки подтвердили состояние организационной готовности регионов для исполнения в полном объеме плана диспансеризации, а также доказали необходимость коррекции плановых показателей на второе полугодие 2013 г.

Контрольные мероприятия показали низкий уровень подготовительных мероприятий со стороны региональных властей по ряду субъектов РФ, начиная с отсутствия лицензий у медицинских организаций.

Так, по состоянию на 26.07.2013 в регионах РФ имеют лицензию в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.05.2013 №121н на работу (услугу) – медицинские осмотры профилактические 1 906 медицинских организаций (50%). По состоянию на 13 сентября 2013 г. лицензии предоставлены или переоформлены 3 855 организациям. Завершена процедура лицензирования в 47 субъектах РФ (57%). Наиболее низкие показатели в Ямало-Ненецком АО (8%).

Показатели ниже 50 % от необходимого количества медицинских организаций, которым следует получить/переоформить лицензию в 8 субъектах РФ: Оренбургской, Магаданской областях, республиках Чеченской, Саха (Якутия), Северная Осетия - Алания, Камчатском и Приморском краях.

В 43 региона РФ были направлены правительственные телеграммы на имя глав республик и губернаторов с целью ускорения проведения лицензирования медицинских организаций, оказывающих услуги по диспансеризации и профилактическим осмотрам. Данный факт говорит о том, что на уровне региона не была своевременно проведена подготовительная работа, не были учтены требования нормативной документации, не была проведена оценка условий выполнения поставленных задач в части диспансеризации.

На середину сентября 2013 г. фактическое количество граждан, прошедших диспансеризацию, составило 8 млн. 300 тыс. человек, что составило всего 36% от запланированного объема, фактическое количество участвующих медицинских организаций составило 94% от запланированного. При этом процент выполнения плана по диспансеризации крайне разнороден и колеблется от 1,5 до 89%. К примеру, в пределах Центрального федерального округа разброс составляет от 5 до 89%, что еще раз подтверждает разный уровень организационной готовности в регионах.

Также Росздравнадзором в соответствии с планом первоочередных мероприятий до 2014 г. по реализации важнейших положений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 г., постановлением Правительства Российской Федерации от 14.02.2013 №116 осуществляется контроль за проведением диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в т. ч. усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью.

По результатам проверок хода диспансеризации различных групп населения в регионах выявлены следующие замечания:

- отсутствует утвержденный план проведения диспансеризации;
- не приняты меры по привлечению населения к прохождению диспансеризации и, следовательно, обеспечению достижения плановых показателей охвата населения мероприятиями по диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2013 г.;
- фактическое количество медицинских организаций, участвующих в диспансеризации, меньше запланированного;
- не завершен процесс лицензирования медицинской деятельности, предусматривающей работы (услуги) по «медицинским осмотрам профилактическим» в медицинских организациях, участвующих в диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- неправильно рассчитан плановый объем диспансеризации;
- отсутствует ведомственный контроль за диспансеризацией определенных групп взрослого населения;
- штаты кабинетов и отделений медицинской профилактики не укомплектованы врачами и необходимым оборудованием;

- имеет место неправильная оценка результатов анкетирования пациентов и трактовки результатов анализов;
- проведение неполного объема диагностического и лабораторного обследования;
- отмечены случаи неправильного определения групп и, следовательно, необоснованного направления на второй этап диспансеризации.

Таким образом, имеющиеся проблемы можно условно разделить на объективные (штатная численность, оборудование) и субъективные, которые проявились вследствие организационных недоработок и недостаточного планирования со стороны органов власти регионов.

При этом органы исполнительной власти регионов не предпринимают должных мер для их устранения, что говорит о необходимости более эффективной работы с ними со стороны территориальных управлений Росздравнадзора.

Анализ проведенных в 2013 г. контрольных мероприятий и результатов проверок показал недостатки в работе территориальных органов Росздравнадзора по субъектам РФ. Сотрудниками территориальных органов Росздравнадзора при подготовке к контрольным мероприятиям не анализируются результаты проверок, проведенных ранее, результаты мониторингов Росздравнадзора, медико-демографические показатели по смертности и заболеваемости.

Махачева, Х. Г. Влияние модернизации здравоохранения и диспансеризации населения на современное состояние оториноларингологии в Республике Дагестан [Текст] / Х. Г. Махачева, Л. М. Асхабова, Н. А. Дайхес // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 2. – С. 18-20.

Статья посвящена вопросам качества и эффективности медицинской помощи оториноларингологическим больным на различных этапах оказания лечебно-диагностической помощи в городской и сельской местности Республики Дагестан.

Для осуществления комплексной медико-социальной помощи больным с ЛОР-заболеваниями в Республике Дагестан (РД) создана единая система, включающая лечебно-профилактические учреждения и учреждения социальной защиты. Медицинская часть системы на селе представлена такими подразделениями медико-социальной помощи, как фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), сельские участковые больницы (СУБ), поликлинические отделения центральных районных больниц (ЦРБ). В городах работают как самостоятельные поликлинические учреждения, так и поликлинические отделения центральных городских больниц (ЦГБ).

Подразделения специализированной медицинской помощи представлены ЛОР-отделениями центральных городских и центральных районных больниц, а на уровне республик – республиканскими учреждениями с палатами интенсивной терапии для проведения лечебно-диагностических мероприятий и реабилитации больных.

Учреждения социальной защиты взаимодействуют с лечебно-профилактическими учреждениями, осуществляя реабилитационные мероприятия на этапе санаторного лечения, и проводят обучение при восстановлении утраченных функций жизнеобеспечения, в частности при тугоухости и т. п.

В связи с ростом числа больных с ЛОР-патологией значительно возрастает объем консультативной и лечебной работы. Увеличение частоты обращений объясняется не только ухудшением экологической ситуации, возрастными особенностями курируемого контингента, сопровождающимися снижением иммунного статуса, но прежде всего квалификацией и компетентностью медицинского персонала. Ежегодные отчетные данные, публикуемые в статистических сборниках Минздрава РД, указывают на возрастающую частоту отомикозов, хронических воспалительных и аллергических заболеваний, что, по-видимому, связано с малой эффективностью проводимой диспансерной работы.

Сегодня в лечебно-профилактических подразделениях РД трудятся 150 врачей – оториноларингологов, из них в республиканских медучреждениях – 49 (33,1%), в городских – 62 (41,2%), в районных – 39 (25,7%). Обеспеченность ЛОР-врачами составляет 0,56 на 10 тыс. населения (в амбулаторно-поликлинических учреждениях на начало 2013 г. в целом по республике

– 92,8%, по городам – 92%, по районам – 93,9%). Нагрузка на приеме ЛОР-врача в среднем по республике составляет 6010,7 посещения (в городах – 5877,5, в селах – 6210), на дому – 7,9 (в городах – 0,1, в селах – 19,5).

Посещаемость в целом по республике составляет 244,2 на 1000 населения (в городах – 344,1, в селах – 173,0), из них по поводу заболеваний – 125,1 (в городах – 193,9, в селах – 76,1), при профилактических осмотрах – 119,0 (в городах – 150,2, в селах – 96,2).

Перевес показателей обращаемости на 1000 населения по поводу заболеваемости и на профилактических осмотрах в городах республики по сравнению с селами свидетельствует о более налаженной системе диспансерного контроля и высоком качестве оказываемой специализированной помощи.

Координационным центром ЛОР-службы в РД является специализированное подразделение Республиканской клинической больницы (РКБ). Эта многоотраслевая структура здравоохранения выполняет не только лечебно-профилактические, противоэпидемические и реабилитационные мероприятия в масштабах республики, но и тесно сотрудничает с ведущими профильными НИИ страны по научно-исследовательским и учебно-методическим вопросам, являясь своеобразным «полигоном» по разработке и внедрению новых научных достижений в области диагностики и лечения заболеваний ЛОР-органов в клиническую практику. Для решения этой задачи при специализированном республиканском подразделении создан Совет по внедрению новых медицинских технологий диагностики и лечения оториноларингологической патологии, работа которого направлена на качественную диагностику и лечение пациентов с заболеваниями ЛОР-органов.

Программа модернизации для республиканской оториноларингологической службы и, в частности, для ведущих ее звеньев – ЛОР-отделения и отделения ринологии РКБ, которая является лечебно-профилактическим учреждением IV уровня, где оказывается высококвалифицированная и отчасти высокотехнологичная медицинская помощь, является значимым проектом. Его выполнение способствовало значительному развитию службы по основным направлениям деятельности. При разработке и обосновании программы модернизации учитывали состояние здоровья населения республики, соотношение заболеваемости и смертности, потребность и уровень доступности специализированной медицинской помощи при обращаемости к специалистам в амбулаторно-поликлинические учреждения и стационары. Были предусмотрены меры по оптимизации ЛОР-службы, совершенствованию деятельности клинических отделений ЛОР-патологии и ринологии РКБ, внедрению и применению современных высокотехнологичных и высокоэффективных методов лечения.

Цель программы модернизации – улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи. Об ее достижении свидетельствует выполнение стандартов лечения и индикаторов качества, утвержденных Минздравом РД. По программе проделана большая работа в области укрепления материальной базы ЛОР-отделения и отделения ринологии РКБ. Были проведены ремонтно-реконструктивные работы в операционных и палатах интенсивной терапии. В 2011 г. по программе модернизации в РКБ поступило медицинское оборудование на сумму 56 358 800 руб. Среди них – крайне необходимые лабораторные анализаторы, аппараты интенсивной вентиляции легких, мониторы для слежения за тяжелыми больными, операционные столы, аппаратура для реанимационных отделений, эндоскопическая техника. В 2012 г. РКБ получила 15 видов диагностического и лечебного оборудования на сумму 12 889 460 руб. Все поступившее в ЛОР-отделения медицинское оборудование смонтировано и используется по назначению.

В программе модернизации значительное место отводится подготовке кадров и повышению их профессионального уровня. За период исследования (2008-2012 гг.) обеспеченность врачами основных специальностей в системе Минздрава РД несколько выросла (с 30,4 до 33,5 на 10 тыс. населения), однако с 2010 по 2012 г. она осталась практически на одном уровне (33,2-33,5 на 10 тыс. населения). Что касается сельской местности, то здесь рост более значителен (с 9,8 до 18,3 на 10 тыс. населения), т. е. обеспеченность выросла практически в 2 раза. Обеспеченность населения оториноларингологами и сурдологами-оториноларингологами в целом по республике также увеличилась (с 0,5 до 0,6 на 10 тыс. населения). Аналогичная ситуация сложилась и со средним медицинским персоналом, обеспеченность которым в целом по республике возросла с 76,5 до 82,8 на 10 тыс. населения, в том числе в сельской местности,

где показатели обеспеченности выросли вдвое (с 30,2 до 63,0 на 10 тыс. населения). Рост укомплектованности специалистами районных ЛПУ, преимущественно за счет молодых специалистов, объясняется реализацией программы госгарантий молодым специалистам на селе (согласно постановлению Правительства РФ), выплатой подъемных средств в размере 1 млн руб. на приобретение жилья и другими мерами.

Особое внимание в программе модернизации уделяется вопросу качества оказываемой медицинской помощи. Инструментами оценки качества являются индикаторы качества и стандарты лечения. Для ЛОР-службы, в том числе для клинических специализированных ЛОР-отделений РКБ, с учетом требований положения программы были разработаны индикаторы качества. По итогам деятельности за 2011-2012 гг. все они были выполнены. Так, процент выполнения стандартов по ЛОР-отделениям РКБ в 2011 г. по программе модернизации составил 117,6%, в 2012 г. – 122,5%, т. е. больше намеченного объема.

Создание организационно-методической базы для внедрения и развития передовых медицинских технологий в оториноларингологии и многие другие проблемы отрасли на государственном уровне необходимо решать с использованием программных методов. С этой целью нами подготовлена Республиканская целевая программа «Разработка и внедрение новых технологий диагностики, лечения, реабилитации и профилактики при заболеваниях ЛОР-органов в Республике Дагестан». Сроки реализации Программы – 2011-2014 гг. Ее главная цель – снижение уровня глухоты в Республике Дагестан.

Оценка эффективности результатов реализации Программы проводится ежегодно. По ее завершении планируется подготовка государственного отчета.

Шабунова, А. А. Региональный опыт реализации программы модернизации здравоохранения [Текст] / А. А. Шабунова, Н. А. Кондакова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 2. – С. 8-13.

В статье рассматриваются основные проблемы системы здравоохранения и оценки реализации Программы модернизации населением Вологодской области и медицинскими работниками.

Ограниченное финансирование стало причиной формирования ряда острых проблем, которые оказывают непосредственное влияние на эффективность функционирования отрасли здравоохранения, а также на доступность и качество предоставляемых населению услуг.

1. Дефицит квалифицированных врачебных кадров. В Вологодской области за период с 2000 по 2011 г. обеспеченность населения врачами всех специальностей увеличилась на 2%, а обеспеченность средним медицинским персоналом сократилась на 5%.

По данным Департамента здравоохранения Вологодской области, на начало 2012 г. учреждения здравоохранения были укомплектованы врачами на 87,5%, специалистами со средним медицинским образованием – на 93,2%. Одной из причин дефицита врачей является отсутствие в регионе высших медицинских учебных заведений. Поэтому для решения кадровой проблемы Департамент здравоохранения области проводит работу по организации взаимодействия с медицинскими академиями и университетами городов Ярославля, Санкт-Петербурга, Архангельска, Иванова, Кирова, Твери. Кроме того, разработан проект ведомственной целевой программы «Кадры системы здравоохранения Вологодской области на 2013-2015 гг.».

2. Низкий уровень заработной платы в сфере здравоохранения. Несмотря на значительный рост, ее уровень на 30% ниже, чем по экономике в целом.

3. Значительный износ высокотехнологичного медицинского оборудования и дефицит площадей помещений учреждений первичного звена. Эта проблема особенно актуальна для Вологды и Череповца. Так, в Вологде есть примеры совмещения в одном здании взрослых и детских поликлиник (БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3», БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 4»), создающего трудности для обслуживания постоянно растущего приписного населения.

Для решения имеющихся в здравоохранении проблем и улучшения демографической ситуации была разработана Программа модернизации здравоохранения в Вологодской области в

2011-2012 гг. (далее – Программа модернизации). Основанием для ее разработки стал Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ (глава 11, ст. 50).

Целью Программы модернизации являлось улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению Вологодской области. Разработчиками были выделены три основные задачи: 1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения; 2) внедрение современных информационных систем; 3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Общий объем финансирования Программы модернизации за 2011-2012 гг. составил около 5 млрд. руб., в том числе федеральных средств – 2,6 млрд. руб. (52%). За успешную реализацию данной программы Вологодская область в 2011 г. дополнительно получила из федерального бюджета 678,7 млн. руб. Основным источником финансирования Программы модернизации стали средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования: за период действия программы они составили 84% от объема всех затрат, бюджетные средства – только 12%.

В рамках реализации Программы модернизации здравоохранения большая часть денежных средств была потрачена на укрепление материально-технической базы учреждений (71% от всех расходов), на стандартизацию и доступность амбулаторно-поликлинической помощи – 25%, на информатизацию – 4%.

Оценивая изменения, произошедшие в системе здравоохранения за последние 5 лет, жители городов указывают на заметное улучшение технического оснащения медицинских учреждений (37%). В целом горожане в большей степени заметили и некоторое улучшение качества и доступности медицинского обслуживания, а у сельчан по подавляющему большинству позиций доля оценок «снизилось» преобладает над долей оценок «повысилось». Следует подчеркнуть, что значительная часть опрошенных (до 54%) каких-либо изменений в сфере здравоохранения за обсуждаемый период не отмечает.

Таким образом, в ответах населения на вопрос о качестве и доступности медицинских услуг нет однозначной оценки результатов Программы модернизации здравоохранения, что обусловлено непродолжительностью периода ее реализации.

Было проведено анкетирование работников ЛПУ Вологодской области.

Большинству (72%) респондентов хорошо известно о реализации Программы модернизации здравоохранения на территории области, 26% только «слышали», 2% оказались незнакомы с данным направлением. Положительную оценку влияния Программы модернизации на развитие ЛПУ, в котором трудятся респонденты, дал 51 % сотрудник; 40% ответили, что она «не оказывает существенного влияния»; 4% дали отрицательную оценку.

Интересна зависимость уровня осведомленности работников медицинских учреждений о действии Программы модернизации и оценки ими ее влияния на развитие ЛПУ, в котором они работают. Так, 64% работников, хорошо осведомленных о реализации Программы модернизации, увидели улучшение положения дел в ЛПУ, а 28% не почувствовали заметных улучшений. В то же время 64% опрошенных среди тех, кто не слышал о проводимых изменениях, считают, что Программа модернизации «не оказывает существенного влияния на положение дел в ЛПУ, в котором я работаю», и 14% отметили, что она «ухудшает существующее положение дел в ЛПУ, в котором я работаю». Это подтверждает гипотезу о том, что эффективность реализации преобразований зависит от того, насколько сами участники процесса осведомлены о них и включены в процесс реализации нововведений.

Одним из направлений Программы модернизации являлось внедрение стандартов оказания медицинской помощи, в рамках которого предусматривалось повышение заработной платы работников системы здравоохранения. Согласно результатам исследования, только 12% опрошенных отметили значительное повышение заработной платы, почти половина (47%) – незначительное ее повышение, для трети (31 %) она осталась на том же уровне. Повышение заработной платы в большей степени ощутили работники городских ЛПУ, чем сельских.

Повышение заработной платы в рамках Программы модернизации здравоохранения произошло, по мнению работников медицинских учреждений, не только за счет увеличения

финансирования (так отметили 40% опрошенных), но и за счет увеличения нагрузки на сотрудников ЛПУ (27%).

Следующим направлением Программы модернизации было обновление материально-технической базы здравоохранения. За период реализации Программы на территории Вологодской области отремонтировано 210 объектов (отделений, кабинетов учреждений здравоохранения) в 66 учреждениях здравоохранения, закуплено 662 единицы медицинского оборудования, в том числе 66 автомашин санитарного транспорта. Все машины скорой медицинской помощи и дежурно-диспетчерские службы оснащены компьютерным оборудованием системы ГЛОНАСС, которая позволяет отследить маршрут передвижения автомобиля с целью выбора оптимально короткого маршрута до места вызова.

В ходе анкетного опроса работникам медицинских учреждений был задан вопрос: «Заметили ли Вы, что лечебное учреждение, в котором Вы работаете, оснащается новым оборудованием, проводятся капитальные ремонты?». Анализ результатов опроса показал, что почти половина (43%) опрошенных отметила проведение капитальных ремонтов и оснащение новым оборудованием учреждений, в которых они работают, 26% - не заметили никаких изменений. При этом в сельской местности в большей степени наблюдается проведение капитальных ремонтов (71% опрошенных), чем приобретение нового оборудования (7%). В районных центрах более половины (63%) опрошенных отметили реализацию обоих направлений Программы модернизации, тогда как для городских ЛПУ характерен более критический подход к поставленному в анкете вопросу: 33% опрошенных не увидели никаких изменений; 35% - отметили приобретение нового оборудования и проведение капитальных ремонтов, 16% - только проведение капитальных ремонтов.

Исследования показали, что за период реализации региональной Программы модернизации здравоохранения оценки населением доступности медицинских услуг в целом не изменились. Жители городов чаще отмечали улучшение работы служб здравоохранения. Например, судя по их оценкам, заметно улучшилось техническое оснащение медицинских учреждений (37%); положительные изменения произошли в организации работы здравоохранительных учреждений (снизился удельный вес населения, недовольного очередями и невозможностью попасть на прием к врачу в удобное время, – с 59 до 50%).

Медицинские работники как заинтересованная сторона – исполнители проекта – более осведомлены о сути преобразований, но их оценки неоднозначны. Положительно оценили изменения в деятельности ЛПУ, произошедшие в ходе реализации Программы модернизации, 52% сотрудников; 40% ответили, что она «не оказывает существенного влияния».

Сазонова, Н. В. Работа консультативно-диагностического отделения в условиях модернизации здравоохранения [Текст] / Н. В. Сазонова, Е. А. Воронович // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 2. – С. 14-17.

В статье представлен анализ работы консультативно-диагностического отделения федерального центра в условиях модернизации системы здравоохранения. Выделены стратегические направления деятельности отделения.

Проведен анализ работы консультативно-диагностического отделения (КДО) за 2010-2012 гг., проанализирована экономическая эффективность программы модернизации здравоохранения путем вычисления стимулирующих выплат медицинским работникам КДО и параклиническим подразделениям. Проведена внутриведомственная экспертиза качества оказанных медицинских услуг в 2870 случаях амбулаторного обращения.

Деятельность консультативно-диагностического (поликлинического) отделения складывается из трех основных составляющих: организационной, экономической и информационной. С 2011 г. поликлиническое отделение Центра преобразовано в КДО. КДО Федерального центра реализует государственную политику в области охраны здоровья населения, обеспечивает конституционные права граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи.

Основными задачами отделения в настоящее время являются:

- обеспечение доступности специализированной медицинской помощи по основным профилям (травматологии-ортопедии, нейрохирургии и сердечно-сосудистой хирургии) в объемах, определяемых Территориальной программой государственных гарантий гражданам Российской Федерации на территории Курганской области бесплатной медицинской помощи;
- отбор пациентов на оказание высокотехнологичной помощи по травматологии и нейрохирургии и выдача направлений пациентам, нуждающимся в высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП);
- повышение качества оказываемых медицинских услуг и улучшение диагностики травматолого-ортопедической, нейрохирургической и сердечно-сосудистой патологии;
- совершенствование процесса оказания медицинских услуг.

Для осуществления этих задач в КДО увеличено количество специалистов, осуществляющих консультативную помощь населению. Кроме пяти штатных врачей отделения, консультативные приемы осуществляют кандидаты и доктора медицинских наук, профессора и представители администрации центра, включая директора. В среднем в течение рабочего дня строго по графику проводят консультации от 42 до 75 врачей по трем основным профилям центра. У пациентов появилась возможность выбора врача и специалиста более высокой квалификации, что, несомненно, сказывается на качестве и доступности специализированной медицинской помощи. Что особенно важно, новая модель организации консультативной помощи позволяет развернуть деятельность не только конкретно отдельно взятого отделения, но и в целом медицинского учреждения «лицом к пациентам» и сделать ее ориентированной на пациента, обратившегося в отделение. Например, теперь врачу выгоднее полностью обследовать, выдать рекомендации по лечению, найти более эффективную схему лечения и/или выдать направление на оказание ВМП, тем самым формируя поток «своих» пациентов. Ежемесячно на хирургических советах, проводимых в нашем Центре, определяется «рейтинг» каждого травматолого-ортопедического отделения по количеству выданных пациентам направлений на оказание ВМП. В результате увеличилось количество выданных направлений для получения ВМП на 45,8%. В 2012 г. каждый 17-й пациент нуждался в ВМП, в 2011 г. каждый 27-й из обратившихся, что связано с реорганизацией приемов, привлечением высококвалифицированных специалистов и улучшением диагностики. Следует заметить, что в результате подобного реформирования меняется характер деятельности как отделения в целом, так и каждого отдельного врача и медицинской сестры, в работе которых появляются элементы рыночной экономики. В частности, складываются конкурентные отношения между врачами отделения, а больные имеют возможность выбора и врача, и отделения, в котором планируется оперативное вмешательство. При таком подходе каждый врач просто «обречен» на постоянное самосовершенствование и необходимость кооперации с более квалифицированными и опытными коллегами.

Для улучшения качества оказания медицинских услуг, оперативности решения и выполнения поставленных задач была введена должность главного специалиста (менеджера) отделения. Введение данной должности основывается на новом мышлении в области организационно-управленческой, информационно-аналитической, маркетинговой, экономической и других видах деятельности, необходимых для работы в новых условиях. Основными функциями его являются формирование и распределение потоков пациентов, обращающихся в КДО, проведение мероприятий по улучшению лечебно-диагностического процесса, включая равномерность и своевременность приемов пациентов. В случае невозможности и/или занятости на операции врача-консультанта производится вызов на прием специалиста, соответствующего профильности отделения и патологии. С введением данной должности высвободилось время у заведующей КДО на проведение экспертной работы, направленной на улучшение качества оказания медицинской помощи. В 2011 г. таких комиссий проведено 814, в 2012 г. 1966, что позволило улучшить качество оформления медицинской документации. Кроме того, проведены занятия с медицинскими кадрами (врачи и медсестры) по правильному заполнению первичной медицинской документации (так называемая работа над ошибками), организации консилиумов для решения вопросов по диагностике, лечению и проведению реабилитационных мероприятий пациентам.

Финансирование посещений КДО в 2012 г. складывалось из нескольких источников: федерального бюджета – 22,9%, средств фонда ОМС – 62,4%, негосударственного финансирования (личные средства граждан) – 14,5% и добровольного медицинского страхования – 0,2%. Получили бесплатную специализированную медицинскую помощь 85,3% граждан, обратившихся в КДО.

В связи с изменением финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений в системе ОМС в условиях модернизации здравоохранения в 2012 г. дополнительно получено увеличение заработной платы врачей в 1,2 раза, среднего медицинского персонала – в 1,3 раза за счет стимулирующих выплат.

В настоящее время администрация, врачи и другие медицинские сотрудники сталкиваются с огромным объемом информации. Информационные процессы присутствуют во всех областях медицины и здравоохранения. От их упорядоченности зависит четкость функционирования отделения и эффективность управления им. Следует отметить, что для управления отделением использовались новые компьютерные системы, которые способствовали принятию оперативных решений по организации консультативно-диагностического процесса и планирования ежедневной работы врача. Персональные компьютеры, объединенные в локальную сеть, позволяют пользоваться обобщенными данными и обмениваться информацией между приемными кабинетами врачей. В КДО с 2012 г. используется функционирующая система «Самсон» (Санкт-Петербург), которая связала в единую локальную сеть 27 компьютеров. Благодаря программе направление на повторный прием и консультации к заведующим отделениями и лабораториями осуществлялось без повторного посещения регистратуры через компьютерную базу данных соответствующего врача и в удобное для пациента время. С открытием Контакт-центра появилась возможность записи на прием по телефону.

Основным результатом создания Контакт-центра явилось повышение эффективности работы КДО по основным направлениям:

- уменьшение непроизводительных расходов времени работников регистратуры на регистрацию и оформление различных документов;
- улучшение качества работы медицинского персонала за счет использования автоматизированных рабочих мест специалистов;
- оптимальное распределение потоков пациентов по кабинетам и специалистам с целью обеспечения равномерной загрузки врачей, устранение очередей.

Использование возможностей Контакт-центра позволило сократить время оформления (заполнения) первичной медицинской документации в регистратуре с 40 до 5-10 мин. Проанализировано 998 обращений пациентов в КДО после введения новой формы записи на прием к специалистам с целью изучения затрат времени врачей и пациентов. С введением записи на прием к врачу и выдачей талонов на прием с указанием времени ожидания начала приема сократилось с 30 до 5 мин ($p < 0,001$). Опоздание пациентов составляло от 15 до 30 мин только в 9 из 998 анализируемых случаев. Неявка пациентов на прием составила 2%. Сказать, что после введения записи очередь исчезла, невозможно. Это позволяет получить определенную информацию, обработать ее и принять управленческое решение об увеличении или уменьшении приемов количества врачей того или иного отделения, или увеличении времени работы кабинета за счет ротации врачей.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Жукова, А. В. Медицина – время революций [Текст] / А. Жукова // Медицинская газета. – 2014. – 9 апр. (№ 26). – С. 11.

В статье представлен материал о выставке медицинского радиологического оборудования, которая прошла в Чикаго. Огромный комплекс «Маккормик плаза» принял около 60 тыс. посетителей из нескольких десятков стран. На самой большой в мире выставке медицинского радиологического оборудования были представлены последние новинки компаний-производителей, способные поразить воображение даже неспециалистов.

Среди самых впечатляющих и масштабных была экспозиция одной из ведущих мировых компаний – производителей медицинского оборудования General Electric Healthcare. Здесь можно было увидеть новейшие разработки по всем направлениям деятельности компании: компьютерная и магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования, женское здоровье, интервенционная и молекулярная визуализация, хирургия, контрастные вещества, информационные технологии в здравоохранении, рентгенография и т.д.

О современных достижениях и перспективах работы компании на пресс-конференциях можно было узнать, от представителей руководства компании: президента и исполнительного директора подразделения «Система здравоохранения» Тома Джентайла, президента и главного исполнительного директора подразделения «Здравоохранение и информационные технологии» Жана де Витте, президентов компании в азиатском и европейском регионах и других.

Президент и главный исполнительный директор подразделения «Решения для выявления заболеваний» Хуман Жаками рассказал о таком важном направлении, как забота о женском здоровье, в частности, о предупреждении и своевременном обнаружении рака молочной железы.

Особое впечатление произвёл так называемый *sensory suit*, дословно – сенсорный костюм, демонстрирующий новый подход к проведению маммографии. Благодаря этой инновационной разработке во время обследования женщина помещается в некий кокон. В нём одновременно стимулируются три чувства: визуальное восприятие, запахи слух. В «коконе», в котором находится пациентка, применяются разные ароматы, демонстрируются приятные картинки, звучит музыка, что, по мнению специалистов, помогает отвлечь её от возможного напряжения и беспокойства.

Компания вносит масштабные вложения и в модернизацию российского здравоохранения. За время своей деятельности в России подразделение GE Healthcare поставило более 10 тыс. единиц инновационного медицинского оборудования более чем в 5 тыс. медицинских учреждений. При этом на сегодняшний день это одна из немногих крупных иностранных компаний, которая организовала в России совместное производство. Наиболее востребованные модели медицинского оборудования собираются на мощностях компании «Медицинские технологии».

Кроме того, компания принимает активное участие и в развитии спортивной медицины, создаёт передвижные мобильные диагностические комплексы для людей, занимающихся массовым спортом.

Сибирские ученые создали уникальную оболочку для лекарств [Текст] // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 4. – С. 80-81.

Оболочка поможет донести препарат именно туда, где он необходим. Полезность новейшего материала не ограничивается только этим – его планируют использовать и в хирургии, и в стоматологии, и при лечении ожогов. По воздействию на источник недуга такой препарат отличается от классической таблетки. Нанотаблетка действует точно и исключительно точно бьет в цель. Когда контейнер оказался в нужном месте, в этот момент происходит активация данной лекарственной формы. Механизм запущен, и лекарственный препарат выходит из этой оболочки, тем самым действует внутри, убивает опухолевую клетку изнутри.

Наноконтейнеры – только одно из направлений. Сотрудники лаборатории новых биоматериалов Сибирского федерального университета разрабатывают и растворяющиеся хирургические нити, и не вызывающие отторжения имплантаты. Все на основе придуманного здесь же биопластика, вещества, способного заменять ткани человеческого тела.

Это биосовместимый, биоразрушаемый природный полимер. Он, не вызывая никаких негативных явлений внутри человеческого тела, разрушается в нем.

Заико, С. Д. Метод непрямой иммунофлуоресценции: новые технологии в лабораторной диагностике аутоиммунных патологий [Текст] / С. Д. Заико // Ремедиум Приволжье. – 2014. – № 2. – С. 39.

В статье представлен метод непрямой иммунофлуоресценции (непрямая реакция иммунофлуоресценции, НРИФ), предназначенный для выявления антител к различным морфологическим и клеточным субстратам. Существенным преимуществом этого метода является, как правило, более приближенная к нативному состоянию (по сравнению с другими иммунохимическими методами диагностики) презентация эпитопов на фиксированных срезах органов и тканей, мазках клеточных культур, микробных клеток и т. д.

Наиболее важная область использования НРИФ – лабораторная диагностика аутоиммунных заболеваний. Разнообразие тест-систем, основанных на этом методе, позволяет использовать ее для диагностики широкого круга аутоиммунных заболеваний. В большинстве случаев НРИФ является предпочтительным методом первичного обследования. Так, при скрининге на наличие антител к антигенам клеточных ядер, осуществляемом с помощью НРИФ, чувствительность существенно выше, чем при использовании других современных методов анализа (мультиплексные закрытые анализаторы, ИФА). Считается, что при использовании клеточной линии Нер-2 или ее модификаций выявляются антитела к 100-150 ядерным антигенам, к тому же находящимся в конформации, близкой к нативной.

Очевидные преимущества данного метода раньше отчасти нивелировались более низкой воспроизводимостью результатов за счет меньшей стандартизации субстратов и большей вероятности возникновения технических ошибок по сравнению с тестами, использующими очищенные антигены. Современные тест-системы лишены этих недостатков. В докладе на примере наборов производства фирмы EUROIMMUN AG рассмотрены современные возможности использования метода НРИФ в аутоиммунной диагностике. Высокий уровень стандартизации при приготовлении субстратов, многократный контроль качества полученных микрочипов, конструктивное решение, стандартизирующее условия связывания антител и конъюгатов с субстратами, обеспечивают высокую воспроизводимость анализа. Оригинальный подход, основанный на использовании как разнообразных субстратов (срезы различных тканей, культуры клеток, в том числе продуцирующих специфические рекомбинантные антигены), так и самих очищенных рекомбинантных антигенов, привел к созданию диагностических продуктов, позволяющих совмещать скрининговую и верифицирующую составляющие анализа в одном комбинированном тесте.

Philips представил революционную ультразвуковую систему EPIQ [Текст] // Новые медицинские технологии/Новое медицинское оборудование. – 2014. – № 3. – С. 45-46.

В статье представлен материал об инновационной ультразвуковой системе EPIQ, которая позволяет на 76% повысить проникающую способность ультразвуковых лучей и на 213% улучшить временное разрешение.

Эта система обладает технологией nSIGHT, которая в сочетании с интеллектуальной программой построения анатомических изображений Anatomical Intelligence дает одновременно высокую скорость работы и четкость изображения.

Anatomical Intelligence – обширная база сравнительных анатомических моделей исследуемых структур с адаптивной технологией – была впервые встроена в ультразвуковую систему, что позволило получить наилучший клинический результат. Функция предоставляет расширенные возможности моделирования органов и получение послойных срезов, что делает вычисления еще более надежными и клинически значимыми, а процесс обследования пациентов проще и эффективнее.

Технология nSIGHT – это полностью новый способ формирования ультразвуковой картинки, который помогает получить изображение с высокой степенью детализации (высоким пространственным разрешением) в комбинации с невероятно высоким временным разрешением. Технология обеспечивает возможность получения однородного изображения без необходимости перемещения фокусной зоны в область интереса, а беспрецедентная степень проникновения

ультразвуковых лучей на высоких частотах дает непревзойденное качество изображения даже в сложных случаях у тяжелых пациентов.

Сочетание интеллектуальной системы Anatomical Intelligence с точностью изображений, достигаемой технологией nSIGHT, делает EPIQ быстрой, эффективной и интуитивно понятной ультразвуковой системой.

Медицинский центр «Вольфсон» (Израиль) проводит сложные операции на позвоночнике с применением уникального современного микроскопа [Текст] // Новые медицинские технологии/Новое медицинское оборудование. – 2014. – № 3. – С. 47-48.

В статье рассказывается об уникальном микроскопе, цель применения которого - сложные ортопедические операции на позвоночном столбе.

Доктор Рафаэль Лотан и доктор Игаль Бронштейн, ведущие специалисты медицинского центра «Вольфсон», по достоинству оценили рабочие качества нового оборудования.

Хирургический микроскоп OPMIVario /S88 System был разработан с учетом особых нужд и требований спинальных хирургов. Особенностью микроскопа является уникальная система его подвески. Высоту прибора можно регулировать, перемещая его по вертикали на расстояние до 50 см и выбирая удобную позицию. Даже хирург высокого роста может подобрать оптимальное положение устройства и работать с комфортом. Последнее обстоятельство особенно важно, поскольку большинство спинальных операций хирурги выполняют стоя. Благодаря своей эргономичной конструкции, хирургический микроскоп OPMIVario /S88 System прекрасно адаптируется к любому виду спинальных операций и никак не ограничивает свободу действий хирурга.

Высокая резолуция, четкость границ, цветовая гамма без искажений – это далеко не полный перечень параметров изображения, полученного при помощи хирургического микроскопа. Яркое равномерное освещение позволяет отчетливо различать детали и держать под контролем труднодоступные участки операционного поля. При необходимости можно воспользоваться сфокусированным источником света, направив его на определенную зону.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Щеглов, К. Хоть заставляй быть здоровым... [Текст] / К. Щеглов // Медицинская газета. – 2014. – 9 апр. (№ 26). – С. 4.

В статье рассказывается о «круглом столе», который прошел в Госдуме РФ «О формировании системы социально-экономической мотивации (финансового мотивирования) граждан РФ по ведению здорового образа жизни, сохранению и укреплению своего здоровья и работодателей по укреплению здоровья работников».

Открывая дискуссию, первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья академик РАН Николай Герасименко предложил обсудить целесообразность введения в России, как это уже сделано в ряде стран, санкций за нездоровый образ жизни. «Государство должно создать понятную и убедительную систему мотивации гражданина к сохранению своего здоровья», – считает и заместитель главы комитета кандидат медицинских наук Сергей Дорофеев, напомнивший, что приоритет профилактики закреплён в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Несмотря на это, в последние годы в стране растёт количество сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, сахарного диабета и болезней органов дыхания. По данным Минздрава России, на эти четыре группы приходится 80% смертей, обратил внимание собравшихся С. Дорофеев. Заметив, что все указанные заболевания «так или иначе связаны с образом жизни человека», то есть употреблением алкоголя, курением, неправильным питанием и малоподвижным образом жизни, он высказался за то, чтобы активнее привлекать к работе по формированию здорового образа жизни работодателей. По словам депутата, правильно

организованное управление здоровьем сотрудников позволяет снизить заболеваемость в коллективе на 40-50%.

Но такая система профилактики должна включать механизмы экономического мотивирования, убеждён С. Дорофеев. Кроме того, она должна получить, по его мнению, отдельное целевое финансирование.

Заместитель директора Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздрава России Наталья Костенко основным механизмом в системе профилактики назвала диспансеризацию населения. По её словам, в 2013 г. профилактические осмотры прошли 35 млн. россиян, в том числе 14 млн. детей. «Итоги проведённой диспансеризации показали, что почти 40% граждан имеют хронические неинфекционные заболевания», – сообщила представитель Минздрава.

Отметив положительный эффект от проводимой в стране антитабачной политики, Н. Костенко высказалась за повышение акцизов на табак до среднего европейского уровня. А директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Сергей Бойцов предложил ввести налоговые льготы для организаций, реализующих свои корпоративные программы по формированию здорового образа жизни.

К достижению баланса интересов всех участников процесса, создания социально-экономических стимулов к формированию здорового образа жизни призвала директор Института экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» Лариса Попович. Введение в России фискальных мер, таких как повышение соплатежей за медпомощь для граждан, ведущих нездоровый образ жизни, не реалистичны, полагает она. «Вводить санкции в отношении конкретного человека не стоит. Другое дело, ужесточение наказания за противоправные действия третьих лиц в отношении индивидуумов, например, беременных женщин, работников – это можно обсуждать», – считает Л.Попович. Однако гораздо большего эффекта можно будет достичь благодаря мерам поддержки, убеждена она.

По итогам дискуссии участники «круглого стола» приняли адресованные органам законодательной и исполнительной власти рекомендации, направленные на формирование государственной политики мотивирования населения к здоровому образу жизни и стимулирования к этому работодателей.

Сергеев, Д. А. Центры здоровья как важнейший компонент системы общественного здравоохранения [Текст] / Д. А. Сергеев // Главный врач. – 2014. – № 3. – С. 54-56.

В статье рассказывается об основных функциях и задачах центров здоровья.

Формирование ЗОЖ населения является важным направлением в процессе модернизации российского здравоохранения. Мероприятия по формированию ЗОЖ реализуются на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях. На популяционном уровне они осуществляются посредством активной непрерывной информационно-коммуникационной кампании и обеспечения условий для ведения ЗОЖ. На индивидуальном и групповом уровнях - в основном в рамках первичной медико-санитарной помощи и в первую очередь в центрах здоровья.

Основными задачами центра здоровья являются:

- формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;
- мотивирование их к отказу от вредных привычек, в том числе отказу от потребления алкоголя и табака;
- повышение информированности граждан о факторах риска НИЗ, а также знаний и навыков по ведению ЗОЖ;
- выявление факторов риска сердечнососудистых и других НИЗ;
- выявление лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых и других НИЗ и, при необходимости, направление к соответствующим специалистам;

- консультирование граждан по вопросам сохранения и укрепления здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
- координация с медицинскими и немедицинскими учреждениями по организации профилактических мероприятий.

Центр здоровья является структурным подразделением поликлиники, больницы, госпиталя, медсанчасти, диспансера и других медицинских учреждений здравоохранения государственной и муниципальной систем здравоохранения (далее – ЛПУ).

Центр здоровья выполняет следующие функции и оказывает медицинские услуги:

а) комплексное обследование граждан, включающее измерение антропометрических данных, скрининг-оценку уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, экспресс-оценку сердечно-сосудистой системы, оценку комплексных показателей функции дыхательной системы, органа зрения, выявление патологических изменений зубов, болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта. По результатам обследований проводится оценка функциональных и адаптивных резервов организма, прогноз состояния здоровья и оценка степени риска развития заболеваний и их осложнений, в том числе риска развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation), разработка индивидуальной программы по ведению ЗОЖ, оздоровительных и профилактических мероприятий;

б) медицинская помощь в отказе от потребления табака, алкоголя, организации рационального питания, оптимизации физической активности, снижении избыточной массы тела и др.;

в) динамическое наблюдение за пациентами группы повышенного риска развития НИЗ и направление к участковым врачам и специалистам ЛПУ по месту жительства пациентов с высокими уровнями факторов риска (требующими медикаментозного вмешательства) и вновь выявленными заболеваниями;

г) групповое обучение (школы здоровья, лекции, беседы) и индивидуальное консультирование граждан по вопросам ведения ЗОЖ, гигиеническим навыкам, сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по рациональному питанию, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха, психогигиене и управлению стрессом, профилактике и коррекции поведенческих факторов риска НИЗ (курения, избыточного потребления алкоголя, гиподинамии и др.), ответственному отношению к своему здоровью и здоровью своих близких, принципам «ответственного родительства»;

д) информирование населения территории обслуживания, заинтересованных юридических и физических лиц о вредных и опасных для здоровья человека факторах внешней среды, факторах риска НИЗ, а также обучение населения ведению ЗОЖ, жизнесохраняющему поведению, снижению уровня корректируемых факторов риска, мотивирование к отказу от вредных привычек;

е) методическая и практическая помощь в деятельности врачей и среднего медицинского персонала фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, здравпунктов предприятий и организаций, амбулаторий, центров (отделений) врачей общей практики (семейных врачей), поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, офисов, расположенных в зоне ответственности по реализации мероприятий по формированию ЗОЖ, проведению школ здоровья;

ж) участие или оказание содействия в реализации мероприятий по формированию ЗОЖ и снижения распространения факторов риска НИЗ прикрепленного населения, проводимых центром медицинской профилактики и другими организациями;

з) ведение учетной и отчетной документации в соответствии с утвержденными формами и предоставление отчета о деятельности в установленном порядке;

и) осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, территориальными органами управления здравоохранением, Роспотребнадзора, Росздравнадзора, общественными организациями, местными (территориальными) средствами массовой информации и иными учреждениями и организациями по вопросам формирования ЗОЖ, организации и проведения медицинской профилактики хронических НИЗ.

Любой гражданин Российской Федерации вне зависимости от места его регистрации и проживания при наличии паспорта и полиса ОМС имеет право обратиться в центр здоровья. Информация об адресе и режиме работы территориального (ближайшего) центра здоровья вывешивается на видном месте во всех медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и сообщается гражданам при обращении в регистратуру и справочную.

Голенков, А. В. Организация центра здоровья для детей на базе Республиканской детской клинической больницы [Текст] / А. В. Голенков // Заместитель главного врача. – 2014. – № 3. – С. 24-32.

В статье обсуждаются вопросы организации деятельности центра здоровья для детей на базе «Республиканской детской клинической больницы» Республики Чувашия.

Республиканский центр здоровья для детей (далее – Центр здоровья) функционирует на базе Республиканской детской клинической больницы с 1 июля 2010 г. Центр здоровья оснащен в соответствии с перечнем оборудования, закупаемого для учреждений здравоохранения субъектов РФ и учреждений здравоохранения муниципальных образований в целях реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у детей, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

В Центре здоровья ведут прием врачи-педиатры, прошедшие дополнительное обучение по формированию ЗОЖ.

Основными задачами Центра здоровья являются:

- мотивирование детей к личной ответственности за свое здоровье;
- консультирование, обучение детей и их родителей навыкам ЗОЖ;
- динамическое наблюдение за группами риска;
- мониторинг показателей ЗОЖ;
- внедрение современных медико-профилактических технологий в деятельность учреждений здравоохранения.

Центр здоровья осуществляет следующие функции:

- информирование родителей и детей о вредных и опасных для здоровья факторах;
- групповая и индивидуальная пропаганда ЗОЖ, профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.) и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких;
- формирование у населения принципов «ответственного родительства»;
- обучение родителей и детей гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включая помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
- обучение медицинских специалистов, родителей и детей эффективным методам профилактики заболеваний с учетом особенностей детского возраста;
- динамическое наблюдение за детьми группы риска развития неинфекционных заболеваний;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья в будущем;
- консультирование по вопросам сохранения и укрепления здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха с учетом возрастных особенностей;
- разработка индивидуальных рекомендаций по сохранению здоровья;
- осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию ЗОЖ, контролю факторов риска развития заболеваний у детей.

Все функции центров здоровья можно условно разделить на два направления: первое – проведение диагностики, тестирования и мониторинга состояния здоровья пациента, второе – консультирование, обучение и формирование принципов приверженности к ЗОЖ. В соответствии с этим выстраивается структура центра здоровья, которая также предусматривает два блока:

– блок скрининговой диагностики и мониторинга состояния здоровья: кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе, кабинеты инструментального и лабораторного обследований, кабинеты врачей-педиатров, прошедших тематическое усовершенствование по формированию ЗОЖ и медицинской профилактики, кабинет гигиениста стоматологического;

– блок первичной и вторичной профилактики: кабинет (зал) лечебной физкультуры, школы здоровья.

Профилактическая деятельность Центра здоровья осуществляется по трем направлениям:

- профилактическая работа с населением;
- методическая работа в Центре здоровья;
- координационная работа на территории.

Профилактическая работа с населением является главной задачей Центра здоровья и реализуется посредством проведения круглогодичного скрининга населения по обращаемости для выявления лиц с избыточным риском хронических неинфекционных заболеваний. Осуществляется слежение за эффективностью профилактики заболеваний у лиц, выполняющих оздоровительные мероприятия. Создается база данных по результатам обследований. Осуществляется санитарное просвещение и гигиеническое воспитание (памятки, плакаты, брошюры, буклеты, лекции, беседы и др.).

Методическая работа включает: обучение медицинских работников медицинских организаций методам оценки и коррекции факторов риска, индивидуального и группового консультирования; оценку объема и качества профилактической работы в медицинских организациях; внедрение новых форм и методов профилактических услуг; оздоровление медицинских работников; составление ежегодных отчетов.

Координационная работа Центра здоровья на территории включает: взаимодействие с отделениями (кабинетами) медицинской профилактики, другими медицинскими и немедицинскими организациями по разработке и реализации профилактических программ; распространение методических материалов; сотрудничество с медицинскими, образовательными и другими организациями в проведении массовых оздоровительных мероприятий.

Ответственность за проведение профилактической, методической и координационной работы, за состояние материально-технической базы Центра здоровья возлагается на руководителя Центра здоровья.

С первых дней функционирования Центра здоровья ведется работа с учреждениями здравоохранения и образования Чувашской Республики по организации обследования детей и подростков. Регулярно практикуется выезд специалистов в детские дошкольные учреждения, средние общеобразовательные школы, загородные оздоровительные лагеря. С 2011 г. было совершено более 100 таких выездов, обследовано около 4 тыс. детей. На местах организуется работа школы здоровья по формированию ЗОЖ, проводятся уроки здоровья, распространяются памятки по формированию ЗОЖ среди детей и подростков: «Питание дошкольников», «Питание школьников», «Как физическая активность влияет на здоровье», «Как правильно заниматься физической культурой», «Что мы знаем о табаке», «Как оградить ребенка от алкоголя и наркотиков», «Курение во время беременности: оставьте ребенку шанс».

Ацель, Е. А. Образовательные программы для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период модернизации здравоохранения [Текст] / Е. А. Ацель // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 3. – С. 83-84.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р была утверждена Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», на основании которой приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 21.03.2013 № 443 был утвержден план по разработке государственной программы «Развитие здравоохранения Республики Татарстан». Подпрограмма 1 данного плана «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» направлена на увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

Таким образом, профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни являются приоритетными направлениями как российского, так и регионального здравоохранения. Развитию данного направления способствуют образовательные программы для пациентов, реализуемые в «Школах здоровья».

Сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца относятся к социально значимым заболеваниям, так как имеют высокую распространенность и являются основной причиной высокой смертности населения. Одной из основных особенностей данной патологии является наличие факторов риска развития осложнений, которые делятся на модифицируемые и немодифицируемые. Воздействие на модифицируемые факторы риска позволяет снизить риск осложнений артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, т. е. осуществить вторичную профилактику осложнений данных заболеваний.

Решению этой задачи способствует обучение пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в «школах здоровья». Проблемы, решаемые в ходе проведения «школ здоровья», заключаются в преодолении разницы в восприятии информации медицинского характера врачами и пациентами и различий в представлении пациента о заболевании и объективной ситуации. Это повышает приверженность пациента к проводимой терапии, степень его активности и ответственности за состояние собственного здоровья, нацеливает его на продуктивное сотрудничество с врачом и в конечном итоге оптимизирует процесс лечения, повышает эффективность контроля над заболеванием и снижает общий кардиоваскулярный риск. Кафедрой терапии и семейной медицины разработаны учебно-методические пособия для врачей по проведению «школ здоровья» для пациентов, страдающих артериальной гипертензией и стабильной стенокардией.

Таким образом, обучение пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в «школах здоровья», является эффективным инструментом в повышении информированности пациентов о заболевании и его осложнениях, приверженности к проводимой терапии, повышении ее рациональности и в конечном итоге – повышении удовлетворенности пациентов качеством оказываемой медицинской помощи и снижении инвалидизации и смертности населения.

Иванова, Е. Рак вылечить просто, если вовремя заняться профилактикой [Текст] / Е. Иванова // Аргументы и факты. – 2014. – 9-15 апр. (№ 15). – С. 26.

В рамках Всемирного дня здоровья, который во всем мире традиционно отмечается 7 апреля, в Самаре пройдет акция «Неделя здорового образа жизни с СОКОД». Специалисты Самарского онкологического диспансера расскажут горожанам о правильном образе жизни, факторах риска и методах профилактики онкологических заболеваний.

В планах специалистов больницы – расширить объёмы выездной работы с населением, а также сформировать «онконастороженность» у жителей региона. Главная задача – убедить людей в том, что необходимо ежегодно проходить профилактические осмотры и внимательно относиться к своему здоровью.

Сотрудники отделения медицинской профилактики посетят промышленные предприятия города и области. Особое внимание планируют уделить Чапаевску, где много заводов и неблагоприятная экологическая обстановка. На каждом предприятии врачи научат сотрудников методам самообследования, а также проведут бесплатные консультации и осмотры.

Не останутся без внимания и сельские районы области. В центральных районных больницах состоятся занятия «Школ пациентов». На таких занятиях рассказывают о современных методах лечения рака. Здесь же проводится и комплексное обследование: вычисляют индекс массы тела, измеряют артериальное давление, проводят ЭКГ, определяют функции внешнего дыхания, исследуют кровь на глюкозу и холестерин экспресс-методом.

Здоровый образ жизни – это то, что доступно каждому. Физическая активность и спорт, правильный режим труда и отдыха, разумное питание – основные его составляющие. Придерживаясь здорового образа жизни, можно предотвратить возникновение многих онкологических заболеваний.

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. 3а

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>