

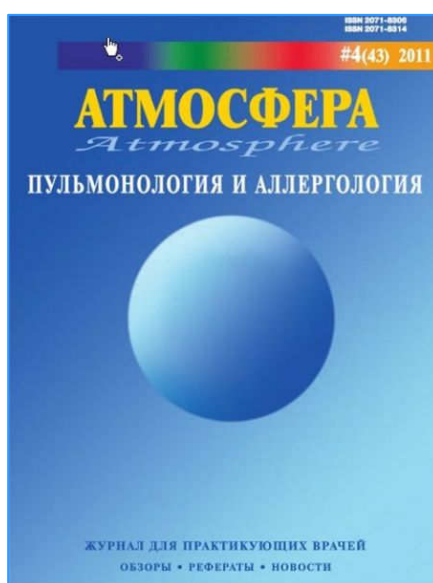


# Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

## Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 5 (май), 2014



## СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ .....	11
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	15

## УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

*Шевченко, Р. Год реализованных стратегий [Текст] / Р. Шевченко // Медицинский вестник. – 2014. – 8 мая (№ 13). – С. 5.*

Данная статья посвящена обсуждению итогов проведенной работы и планов на будущее.

По мнению Вероники Скворцовой, прошедший 2013-й год был первым в реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» и ряда стратегий, разработанных в соответствии с указами Президента РФ, годом отработки методологии, проведения пилотных проектов.

Вероника Скворцова напомнила, что в 2013 году были завершены начатые в 2011 году беспрецедентные по масштабу и финансовому обеспечению региональные программы модернизации здравоохранения. За период их реализации фондооснащенность государственных медицинских организаций в регионах страны повысилась в 2,5 раза по сравнению с 2011 годом: с 7,7 тыс. рублей до 19 тыс. рублей на 1 кв. метр.

Одним из приоритетов модернизации стало развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе в удаленных районах и сельской местности. По количеству ФАПов, сельских врачебных амбулаторий, офисов врача общей практики, введенных в строй, принятый в 2010-2011 годах исходный план был перевыполнен на 16,7%, причем число врачебных сельских служб увеличилось более чем на 1,5 тысячи. Это позволило повысить мощность сельских амбулаторных служб в целом на 6,6 тысячи посещений в смену. Активно развивались выездные формы медицинской помощи, в эту работу включены 915 мобильных медицинских комплексов, в том числе 204 передвижных комплекса для диспансеризации, 27 центров здоровья, 58 врачебных амбулаторных бригад, передвижные ФАПы, сформировано более 8,5 тысячи выездных врачебных бригад, полностью оснащенных портативным диагностическим оборудованием.

Запомнился прошедший год и как период активного развития профилактического направления. Диспансеризацию прошли 35 млн. человек. Ее итоги показали, что почти 44% взрослого населения имеют уже сформированные хронические неинфекционные заболевания. Министр подчеркнула, что диспансеризация не формальность – по ее результатам впервые было назначено лечение 21% обследованных – это более 5 млн. человек.

Не обошла своим вниманием Вероника Скворцова и проблемы кадров, сообщив, что в начале 2013 года во всех регионах приняты кадровые программы, направленные на повышение квалификации медработников и поэтапное устранение их дефицита.

Главным итогом всех усилий Вероника Скворцова назвала улучшение здоровья россиян. За 2013 год умерло на 34,5 тыс. человек меньше, чем в 2012 году. Общая смертность снизилась до показателя 13 на 1000 населения.

Достоверно снизилась смертность россиян от главной причины – болезней системы кровообращения (на 4,5%), достигнув уровня, который ожидался только к 2015 году. Смертность от туберкулеза снизилась почти на 10%, целевой индикатор 2012 года существенно перевыполнен, достигнуто значение, которое в 2011 году планировалось лишь на 2020 год. Снижение смертности от онкологических заболеваний установлено в 32 регионах, однако в масштабах всей страны этот показатель значимо не изменился, что, по мнению главы Минздрава, еще раз подтверждает необходимость активного диагностического скрининга с целью выявления онкологических заболеваний на самых ранних стадиях.

Впрочем, наличие целого ряда нерешенных проблем в Минздраве вполне осознают. Подтверждением этому могут служить слова Вероники Скворцовой, которыми она закончила свое выступление: – Нами совместно сделано немало, но в отрасли накопилось столько проблем, что до выстраивания реально эффективной и комфортной для населения системы здравоохранения нам еще очень далеко. Предстоит решать многие организационные, смысловые, кадровые проблемы.

**Развитие здравоохранения признано эффективным [Текст] // Медицинский вестник. – 2014. – 8 мая (№ 13). – С. 3.**

Программа «Развитие здравоохранения» вошла в пятерку госпрограмм (из 38), реализация которых признана правительством высокоэффективной. Еще восемь программ получили среднюю оценку эффективности, пять – ниже среднего, и три названы неэффективными. Об этом сообщил Дмитрий Медведев на заседании кабинета министров, в ходе которого проходило обсуждение итогов реализации госпрограмм в 2013 году.

Как сообщил премьер-министр, в условиях сокращения финансирования госпрограмм надо более четко выделять приоритеты их выполнения.

Тем временем Правительством России утверждены новые редакции госпрограмм «Развитие здравоохранения» и «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» до 2020 года. Соответствующие постановления подписал Дмитрий Медведев.

Госпрограммой «Развитие здравоохранения» прописаны два этапа ее реализации. Первый – с 2013 по 2015 год, он отведен на структурные преобразования. Второй – с 2016 по 2020 год – развитие инновационного потенциала в здравоохранении. Финансовое обеспечение программы на весь период ее действия должно составить 26 620,8 млрд. рублей. Из средств федерального бюджета – 2451,2 млрд. рублей, консолидированных бюджетов субъектов Федерации – 11 079,4 млрд. рублей, ФОМС – 13 090,2 млрд. рублей. Объемы финансирования госпрограммы будут уточняться при составлении проектов бюджетов на соответствующий год и плановый период.

Эффективность реализации программы будет определяться достижением к 2020 году следующих показателей. Снижением смертности от всех причин до 11,4 случая на 1000 населения. Снижением младенческой смертности до 6,4 случая на 1000 родившихся живыми. Снижением смертности (на 100 тыс. населения) от болезней системы кровообращения до 622,4 случая, от дорожно-транспортных происшествий – до 10, от новообразований (в том числе от злокачественных) – до 190, от туберкулеза – до 11,2. Снижением потребления алкогольной продукции до 10 и распространенности потребления табака среди взрослого населения до 25%, среди детей и подростков – до 15%. Снижением заболеваемости туберкулезом до 35 случаев на 100 тыс. населения. Увеличением ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 года. Увеличением к 2018 году средней заработной платы врачей и работников медорганизаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медуслуги, от средней заработной платы в соответствующем регионе до 200%, а также увеличение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала и младшего медперсонала от средней заработной платы в соответствующем регионе до 100%.

\*\*\*

**Волгина, И. Бюджету в помощь [Текст] / И. Волгина // Медицинский вестник. – 2014. – 28 апр. (№ 12). – С. 8.**

В статье представлен положительный пример внедрения программного продукта «Персонализированный учет лекарственных средств» в Ульяновской области.

По информации Минздравсоцразвития Ульяновской области, программный продукт используется в государственных учреждениях здравоохранения региона и является компонентом региональной медицинской информационной системы. Разработка проекта осуществлялась в рамках реализации программы модернизации, а его финансирование обеспечено средствами федерального и регионального бюджетов. Разработчиком системы стала компания «Волга-мед», которая обеспечила запуск проекта, его дальнейшую техническую и информационную поддержку.

При построении региональной информационной системы профильное министерство выдвинуло сразу несколько ключевых требований. Прежде всего встал вопрос о формировании единой базы данных всех задействованных в программе ЛПУ с одновременным размещением информации на мощностях Ульяновского областного медицинского информационно-аналитического центра. Кроме того, предусматривались использование единого справочника лекарственных средств и изделий медицинского назначения для всех ЛПУ и интеграция с про-

граммным продуктом уполномоченного склада Ульяновской области и региональной медицинской информационной системы.

В качестве единого справочника лекарственных средств был выбран Государственный реестр лекарственных средств – база данных «VIP», содержащая свыше 250 тыс. наименований, который обновляется каждые две недели. Это позволяет всем учреждениям региона работать в единых официально зарегистрированных наименованиях, а также обеспечивает корректную аналитику.

Главной задачей при реализации проекта стало создание прозрачной системы отслеживания оборота медикаментов от момента поступления лекарств в аптеку ЛПУ до момента его получения конкретным пациентом. Для этого обучение работе в системе прошли более 3 тыс. пользователей (специалисты аптек, главные, старшие и постовые медсестры отделений ЛПУ, клинические фармакологи, заместители главного врача по лечебной работе) из 78 лечебных учреждений.

С вводом программы появилась возможность постоянного контроля сроков годности медикаментов. Программа легка в обращении, даже у постовых сестер, многие из которых прежде не имели навыка работы с компьютером, сложностей при освоении программного продукта не возникло.

Его использование решает и еще одну важную задачу: упрощение процесса мониторинга ценовой и ассортиментной доступности препаратов списка ЖНВЛП.

В системе реализована возможность ввода информации по ЖНВЛП в базу Росздравнадзора в автоматическом режиме. Это позволило в значительной степени сократить время ввода информации, а также исключить технические ошибки, связанные с операторским вводом. До внедрения системы эта работа выполнялась вручную отдельным оператором.

Помимо прочего система может выдавать сводные аналитические данные по всем ЛПУ региона, что важно для специалистов профильного областного министерства. Для выполнения этой задачи применена технология OLAP кубов, основными преимуществами которых является возможность гибкой смены «срезов» информации и уровня ее детализации, централизованное редактирование отчетов (в случае изменения требований), а также возможность формирования компактного отображения для улучшения восприятия.

В региональной системе уже реализована возможность в режиме онлайн получать актуальную детализированную информацию о поставках, расходе и запасах медикаментов в ЛПУ (в суммовом и количественном выражении с выделением общебольничных расходов и расходов на лечение пациентов и др.).

Возможности системы позволяют иметь данные о количестве пролеченных пациентов в ЛПУ, о среднем расходе на 1 койко-день (для любого отчетного периода и о среднем расходе на 1 случай заболевания) и др. Как отмечают пользователи системы, информация может быть отображена в любом необходимом для анализа виде, при этом может быть использован определенный фильтр или «срез». Например, система позволяет получать данные по временному интервалу, в разрезе ЛПУ, по отделению внутри ЛПУ, по фармакологическим группам и номенклатуре препаратов, по источникам финансирования, по поставщикам, по стране производства, по принадлежности лекарственного препарата к перечню ЖНВЛП, по МКБ-10, по возрастным группам пациентов и др. В результате использования аналитической отчетности региональной системы персонифицированного учета руководители ЛПУ и специалисты министерства имеют возможность выбрать интересующие данные и параметры отбора, а затем получить результат выборки с актуальной информацией.

\*\*\*

**Алмазов, А. А. Переход на эффективный контракт: от организационно-методических мероприятий к автоматизации [Текст] / А. А. Алмазов // Здравоохранение. – 2014. – № 4. – С. 34-41.**

Под эффективным контрактом в сфере здравоохранения понимается трудовой договор с медицинским работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки деятельности для назначения стимулирующих



выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

Подготовленный Минздравом России комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами являет собой пример системного подхода к целенаправленному управлению в сфере здравоохранения, когда изначально определены три стратегических направления:

- совершенствование планирования и использования кадровых ресурсов отрасли;
- совершенствование системы подготовки специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием;
- формирование и расширение материальных и моральных стимулов медицинских работников.

В менеджменте современных медицинских организаций требуется научно-практическое обоснование связи проводимых преобразований с инновациями в кадровой политике. Аналогично все три стратегии кадровой политики целесообразно реализовывать и на уровне медицинской организации, сопровождая внедрение анализом его эффективности. Особое место в системе кадровых преобразований занимают вопросы оплаты труда, перевод работников на эффективный контракт, совершенствование стимулирующих критериев оплаты труда в ЛПУ.

Решение данной задачи является комплексным и включает в себя:

- обобщение нормативных правовых документов по оплате и мотивации труда в здравоохранении;
- обоснование унифицированного подхода к отбору и расчету индикаторов эффективности работы медицинской организации, ее руководителей, врачебного, а также среднего и младшего персонала;
- разработка методического подхода к оценке, учету и отчетности медицинских организаций по вопросам оплаты труда и выполнению целевых индикаторов Указа Президента Российской Федерации на уровне субъектов РФ;
- подготовка примерных положений по количественной оценке персональных критериев результативности работы сотрудников медицинской организации, контрольные формы, мониторинговые таблицы и иные рекомендации текущего управления системой оплаты труда;
- формирование практических рекомендаций по начислению заработной платы в условиях заключения эффективного контракта.

К задачам менеджмента в медицинских организациях, осуществляющих переход на эффективный контракт, следует отнести:

- заключение и расторжение трудового договора с учетом результативности и качества труда;
- изменение подхода к нормированию труда, использованию и учету рабочего времени;
- формирование требований к определению рабочего места, автоматизации процессов - электронному учету и документообороту и пр.;
- усовершенствование контроля профессиональных навыков, умений и компетенций на основе пересмотра тарифно-квалификационных требований и процедур аттестации и аккредитации;
- пересмотр соотношения между показателями «базовая» и «стимулирующая» части оплаты труда и их наполнением.

При введении эффективного контракта в каждом медицинском учреждении следует провести комплекс организационных мероприятий.

Сформировав фонд стимулирования труда персонала, необходимо определить критерии для расчета выплат конкретным сотрудникам. Существуют как минимум три уровня таких критериев:

I – для медицинской организации в целом;

II – для подразделения и III – для конкретного сотрудника. В части подразделений рекомендуется индивидуальный подход. Например, показатель смертности для терапевтического и реанимационного отделений стационара нельзя использовать для определения критериев

качества работы отделения. Также имеет смысл выделять тип подразделения (центр затрат, центр доходов, центр инвестиций).

Помимо основных критериев доступности и качества медицинской помощи, определенных постановлением Правительства РФ № 1074 (удовлетворенность населения медицинской помощью в процентах от числа опрошенных; смертность населения (число умерших на 1 тыс. человек); смертность населения от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек); смертность населения от новообразований, в том числе злокачественных (число умерших от новообразований, в том числе злокачественных, на 100 тыс. человек); и пр.), следует применять критерии выполнения норм выработки, нагрузки и функции врачебной должности.

Данные критерии должны включать в себя следующие условия:

- применение стандартов оказания медицинской помощи;
- достижение установленных показателей организации лечебно-диагностического процесса (процентный показатель случаев выздоровления, процентный показатель снятых (переданных на другой этап) с Д-учета, процентный показатель умерших, процентный показатель инвалидов и др.);
- достижение показателей результата профилактики, диагностики, лечения;
- удовлетворенность пациентов результатами лечения (процентный показатель обоснованных услуг, отсутствие обоснованных жалоб и пр.);
- повышение профессионального уровня;
- показатели экономической эффективности работы (отсутствие нареканий в ходе проведения внутренней и внешней экспертизы качества; отсутствие штрафных санкций и пр.);
- соблюдение этических норм, трудовой дисциплины, деонтологии.

Необходимо глубоко проработать методику вычисления на основе первичных показателей, влияющих на оценку по установленным критериям. Нужно, чтобы первичные показатели были объективными, а формула расчета оценки учитывала все субъективные искажающие факторы (пример - показатель «обоснованные жалобы пациента»). Необходима не только система регистрации таковых, но и признанная в коллективе система их отработки и признания обоснованными или необоснованными, с тем чтобы исключить влияние субъективного желания руководителя учесть или не учесть ту или иную жалобу в отношении конкретного сотрудника. Оценка со стороны руководства лучше использовать как отдельный критерий с соответствующим весовым коэффициентом.

В связи со значительной трудоемкостью дальнейшего регулярного расчета показателей для начисления стимулирующей части заработной платы учет большинства из них можно и нужно автоматизировать. Для этого рекомендуется использование практически повсеместно существующих информационных систем кадрового учета и расчета заработной платы. В большинстве случаев придется несколько расширить имеющиеся системы (в основном, «1С», «ПАРУС») дополнительными функциональными возможностями (модулями).

Кадровая информационная система должна располагать функционалом по формированию перечня показателей с формулами их расчета. Первичные данные для расчета показателей можно вносить вручную, в разных местах, разными закрепленными сотрудниками. Это требует наличия удобного интерфейса. Однако такой подход достаточно примитивен и может только облегчить непосредственно расчет заработной платы в соответствующей информационной системе (если таковая применяется в организации).

Наибольший эффект даст проведение интеграции кадровой системы с другими информационными системами организации и максимально возможное оперирование данными, поступающими непосредственно из системы (из форм, отчетов и пр.).

Например, время ожидания визита к врачу может поступать из системы электронной записи, внедренной уже во многих медицинских учреждениях; показатели заболеваемости и оборота коечного фонда – из систем медицинской статистики и отчетности; часть данных по оказанию медицинских услуг – из систем электронного документооборота с ФОМС и т. д.

Настройка интеграции данных – не очень сложный технический процесс (особенно при условии грамотного построения архитектуры информационных систем в организации), требующий тем не менее некоторых организационных усилий и четкой регламентации (когда, какие показатели считываются).

Самыми важными блоками подсистемы оценки являются четвертый (формирование перечня фактических показателей), пятый (расчет итоговой оценки) и седьмой (расчет мотивационной надбавки). Автоматизация седьмого блока может быть реализована по-разному в зависимости от применяемой в организации в настоящее время информационной системы расчета и начисления оплаты труда.

Для руководителя, применяющего принципы эффективного контракта в целях повышения результативности управления и мотивации персонала на качественную работу, наиболее привлекательна возможность аналитики как результат автоматизации расчета критериев. Вопрос замены показателей теми, которые применяются в медицинской организации, состоит только в определении и утверждении таковых. Никаких технических препятствий для этого нет ни в одной системе, используемой сейчас в других отраслях для решения данной задачи.

\*\*\*

*Ирошников, Л. В. Удовлетворенность граждан качеством и доступностью медицинской помощью [Текст] / Л. В. Ирошников, С. И. Семисчастнов, Н. В. Борисова // Экономист лечебного учреждения. – 2014. – № 5. – С. 55-59.*

В данной статье рассматривается удовлетворенность граждан качеством медицинской помощи на примере Рязанской области.

*Удовлетворенность* – это состояние согласия, совпадения ожидаемого результата и происходящего в действительности. Пациент, получая медицинские услуги, становится потребителем – клиентом медицинской организации (МО), который активно участвует в процессе выполнения медицинской услуги.

Удовлетворенность населения медицинской помощью зависит от ряда субъективных ощущений и объективных факторов. На удовлетворенность пациентов влияют:

- внешние (условия предоставления помощи, санитарно-гигиеническое состояние МО и др.),
- сервисные (организация и этапность оказания помощи, наличие специалистов, аппаратуры и др.),
- коммуникативные (отношение, внимание, доброжелательность, гуманизм медицинского персонала) характеристики медицинской помощи, доступные пониманию и оценке массового потребителя.

Каковы же методы оценки удовлетворенности пациентов?

Право пациентов на оценку КМП закреплено действующим законодательством: пункты 8-10 статьи 16 Федерального закона РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ гарантируют застрахованным лицам возмещение ущерба СМО и МО, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

Одним из методов определения микросоциального показателя социальной результативности являются жалобы и письма в различные инстанции. Это пассивный, наименее объективный процесс оценки, т. к. зачастую жалобы подают одни и те же лица, часто страдающие психическими заболеваниями. Недостаток в том, что этот метод дает информацию только о крайних отклонениях в лечении больного, чаще об отрицательных результатах.

Для оценки социальной результативности целесообразней использовать социологические методы. Для этой цели составляются анкеты, проводятся опросы для выявления уровня удовлетворенности пациентов тех или иных медицинских организаций и пожеланий, предложений застрахованных.

В статье приведен опыт проведения социологических опросов в Рязанской области. С 2004 г. территориальным фондом ОМС Рязанской области изучается мнение пациентов, получающих помощь в медицинских организациях г. Рязани и области, о бесплатности и КМП. С этой целью раз в 2 года проводится социологическое исследование путем анонимного анкетирования. Специалисты ТФОМС сформулировали вопросы анкеты, которую рекомендовали использовать для изучения мнения потребителей медицинских услуг по вопросам: информированности застрахованных в сфере ОМС, доступности, безопасности, сво-



временности оказания медицинской помощи, стоимостной составляющей предоставления медицинской помощи. Приказом Федерального фонда ОМС от 29.05.2009 №118 «Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством оказанной медицинской помощи при осуществлении ОМС» введена единая форма анкеты с унифицированными критериями. Анализ субъективных ответов на вопросы, указанные в анкете, позволяет определить относительный уровень удовлетворенности КМП.

В опросах приняли участие пациенты стационаров всех типов, поликлиник, женских консультаций и других МО, оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС, различного возраста и социального статуса. Удельный вес населения, охваченного анкетированием, увеличился с 0,1% в 2004 г. до 0,6% в 2012 г. В 2005 г. опросами было охвачено 1 312, в 2006 г. – 1 775, в 2007 г. – 1 615, в 2008 г. – 1522, в 2009 г. – 3 241, в 2010 г. – 3 774, в 2011 г. – 4 337 и в 2012 г. – 6365 респондентов.

Уровень удовлетворенности КМП в период с 2005 до 2012 г. превысил 64,0%, показатель варьирует от 59,2% (самый низкий уровень в 2011 г.) до 86,6% (самый высокий уровень в 2009 г.).

При анализе показателей, характеризующих удовлетворенность населения КМП, выявляются проблемы, требующие решения. Основной причиной неудовлетворенности граждан на протяжении последних лет остается необходимость оплаты медицинской помощи из личных средств. При этом высказывается положительное мнение об уровне профессиональной подготовки медицинского персонала.

Параллельно с упомянутыми выше опросами пациентов в Рязанской области проводится анкетирование медицинских работников. В опросе принимают участие врачи и средний медицинский персонал разных специальностей с различным стажем работы. Результаты исследований позволяют оценить уровень правовых и экономических знаний медицинских работников, а также определить настрой респондентов на всевозможные инновации, реформирование здравоохранения и др. Анализ ответов выявил, что медицинские работники гораздо строже оценивают показатели качества оказываемой медицинской помощи.

Итоги социологических опросов являются важным информационным каналом «обратной связи» для руководителей органов и учреждений здравоохранения, принимающих управленческие решения по совершенствованию организации и оплаты медицинской помощи, а также оптимизации работы медицинских организаций.

\*\*\*

***Нагибин, О. А. Проблемы прикрепления населения на медицинское обслуживание к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь [Текст] / О. А. Нагибин // Экономист лечебного учреждения. – 2014. – № 5. – С. 29-32.***

Выбор медицинской организации и лечащего врача является одним из базовых условий, обеспечивающих эффективность страхового механизма, наряду с другими обязательными условиями. До принятия законов «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» вопросы выбора пациентом медицинской организации и территориальной доступности медицинской помощи неоднократно обсуждались в СМИ и на уровне руководителей профильного министерства. В статье рассмотрены нормативные и практические решения данной проблемы отечественного здравоохранения.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, принятая постановлением Правительства РФ от 22.10.2012 №1074, предъявляет требования к территориальным программам в части «определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи, в т.ч. и условия реализации установленного законодательством страны права на выбор врача, включая врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом его согласия)».

Есть такая же ссылка в ФЗ РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» – в пункте 4 главы 4 записано: «Выбор медицинской

организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Данная норма дублируется в ФЗ РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 21 «Выбор врача и медицинской организации». В ней же, в пункте 2, зафиксирован участковый принцип оказания первичной медико-санитарной помощи: «Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу».

Минздравсоцразвития России в приказе от 15.05.2012 №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» пунктах 12-14 определил, что «первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу. Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории... Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан».

Сегодня к городским поликлиникам прикрепляются граждане, проживающих в поселках, селах и деревнях, находящихся на расстоянии до 20-30 км от города Рязани. Это понятно и логично. Данное население работает в городе и, естественно, выбирает для медицинского обслуживания медицинскую организацию рядом с работой. Тем более что уровень сельских амбулаторий заведомо проигрывает любому городскому учреждению. Часть горожан из спальных районов также часто предпочитает поликлинику рядом с работой. О каком территориально-участковом принципе формирования терапевтического участка в поликлиниках при реализации прав застрахованных на их выбор может идти речь, если радиус территории обслуживания может доходить до нескольких десятков километров.

Кроме этого в приказе МЗСР РФ от 15.05.2012 №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», приложении 5 «Правила организации деятельности отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра врачей общей практики (семейной медицины)» пункте 7 четко регламентированы временные рамки оказания неотложной помощи: «Неотложная медицинская помощь на дому осуществляется в течение не более 2 часов после поступления обращения больного или иного лица об оказании неотложной медицинской помощи на дому». Вопрос о выполнении этого временного норматива на таком удалении медицинского учреждения от места пребывания пациента остается открытым...

Исходя из логики ответов страховых компаний, поликлиникам либо необходимо закупать вертолеты, либо открывать филиалы в каждом районе города для организации там отделений оказания неотложной помощи. Средняя скорость движения в крупных городах в час пик (по данным ГИБДД не более 10 км/час). Не исключена ситуация, когда все машины будут задействованы в оказании неотложной помощи на удаленных территориях. Это не даст возможность обслужить близлежащие вызовы. Тем самым будут ущемлены права пациентов, действительно прикрепленных к поликлинике по территориально-участковому принципу, в своевременной и качественной неотложной медицинской помощи. Таким образом, и вопрос о доступности медицинской помощи, а также о соблюдении прав пациентов, проживающих непосредственно на территории обслуживания поликлиники остается открытым...

Казалось бы, проблему можно легко решить с помощью регионального тарифного соглашения, разделив подушевой норматив на оказание амбулаторной медицинской помощи между разными медицинскими организациями: одно учреждение, например, оказывает неотложную медицинскую помощь, другое – профилактическую, и оба – одному и тому же пациенту... Нет, это невозможно и противоречит самой методике формирования подушевого норматива, разрушая его единство. Сводит на нет принцип «деньги следуют за пациентом». Такая практика привела бы к хаосу в оплате медицинской помощи. Но дифференцировать тариф для медицинских учреждений по количеству удаленных неотложных вызовов, и внести такую градацию в

тарифное соглашение было бы логичным. Стоимость тарифа должна расти пропорционально удалению места проживания пациента от медицинской организации.

Хотелось бы коснуться еще одного аспекта. Приказ МЗСР РФ от 15.05.2012 №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (п. 15, 18) определяет численность прикрепленных «граждан на терапевтическом участке – 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше». А что делать, если количество прикрепившихся составляет меньше 1700? Как организовать терапевтический участок? Как осуществлять денежные выплаты за оказание дополнительной медицинской помощи участковыми врачами-терапевтами? Как обеспечить доступность помощи при разбросанности адресов по всему городу? Что делать с врачом через год, если от поликлиники открепится 1700 человек?

Должны были дать ответы на эти вопросы приказы МЗСР РФ от 26.04.2012 №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», от 26.04.2012 №407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования о замене лечащего врача» или территориальные программы ОМС, но они оставили все злободневные вопросы «в стороне», предоставив ежедневно решать их руководству медицинских организаций...

## МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

*Сергеев, А. Рынок IT-медицины – это триллионы рублей в год [Текст] / А. Сергеев // Волжская коммуна. – 2014. – 6 мая (№ 112). – С. 10.*

Об успехах на рынке IT-медицины корреспонденту «ВК» рассказал ректор Самарского государственного медицинского университета, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ Геннадий Котельников.

В современном здравоохранении возникает устойчиво растущий спрос на новые технологии и продукты, способные перенести достижения в сфере информационно-коммуникационных технологий и точного машиностроения в здравоохранение. Это связано с необходимостью технического обеспечения решения задач, вызванных ростом требований потребителей услуг к доступности и качеству оказания медицинской помощи, времени и эффективности реабилитации после лечения, эффективности использования средств, выделяемых на лечение и реабилитацию пациентов.

Рынок продукции в сфере информационных технологий в медицине только формируется в мире и имеет очень хорошие перспективы роста. Согласно проведенным маркетинговым исследованиям, емкость рынка продукции IT-медицины только стран ЕВРАЗЭС и БРИКС превышает 250 млрд. рублей, при том что спрос на данную продукцию находится только в стадии формирования. Емкость рынка Евросоюза и США кратно превышает приведенное значение и составляет более 3 трлн. рублей. Причем, так же как и в случае нанотехнологий, спрос существенно увеличивается с выходом на рынок новых продуктов или услуг. Они фактически формируют его. В настоящий момент, по экспертным оценкам, занятость рынка составляет 20-35%, в зависимости от конкретных видов продукции или услуг.

Правительство Самарской области по инициативе ученых и бизнес-сообщества приступило к решению задачи по формированию в регионе новой отрасли экономики – информационные технологии в медицине. Данное направление является одним из приоритетных в развитии экономики региона, и в настоящее время совместно с Самарским государственным медицинским университетом, техническими вузами Самарской области и IT-компаниями уже начат комплекс мероприятий, направленных на развитие указанной отрасли.

В своей деятельности Самарский государственный медицинский университет уделяет большое внимание развитию компетенций, лежащих на стыке различных областей знания, –

наиболее перспективных как с точки зрения науки и практического здравоохранения, так и с позиции последующего формирования на их основе наукоемкого бизнеса. Начиная с 2010 года одним из ключевых направлений развития университета является медицинская информатика – перспективное направление в мире, объединяющее самые современные информационно-коммуникационные технологии, методы подготовки врачей, разработку и внедрение новейших методик диагностики и лечения заболеваний. В тесной кооперации ученых, инженеров и IT-специалистов региона был разработан целый ряд новых продуктов, вызвавших интерес покупателей более чем из 20 стран мира. Интерес к совместной работе с самарскими учеными и специалистами в сфере информационных технологий в медицине уже высказали такие мировые научно-образовательные центры, как Университет Суррея (Великобритания, University of Surrey), университет Дуйсбург-Эссен (Германия, Universitat Duisburg-Essen), университет имени Генриха Гейне (Германия, Heinrich-Heine-Universitat Diisseldorf), Онкологический институт Roswell Park (США, Roswell Park Cancer Institute), институты Общества Фраунгофера, компаний Microsoft и Wolters Kluwer Health / Ovid technologies.

Серьезным шагом в развитии новой отрасли экономики региона явилось вхождение Самарского государственного медицинского университета в число 19 победителей (из 130 участников) конкурса, проведенного Минобрнауки России и Минкомсвязи России, по развитию исследовательских центров мирового уровня в области информационных технологий.

С участием специалистов университета разработан план мероприятий - «дорожная карта» - по поддержке IT-медицины в Самарской области. Специалистами СамГМУ разработана концепция создания опытно-экспериментального производства аппаратных компонентов продуктов IT-медицины в Самарской области, согласованная с министерством экономического развития, инвестиций и торговли и министерством промышленности и технологий Самарской области.

Ученые СамГМУ вошли в состав экспертного совета совместно с министерством здравоохранения, министерством социально-демографической и семейной политики, ведущими IT-компаниями по формированию задач и организации внедрения достижений в области IT-медицины в практическое здравоохранение. Его заседания проводятся на регулярной основе.

В настоящее время учеными университета в рамках программы развития исследовательского центра мирового уровня инициированы и формируются 15 новых проектов в области IT-медицины совместно с IT-компаниями.

При взаимодействии и поддержке Инновационного фонда Самарской области СамГМУ было установлено взаимодействие с ведущими компаниями в сфере информационных технологий, производственными предприятиями, работающими в Самарской области. В 2012 году в СамГМУ (впервые среди медицинских вузов России) создан и оснащен научно-образовательный центр «Виртуальные технологии в медицине». Здесь сосредоточены симуляционные, мультиагентные и облачные технологии, 3D-технологии, центром осуществляется координация, обеспечение и выполнение научно-исследовательских, учебно-методических, инновационно-внедренческих работ по проблемам изучения и внедрения виртуальных технологий в медицинской науке и практике.

К текущему моменту в числе уже реализованных проектов можно назвать, например, разработку и организацию высокотехнологичного производства аппаратно-программного комплекса «Виртуальный хирург» для 3D-моделирования операционного процесса для обучения врача-хирурга методикам открытой хирургии, методикам эндоваскулярной и эндоскопической хирургии на этапах додипломного и последипломного образования. Еще один проект - создание 3D-атласа нормальной и патологической анатомии грудной и брюшной полостей человеческого тела. Кроме того, создан обучающий мультимедийный 2D-комплекс для отработки навыков и тестирования в хирургии. Еще одним проектом стало создание программного комплекса анализа нефрологических ультразвуковых изображений. Также в области реализуется система мониторинга состояния здоровья граждан на основе универсального программно-аппаратного комплекса для дистанционного забора, передачи и анализа параметров жизнедеятельности человека.



***В Томске разработали уникальный аналог костной ткани [Текст] // Здравоохранение. – 2014. – № 4. – С. 9.***

Сотрудники Института физики прочности и материаловедения (ИФПМ СО РАН) и Томского государственного университета (ТГУ) создали нанокерамический аналог природной кости, не отторгаемый организмом. Разработка уже прошла испытания на животных и готовится к клиническим исследованиям.

Целью исследователей было создание нанокерамического пористого материала, близкого к кости по структуре и механическим свойствам и пригодного для изготовления протезов мелких суставов, например суставов пальцев.

«Биосовместимость протезов из нового материала обеспечивается модификацией внешних и внутренних поверхностей. Первые обрабатывались методом магнетронного напыления, вторые – с помощью химической обработки, результатом чего стало образование кальций-фосфатного покрытия».

В настоящее время уже завершены доклинические исследования нанокерамических протезов на животных, проводившиеся «Биомедицинскими технологиями» – мелкие протезы из нанокерамики показали полное врастание. Ранее в Университете Крита были проведены исследования с клеточными культурами, которые показали, что материал протезов воспринимается организмом не как инертное инородное тело, а как собственная ткань. После завершения клинических испытаний томские исследователи рассчитывают получить лицензию на запуск производства нанокерамических протезов.

\*\*\*

***Демихова, О. К новым технологиям [Текст] / О. Демихова // Медицинская газета. – 2014. – 30 апр. (№ 32). - С. 7.***

В статье рассказывается о трансляционной медицине. Особенностью современной медицины является её трансляционность, то есть быстрое внедрение результатов фундаментальной науки в клиническую практику.

Примером достижений и преимуществ трансляционной медицины стала расшифровка в конце 1998 г. генома микобактерии туберкулёза (МБТ). Результаты этого исследования стали основанием для разработки и внедрения в практику уже в первом десятилетии XXI века молекулярно-генетических экспресс-методов идентификации микобактерий до вида, а также экспресс-методов, позволяющих ускорить выявление лекарственной устойчивости МБТ до 2 дней и даже 2 часов (метод GeneXpert МТВ/RIF) вместо 2,5-3 месяцев по классическому культуральному методу определения лекарственной устойчивости МБТ к химиопрепаратам. Внедрение этих методов даёт поразительные результаты.

Опыт Центрального научно-исследовательского института туберкулёза показывает, что применение молекулярно-генетических и протеомных методов лабораторной диагностики позволяет в ранние сроки назначить больному адекватную (в соответствии с лекарственной устойчивостью возбудителя заболевания) схему химиотерапии как туберкулёза, в том числе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью МБТ, так и микобактериозов, и таким образом повысить эффективность лечения на 35-40%. В свою очередь, это позволяет сократить сроки стационарного лечения и способствует предупреждению распространения туберкулёзной инфекции.

Цифровая радиография появилась, как и другой метод цифрового изображения – компьютерная томография, в 70-80-е годы прошлого века, но они столь быстро эволюционируют и внедряются в практику, что также представляют один из примеров трансляционной медицины, значительно расширяющей возможности диагностики, дифференциальной диагностики и мониторинга лечения туберкулёза.

Эти новые диагностические технологии являются революционным прорывом в сфере борьбы с туберкулёзом и вселяют надежду на победу над этим страшным заболеванием в будущем.



**Сироженко, Ю. Без швов на шее [Текст] / Ю. Сироженко // Медицинская газета. – 2014. – 30 апр. (№ 32). – С. 12.**

В статье представлен уникальный опыт российских хирургов по удалению опухолей щитовидной железы.

Уникальность операций, выполненных эндоскопическим методом, заключается в максимально щадящем и косметически выгодном доступе к опухоли.

Теперь пациентам можно не переживать о послеоперационном шраме на шее. Поскольку операции проводятся через небольшие (5 мм) разрезы в подмышечной впадине и по верхней границе сосковой зоны молочной железы.

По словам специалиста по опухолям головы и шеи, хирурга-онколога, кандидата медицинских наук Марина Неклюдовой, традиционно операции по удалению опухоли щитовидной железы предполагают поперечный разрез (до 5 см) на шее, через который и удаляется опухоль. Однако хирургами отделения онкологической хирургии Лечебно-реабилитационного центра Минздрава России был освоен другой метод, получивший широкое распространение в Японии и Южной Корее, но редко применяющийся в Европе. Для освоения этого метода врачи отделения прошли обучение в Национальном университетском госпитале в Сеуле.

Суть метода заключается в создании пространства над щитовидной железой. Несколько 5-миллиметровых разрезов делается в подмышечной впадине, где не будет видно рубцов, и ещё два разреза по 5 мм каждый – по верхнему краю сосковой зоны молочной железы, где рубцы также не будут заметны. Опухоль или щитовидная железа удаляются через правую или левую подмышечную впадину – в зависимости от места расположения опухоли.

В ходе проведённых операций у 3 пациенток были удалены опухоли размером 1,3 и 4 см соответственно. Они остались довольны результатами и были выписаны через 3 дня после операции.

С помощью этого метода можно удалять практически любые доброкачественные опухоли небольшого размера и злокачественные новообразования на ранних стадиях рака при условии отсутствия метастазов. Другим ограничением к проведению подобной операции является избыточный вес пациента и размер самой опухоли, что зачастую затрудняет операцию, а в отдельных случаях делает её невозможной, требуя применения других операционных методов.

\*\*\*

**Маганова, В. Спасись от рака мозга поможет собственный жир [Текст] / В. Маганова // Комсомольская правда. – 2014. – 21-22 мая (№ 55-56). – С. 19.**

Возможно, ученые приближаются к тому, чтобы победить смертельно опасный рак мозга – опухоль глиобластома. Причем источником для создания лекарства послужит собственная жировая ткань пациента. Именно в жировой ткани содержатся мезенхимальные стволовые клетки, которые легко извлечь. Уже доказано, что они обладают очень ценной особенностью: находят раковые клетки и подавляют их размножение. И если удалить глиобластома и ввести препарат на основе этого вида стволовых клеток непосредственно на место опухоли, то он уничтожит оставшиеся раковые клетки в отдаленных и недоступных для скальпеля областях мозга.

Эту технологию уже испытали на подопытных мышках. Апробация прошла успешно – большинству животных с опухолью мозга удалось продлить жизнь. Инъекции клеток тормозили рост опухолей – рак становился менее агрессивным. В целом мыши, получавшие инъекции, жили 76 дней. А контрольная группа – 52 дня, говорится в отчете американской Медицинской школы Университета Джонса Хопкинса.

*Ученые из Кузбасса создали линзы для лечения ожогов глаз [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2014. - № 4. – С. 71.*

Молодые ученые из Кемерово создали линзы, способные лечить ожоги глаз и способствовать их восстановлению после операций за счет ионообменной технологии.

Аспиранты из Кемеровского государственного университета совместно с инновационным предприятием «Лиомед» представили на томском форуме «U-NOVUS» лечебные глазные линзы.

Разработанная модель способна абсорбировать попавшие в глаз вещества, вызывающие ожог, а также оказывать регенерирующее действие, служить стерильной повязкой при механическом повреждении глазного яблока и средством профилактики глаукомы и катаракты. Эффективность линз в разы превышает эффективность применяемых в указанных случаях глазных мазей и гелей.

Всего существует четыре вида разработанных кемеровскими специалистами целебных линз: универсальные (способствующие удалению бактерий и вирусов), абсорбирующие щелочь, кислоту, а также комбинированные (при случаях, когда невозможно определить, чем вызван ожог). Разработчики уже получили патент на свое изобретение и, как только линзы пройдут процедуру медицинской сертификации, изделия поступят в российские больницы и к зарубежным партнерам.

## ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Маркова, А. И. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний среди школьников-подростков в профессиональной деятельности медицинских работников [Текст] / А. И. Маркова // Медсестра. – 2014. – № 4. - С. 30-37.*

В статье рассказывается о межполиклинической научно-практической конференции, которая состоялась в г. Москве, на базе ГБУЗ «ДГП №125 ДЗМ».

С докладом на тему: «Здоровый образ жизни: реалии и перспективы» выступила Т. М. Васильева – главный врач ГБУЗ «ДГП №125 ДЗМ». Она отметила, что конференция была инициирована сотрудниками поликлиники, т.к. назрела ситуация для радикальных действий и объединения усилий науки и практики по укреплению здоровья детей и подростков и формированию здорового образа жизни. Актуальность этой деятельности вызвана резким снижением уровня здоровья школьников, обусловленным влиянием многочисленных факторов, среди которых значительная роль принадлежит социально-экономическому фактору, нездоровому образу жизни подростков, распространенности потребления психоактивных веществ, изменению мотивационно-ценностных ориентаций. В этой связи снижение поведенческих факторов риска, формирование здорового образа жизни сегодня актуальны как никогда.

Стратегия управления здоровьем детского населения предполагает:

- увеличение числа здоровых детей за счет снижения факторов риска;
- снижение частоты хронических заболеваний.

Решение этих задач требует ресурсного обеспечения, кадрового потенциала и условий для обеспечения контакта пациента с врачом. Т. М. Васильева отметила, что в поликлинике имеются все возможности для усиления профилактического направления во всем пространстве учреждения – для детей от 0 до 18 лет. Поликлиника обеспечена уникальным диагностическим оборудованием, высококвалифицированными кадрами. Профилактическое отделение включает кабинет здорового ребенка, кабинет профилактики заболеваний дошкольников и школьников, Центр здоровья и кабинет профилактики заболеваний органа зрения.

В структуре поликлиники имеется дополнительное отделение – консультативно-реабилитационное с дневным стационаром на 100 коек. Структурной единицей поликлиники является также учебно-методический кабинет, на базе которого проводятся занятия по повышению уровня знаний у медицинских работников и отработки практических навыков без отрыва от работы.

Т. М. Васильева отметила, что в коллективе поликлиники сформированы профилактическое мышление и мотивации гигиенического обучения пациентов, что является залогом успешной работы по воспитанию здорового образа жизни.

С проблемным докладом «Ранняя профилактика заболеваний и здоровый образ жизни: задачи, стоящие перед службой медицинской профилактики города Москвы» выступила Н. В. Погосова, проф., д-р мед. наук, главный специалист по профилактической медицине Департамента здравоохранения Москвы. Н. В. Погосова охарактеризовала общую ситуацию состояния здоровья населения страны и Москвы в частности. Она отметила, что за последние годы повысилась рождаемость. Наблюдается тенденция снижения смертности населения за счет в первую очередь лечебной работы. 44% населения имеют факторы риска (АГ, ХС, курение, дефицит овощей и фруктов, ожирение, алкоголь, низкая двигательная активность). Было подчеркнуто, что отягощенность детского населения по факторам риска составляет 60%, а по отдельным регионам – до 80%. Основная работа по улучшению здоровья населения должна проводиться в соответствии с профилактическими программами по борьбе с НИЗ. Кроме общегосударственной профилактической программы должны быть региональные. Действующими структурами в этом направлении являются отделения медицинской профилактики в каждом ЛПУ, Центры здоровья, школы здоровья, кабинеты по отказу от курения. В основе профилактической работы лежит диспансеризация, организованная по участково-территориальному принципу и с помощью мобильных комплексов. Во время диспансеризации необходимо выявлять факторы риска и осуществлять коррекцию поведения. Необходимо изменение стереотипов поведения. В Москве действует коммуникационная кампания профилактики: пропаганда ЗОЖ, мобильные кабинеты здоровья на выставках, наглядная и печатная продукция. Создаются условия для ведения здорового образа жизни.

Проблеме здоровья детей и новым вызовам века посвятил свое сообщение профессор А. А. Модестов в соавторстве с кандидатом медицинских наук С. А. Косовой (НЦЗД РАМН) «Здоровье детского населения: новые вызовы, новые решения». Акцентировалось внимание на формирование здорового образа жизни у детей как фактора, снижающего заболеваемость, инвалидность и преждевременную смертность во всех возрастных группах. Профессор А. А. Модестов отметил, что для этого необходимо создание глобального профилактического пространства и переход от здоровья популяции к здоровью индивидуума. Основные приоритеты, как отметил докладчик, в охране здоровья детского населения – это: питание, инфекционные болезни, травмы и насилие, физическая окружающая среда, здоровье подростков, психосоциальное развитие и психическое здоровье.

Наиболее острую проблему современности – борьбу с наркоманией – осветил профессор А. В. Ляхович (НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова). В докладе: «Профилактика наркоманий на современном этапе» было обращено внимание на то, что этой проблеме в России сравнительно недавно стали уделять внимание, и в аспекте профилактики ничего не меняется. Наркомания – проблема подростковая, молодежная. Она актуальна не только потому, что влияет на здоровье, а скорее потому, что является причиной смерти молодых людей трудоспособного возраста. Ежегодно от наркотиков погибает 70 тысяч человек.

В настоящее время эпизодически употребляют различные наркотические вещества 16,6% школьников, 24,4-25,5% – учащихся ПТУ, колледжей и 30,6% студентов вузов. В России за последние 10 лет потребление наркотиков увеличилось в 12 раз.

В молодежной среде распространены «дискотечные наркотики» – препараты конопли («травка»), экстази, ЛСД и даже героин. В последние три года отмечается всплеск кокаиновой наркомании. Несмотря на запрет свободной продажи кодеин содержащих препаратов, их можно приобрести в аптечной сети. Из препаратов, содержащих кодеин, с добавлением средств бытовой химии, бензина и др. получают «варево» дезоморфин, обладающий высокой токсичностью. Благодаря дешевизне, дезоморфин получил широкое применение. Он составляет 25% от популярности всех наркотических веществ, уступая героину. Дезоморфин вызывает полиорганные поражения. Смерть наступает через год после первой дозы препарата, тогда как в случаях героиновой наркомании человек живет до 5 лет. Распространенность дезоморфина растет. Если 3-4 года назад препарат потребляли в 19 субъектах страны, то в настоящее время – в 70! Существует и проблема нелегальных «дизайнерских» наркотиков, т.е. преобразованных в другой вид

наркотика с похожим эффектом, но отсутствующих в списке запрещенных веществ. Сейчас ежегодно на рынке появляется новый наркотик. Их уже известно около 60.

Заместитель генерального директора по внедрению инновационных технологий кампании «Медицинские компьютерные системы» И. С. Решетников в докладе: «Модернизация медицинского кабинета в учебном заведении» предложил новые малогабаритные информационные приборы для модернизации медицинских кабинетов школ. Особенность нового оборудования состоит в том, что с помощью инструментов нового поколения проводится скрининг обследуемых школьников и на основе доказательной медицины разрабатываются программы по формированию здорового образа жизни. Оборудование используется в ряде школ Зеленограда (Москва) и Санкт-Петербурга.

После завершения программы конференции было обсуждение. Выступающие отметили высокий уровень проведения конференции, признали значимость проблемы формирования здоровья детей и подростков методами первичной профилактики и необходимости проведения постоянно действующих циклов повышения информированности медицинского персонала поликлиник по разным проблемам охраны здоровья детского населения.

\*\*\*

***Васильева, Т. М. Здоровый образ жизни: реалии и перспективы в работе медицинского персонала [Текст] / Т. М. Васильева // Медсестра. – 2014. – № 4. – С. 38-42.***

Проблема формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) приобретает реальные очертания в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения.

Снижение уровня здоровья детского населения обусловлено объективными факторами, главные из которых сгруппированы и отражают:

1. Социальный фактор.

Изменения в сфере экономики и политики привели к слому привычного образа жизни, нарушению устоявшихся стереотипов менталитета общества, возникновению социальных противоречий, снижению стрессоустойчивости и адаптированности организма человека, особенно детского.

2. Медицинский фактор.

Появление новых болезней, изменение клиники известных болезней, скрытое течение болезней требуют точных и чувствительных методов диагностики с использованием современного технологичного оборудования, дефицит которого испытывают поликлиники.

Снижение иммунной прослойки среди детского населения, полирезистентность бактериальной флоры и низкая эффективность антибактериальной терапии способствуют распространению инфекционных заболеваний и эпидемических вспышек.

3. Фактор семьи.

В реальных условиях жизнедеятельности многие семьи не могут лечить и оздоравливать детей по причине экономической недоступности качественной медицинской помощи и приобретения дорогостоящих лекарственных препаратов.

Экономическая составляющая семьи является препятствием для организации бытового комфорта и разностороннего развития детей.

Многие родители занимаются самолечением детей, отказываются от профилактических прививок детям.

Со стороны родителей снижено внимание к охране здоровья детей.

4. Фактор - личностный (индивидуальный).

Неадекватное здоровому образу жизни воспитание и отсутствие правильных с позиции здоровья ориентиров в семье формируют у подростков поведенческие факторы риска, негативно влияющие на их развитие и здоровье.

Протестные формы поведения подростков наносят существенный ущерб здоровью. Распространенность курения, потребление пива и более крепких алкогольных напитков, наркотических веществ приняли угрожающие масштабы.

Важно отметить, что в системе внутренних установок у подростков снижена степень личной ответственности за здоровье, что является показателем изменений ценностных ориентации.



Поведенческие факторы риска (нерациональное питание, гипокinezия – низкая двигательная активность, потребление табака, алкоголя) провоцируют возникновение биологических факторов риска – избыточную массу тела, гипертензию, нарушения жирового и углеводного обмена и др. (с которыми часто встречаются врачи), являющиеся симптомами или предвестниками хронических заболеваний.

Формирование здорового образа жизни у подрастающего поколения сегодня актуально как никогда.

Поэтому совершенно очевидно, что в современных условиях необходим новый подход к профилактике отклонений в состоянии здоровья и повышению резервов здоровья у подрастающего поколения.

Стратегия управления здоровьем детского населения предполагает:

- увеличение числа здоровых детей за счет снижения факторов риска;
- снижение частоты хронических заболеваний.

Новый подход требует эффективного решения:

- ресурсного обеспечения (материально-технических средств, оборудования),
- кадрового потенциала,
- структур (условий) для обеспечения контакта пациента с врачом.

Профилактическая работа в поликлинике начинается с оценки объективного состояния здоровья детей, то есть с диспансеризации. Качественное обследование детей с использованием технологичных диагностических средств позволяет выявить отклонения на уровне предболезни, скрыто протекающих заболеваний, характер течения имеющихся заболеваний и определить вектор дальнейшей лечебной и профилактической деятельности врачей. То есть маршрут пациента и профилактическая работа с ним зависят от реального состояния здоровья.

К сожалению, многие врачи недооценивают значимость профилактики. И это объяснимо, так как для достижения желаемого результата необходим определенный латентный период и система гигиенического воспитания пациентов. Кроме того, профилактическая работа оправдывает себя. Она экономически выгодна для пациента и его семьи и общества.

\*\*\*

***В Госдуме обсудили возможность применения в России санкций за нездоровый образ жизни [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2014. - № 4. – С. 6.***

В Госдуме обсудили возможность применения в России санкций за нездоровый образ жизни. В Комитете Госдумы по охране здоровья состоялось обсуждение проблем и перспектив формирования системы социально-экономической мотивации (финансового мотивирования) граждан РФ по ведению здорового образа жизни, сохранению и укреплению своего здоровья и работодателей по укреплению здоровья работников. В мероприятии приняли участие депутаты, представители федеральных и региональных органов исполнительной власти, научного сообщества, медицинских организаций.

В ходе дискуссии первый заместитель председателя думского Комитета по охране здоровья Николай Герасименко указал на проблему отсутствия экономической мотивации профилактики заболеваний в России. Он отметил позитивный опыт ряда зарубежных стран, применяющих санкции за нездоровый образ жизни, и предложил подумать, целесообразно ли вводить подобные нормы в России.

В свою очередь, зампреда комитета Сергей Дорофеев отметил, что в последние годы в России увеличилось количество сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, сахарного диабета и болезней органов дыхания. По данным Минздрава России, на эти четыре группы приходится 80% смертей. Депутат уверен, что указанные заболевания так или иначе связаны с образом жизни человека. Важными факторами роста заболеваемости является употребление алкоголя, курение, неправильное питание и малоподвижный образ жизни. При этом внутренняя потребность в здоровом образе жизни у большинства российских граждан пока отсутствует.



В связи с этим чиновник считает необходимым создать понятную и убедительную систему мотивации гражданина к сохранению своего здоровья. По его мнению, к этой работе следует активнее привлекать работодателей, так как правильно организованное управление здоровьем сотрудников позволяет снизить заболеваемость в коллективе на 40-50%. Такая система, уверен депутат, должна включать механизмы экономического мотивирования. Кроме того, по его словам, профилактика заболеваний в России должна получить отдельное целевое финансирование.

Заместитель директора департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздрава России Наталья Костенко в качестве основного механизма в системе медицинской профилактики указала на диспансеризацию населения. Так, по данным ведомства, в 2013 году профилактические осмотры прошли 35 млн. человек, в том числе 14 млн. детей. Проведенная диспансеризация выявила хронические неинфекционные заболевания почти у 40% граждан. Также, отметив положительный эффект от проводимой в России антитабачной политики, Наталья Костенко высказалась за повышение акцизов на табак до среднего европейского уровня.

Кроме того, участники обсуждения предлагали:

- ввести налоговые льготы для организаций, реализующих свои корпоративные программы по формированию здорового образа жизни;
- рассмотреть возможность вычетов из подоходного налога при осуществлении затрат на занятия физкультурой и спортом;
- ориентироваться на баланс интересов всех участников процесса при создании социально-экономических стимулов к здоровому образу жизни;
- ужесточить наказания за противоправные действия третьих лиц в отношении индивидуумов, например, беременных женщин, работников и другие меры.

\*\*\*

***Амбулатория на колесах. В Магнитогорске начнет курсировать мобильный центр здоровья [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2014. - № 4. – С. 35.***

В ближайшее время в Магнитогорске появится мобильный центр здоровья. Поликлиника на колесах может оказывать необходимый минимальный объём медицинских исследований, который используется при профосмотрах.

Это проверка функции внешнего дыхания, ультразвуковые исследования, электрокардиограмма, измерение давления, проверка зрения, лабораторные показатели (экспресс-анализы крови, биохимические анализы).

На двадцати квадратах мобильной поликлиники размещаются лаборатория, УЗИ-кабинет и кабинет офтальмолога. Несомненный плюс передвижной поликлиники заключается в том, что специалисты смогут добраться до отдалённых труднодоступных сельских территорий.

«Особенностью 2013 года стало активное развитие выездных форм работы, приближающих оказание медицинской помощи сельскому населению, как эффективной формы медицинского обслуживания. К работе мобильных поликлиник Челябинской областной клинической больницы и детской областной присоединились поликлиники Сатки и Миасса. И совсем скоро начнет курсировать мобильный центр здоровья Магнитогорска», — прокомментировала первый замминистра здравоохранения Челябинской области Агата Ткачева.

На базе поликлиники на колесах можно проводить профосмотры на предприятиях. Автоматизация и оснащённость здесь на высоком уровне, поэтому достаточно одного врача широкого профиля и медсестры, чтобы осуществлять полный комплекс необходимых обследований на выезде.

## 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](mailto: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](mailto:miac@medlan.samara.ru)

✉ [sonmb@inbox.ru](mailto:sonmb@inbox.ru)

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

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

### Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота, воскресенье - выходные дни

☎ (84639) 2-49-26

✉ [biblchap@yandex.ru](mailto:biblchap@yandex.ru)

**Сайт:** <http://medlan.samara.ru>