

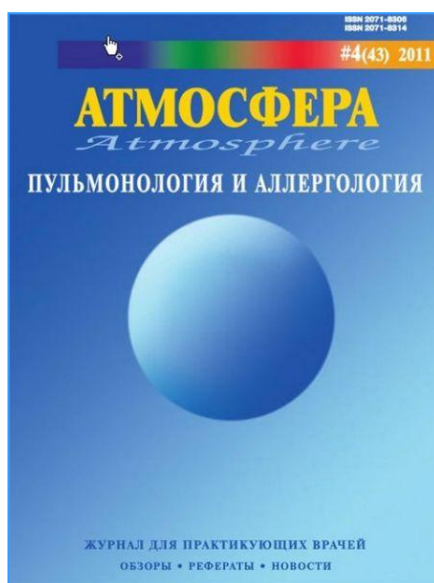


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№8 (август), 2015



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	35
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	39

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Приоритетные направления государственной политики в обеспечении здоровья // Главный врач. – 2015. – № 7. – С. 3.

Председатель Правительства России Д. Медведев 14 мая текущего года утвердил новую редакцию «Основных направлений деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2018 года». В ней отмечено, что приоритетными направлениями государственной политики в обеспечении здоровья станут:

– повышение структурной эффективности системы здравоохранения, обеспечение приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, внедрение новых организационных форм оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения, включая расширение функциональных обязанностей медицинских работников со средним медицинским образованием;

– укрепление службы охраны материнства и детства, развитие профилактического направления, совершенствование технологий оказания высокотехнологичной медицинской помощи, обеспечение лекарственными препаратами и продуктами специализированного питания, включая детей с орфанными заболеваниями;

– создание комплекса инновационного здравоохранения на принципах трансляционной медицины, внедрение системы оказания медицинской помощи в рамках апробации новых методов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации;

– разработка национальных клинических рекомендаций (протоколов лечения) для обеспечения единых подходов к оказанию медицинской помощи;

– приоритетное развитие биомедицины, разработка и внедрение в практическое здравоохранение биомедицинских клеточных продуктов, тканевых и генно-инженерных технологий;

– балансировка объемов обязательств государства по предоставлению бесплатной медицинской помощи с учетом потребности населения с имеющимися финансовыми возможностями, повышение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования (ОМС);

– формирование системы информирования граждан об их праве на получение доступной и качественной медицинской помощи в системе ОМС, расширение возможностей информированного выбора населением медицинских организаций на основе независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями;

– осуществление перехода на страховые принципы системы ОМС, включая развитие механизмов эффективного управления средствами ОМС, разделение финансовой ответственности между участниками системы ОМС (фондами ОМС, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями), совершенствование механизма распределения объема оказания медицинской помощи между медицинскими организациями с учетом ее доступности и качества;

– создание экономических и организационных условий для привлечения частного капитала к наиболее востребованным населением видам медицинской помощи, формирование адекватных (экономически привлекательных) тарифов по ее оплате;

– внедрение электронной записи к врачу, единой электронной карты, развитие телемедицины;

– обеспечение доступности качественных, эффективных и безопасных лекарственных средств, проведение мониторинга цен на лекарственные препараты и медицинские изделия в амбулаторном и госпитальном сегментах в субъектах Российской Федерации, совершенствование методики регистрации предельных отпускных цен производителей на жизненно необходимые лекарственные препараты;

– внедрение института оценки медицинских технологий с целью эффективного использования имеющихся ресурсов системы здравоохранения, повышения качества оказания медицинской помощи.

Иваненко, В. В. Задачи и функции службы качества медицинской помощи в учреждении здравоохранения // Главный врач. – 2015. – № 7. – С. 51-54.

Деятельность службы КМП осуществляется на основе текущего и перспективного планирования, сочетания единоначалия в решении вопросов служебной деятельности и коллегиальности при их обсуждении, персональной ответственности работников за надлежащее исполнение возложенных на них должностных обязанностей и отдельных поручений руководителя службы КМП.

Служба КМП является структурным, функциональным или функционально-структурным подразделением, деятельность которого направлена на повышение качества медицинской помощи (КМП), и подчиняется непосредственно ее руководителю или одному из его заместителей.

В своей деятельности служба КМП руководствуется действующим законодательством, нормативно-правовыми актами и методическими материалами по экспертизе и управлению КМП, организационно-распорядительными документами самого учреждения и положением о службе. Служба КМП в больших медицинских организациях может существовать в виде штатного отдела КМП.

Служба КМП осуществляет организационно-методическое руководство и информационно-аналитическое обеспечение системы управления качеством в учреждении, планирование и организацию экспертизы КМП, разработку предложений по повышению КМП на основе применения современных методов и принципов менеджмента качества.

Деятельность службы КМП осуществляется на основе текущего и перспективного планирования, сочетания единоначалия в решении вопросов служебной деятельности и коллегиальности при их обсуждении, персональной ответственности работников за надлежащее исполнение возложенных на них должностных обязанностей и отдельных поручений руководителя службы КМП.

В состав службы КМП обычно входят:

- заместитель главного врача по медицинской части – руководитель службы КМП (при наличии должности заместителя главного врача по КМП последний становится руководителем службы КМП);
- заместители главного врача по клинико-экспертной работе, поликлинической части, медицинскому обслуживанию населения и т.д.;
- руководители структурных подразделений (отделений, отделов, служб учреждения);
- сотрудники отдела КМП (при его наличии);
- председатели врачебной комиссии и ее подкомиссий;
- врачи, включенные в регистр экспертов КМП учреждения;
- другие работники по представлению руководителя службы КМП.

Руководитель и другие работники службы КМП при наличии в штатном расписании учреждения соответствующих должностей назначаются и освобождаются от занимаемых должностей приказом главного врача в соответствии с Трудовым Кодексом Российской Федерации. Внештатные сотрудники службы КМП назначаются и освобождаются от обязанностей приказом главного врача учреждения.

Квалификационные требования, функциональные обязанности, права, ответственность руководителя и других работников службы КМП регламентируются должностными инструкциями, утверждаемыми главным врачом организации.

Руководитель службы КМП:

- руководит всей деятельностью службы КМП, несет персональную ответственность за своевременное и качественное выполнение возложенных на нее задач и функций;
- осуществляет в пределах своей компетенции функции управления (планирования, организации, мотивации, контроля), принимает решения, обязательные для всех работников службы КМП;
- распределяет функциональные обязанности и отдельные поручения между сотрудниками службы КМП, устанавливает степень их ответственности, при необходимости вносит предложения главному врачу учреждения об изменении должностных инструкций подчиненных ему работников;

- вносит руководству учреждения предложения по совершенствованию работы службы СМП, оптимизации ее структуры и штатной численности;
- участвует в перспективном и текущем планировании деятельности службы КМП, а также подготовке приказов, распоряжений и иных документов, касающихся возложенных на службу КМП задач и функций;
- принимает необходимые меры для улучшения материально-технического и информационного обеспечения, условий труда, почтения профессиональной подготовки штатных и внештатных сотрудников службы СМП;
- участвует в подборе и расстановке кадров службы КМП, вносит руководству организации предложения о поощрении и наложении дисциплинарных взысканий на работников службы КМП, направлении их на переподготовку и повышение квалификации;
- совершенствует систему трудовой мотивации работников службы КМП;
- осуществляет контроль за исполнением подчиненными ему работниками своих должностных обязанностей, соблюдением трудовой дисциплины и деятельностью службы КМП в целом.

В период отсутствия руководителя службы КМП его обязанности исполняет его заместитель (при его наличии) или назначенный приказом главного врача другой работник. Руководитель службы КМП или лицо, исполняющее его обязанности, имеют право подписи документов, направляемых от имени службы МП по вопросам, входящим в его компетенцию.

Служба КМП осуществляет свою деятельность во взаимодействии с другими службами и структурными подразделениями учреждения, а также в пределах своей компетенции со сторонними организациями.

За ненадлежащее исполнение должностных обязанностей и нарушение трудовой дисциплины работники службы КМП несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

Основными задачами службы КМП являются:

- совершенствование системы управления КМП;
- методическое и информационно-аналитическое обеспечение управления КМП, планирование и контроль КМП, разработка предложений по повышению КМП на основе применения современных методов и принципов менеджмента качества;
- организация экспертизы КМП в соответствии с действующими правилами, требованиями стандартов и иных нормативных актов, условиями договоров на оказание медицинской помощи;
- планирование и организация мероприятий по повышению КМП на основе применения методов и принципов менеджмента качества;
- организационно-методическое руководство, координация и контроль деятельности структурных подразделений организации по вопросам повышения и контроля КМП;
- подготовка и представление руководству информационно-аналитических материалов о состоянии и путях повышения КМП;
- совершенствование и внедрение новых методов организации работы, в том числе на основе использования современных информационных технологий;
- подготовка проектов и исполнение решений руководства в области КМП;
- повышение профессионального уровня работников организации в области управления качеством, экспертизы КМП и использования статистических методов контроля качества;
- осуществление в пределах своей компетенции взаимодействия с внешними организациями по вопросам КМП (фондами ОМС, страховыми медицинскими организациями (СМО), общественными организациями по защите прав пациентов, СМИ и т. д.);
- организация статистического учета и формирование отчетности о деятельности учреждения и ее результатах в области качества медицинских и иных услуг;
- решение иных задач в соответствии с целями организации.

Основными функциями службы КМП являются:

- разработка, внедрение и поддержание системы управления КМП в рабочем состоянии на основе непрерывного ее совершенствования и использования современных информационных и управленческих технологий менеджмента качества;
- разработка, планирование и проведение мероприятий по повышению КМП, обеспечению ее соответствия современному уровню развития медицинской науки и требованиям нормативно-правовых документов;
- разработка и совершенствование локальной нормативно-правовой базы по экспертизе и управлению КМП;
- формирование и сопровождение базы данных о КМП в учреждении, анализ и обобщение информации о состоянии КМП в структурных подразделениях по разным профилям заболеваний;
- подготовка рекомендаций, предложений, проектов управленческих решений по улучшению КМП;
- совершенствование системы мотивации и повышения ответственности работников с учетом результатов их деятельности в области КМП;
- осуществление связей с общественностью, профессиональными медицинскими организациями, органами власти, СМИ и другими заинтересованными сторонами по вопросам КМП;
- прием населения, разбор жалоб и претензий по вопросам КМП;
- анализ жалоб и претензий по вопросам КМП потребителей и других заинтересованных сторон (фонда ОМС, СМО, общественных организаций по защите прав пациентов и т. д.), изучение причин низкого качества медицинских услуг, нарушений требований стандартов и иных нормативно-правовых актов, разработка предложений по устранению недостатков;
- планирование и организация обучения работников организации по вопросам КМП;
- организация экспертизы КМП в соответствии с действующими правилами, требованиями стандартов и иных нормативных актов, условиями договоров на оказание медицинской помощи. Формирование регистра экспертов КМП учреждения;
- операционный контроль качества на всех стадиях лечебно-диагностического процесса, при закупках лекарственных средств, медицинского оборудования, расходных материалов;
- участие в подготовке учреждения к лицензированию и аккредитации;
- осуществление в пределах своей компетенции взаимодействия с внешними организациями по вопросам КМП;
- подготовка аналитических отчетов и экспертных заключений по результатам экспертизы КМП;
- участие в представлении результатов экспертизы КМП на заседаниях врачебной комиссии, КИЛИ, конференциях, совещаниях врачей;
- информирование врачей, среднего медицинского персонала и других сотрудников учреждения о состоянии КМП и мерах, принимаемых для его улучшения;
- анализ и обобщение результатов вневедомственной экспертизы КМП;
- подготовка отчетных данных о деятельности учреждения и его структурных подразделений по экспертизе и управлению КМП;
- осуществление в пределах своей компетенции иных функций в соответствии с целями и задачами организации.

Руководитель службы КМП обеспечивает планирование, организацию, координацию, регулирование, контроль, учет деятельности службы КМП в рамках выполнения ее задач и функций. Для выполнения отдельных задач службы КМП (разработка стандартов, критериев КМП, программ улучшения КМП, локальных нормативных актов, регламентов и т. д.) руководитель службы КМП формирует рабочие группы, состав и порядок работы которых утверждаются приказом главного врача учреждения.

Служба КМП обеспечивает организацию целевых и тематических экспертиз КМП; подготовку рекомендаций, проектов управленческих решений по улучшению КМП; участвует в

информационном обмене по вопросам КМП в пределах и за пределами учреждения; обеспечивает учет деятельности структурных подразделений по экспертизе и управлению КМП, учет деятельности врачей по экспертизе КМП, формирование отчетности.

Подготовленные службой КМП аналитические отчеты, экспертные заключения по результатам экспертизы КМП передаются руководителям структурных подразделений, председателям врачебной комиссии и ее подкомиссий.

Подготовленные службой КМП проекты управленческих решений представляются для утверждения главному врачу учреждения.

Председатели врачебной комиссии и ее подкомиссий, включенные в состав службы КМП, обеспечивают участие комиссий в решении задач службы КМП, использование результатов экспертизы КМП для принятия решений в пределах своей компетенции.

Служба КМП имеет право:

– получать поступающие в организацию документы и иные информационные материалы по своему профилю деятельности для ознакомления, систематизированного учета и использования в работе;

– запрашивать и получать от руководителей организации и ее структурных подразделений информацию, необходимую для выполнения возложенных на него задач и функций;

– осуществлять в пределах своей компетенции проверку и координацию деятельности структурных подразделений организации по вопросам обеспечения и контроля КМП, о результатах проверок докладывать руководству организации;

– вносить руководству организации предложения по совершенствованию форм и методов работы организации в области качества, включая:

• проекты правовых актов и инструктивных документов, регулирующих порядок проведения и использования результатов экспертизы КМП в медицинском учреждении;

• проекты правовых актов и инструктивных документов, регулирующих порядок организации и условия оказания медицинской помощи, включая стандарты медицинской помощи;

• программы, планы, проекты управленческих решений по улучшению КМП в медицинском учреждении;

б предложения по корректировке мер, направленных на улучшение КМП, по результатам оперативного контроля с использованием индикаторов КМП;

• проекты решений по мерам, направленным на восстановление нарушенных прав граждан в связи с ненадлежащим КМП;

• предложения по совершенствованию работы службы КМП;

• предложения по материальному и моральному стимулированию врачей, иных сотрудников, структурных подразделений учреждения по результатам экспертизы КМП;

• инициировать проведение экспертизы КМП по отдельным случаям и тематических экспертиз КМП, а также метаэкспертизы КМП;

• осуществлять оперативный контроль КМП по индикаторам КМП для оценки эффективности работ по улучшению КМП;

• участвовать в подборе и расстановке кадров по своему профилю деятельности;

• вносить предложения руководству организации по повышению квалификации, поощрению и наложению взысканий на работников службы КМП и других структурных подразделений учреждения по своему профилю деятельности;

• проводить совещания, конференции по вопросам КМП;

• участвовать в общеучрежденческих совещаниях и иных мероприятиях при рассмотрении вопросов КМП.

Руководитель службы КМП учреждения несет персональную ответственность за:

– выполнение возложенных на службу КМП функций и задач;

– организацию работы службы КМП, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений, поручений вышестоящего руководства, действующих нормативно-правовых актов по своему профилю деятельности;

– рациональное и эффективное использование материальных, финансовых и кадровых ресурсов;

- состояние трудовой и исполнительской дисциплины, выполнение работниками службы КМП своих функциональных обязанностей;
- соблюдение штатными работниками службы КМП правил внутреннего распорядка, санитарно-противоэпидемического режима, противопожарной безопасности и техники безопасности;
- ведение документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми документами;
- предоставление в установленном порядке достоверной статистической и иной информации о деятельности службы КМП;
- сохранность врачебной, служебной и иной охраняемой законом тайны;
- готовность службы КМП к работе в условиях чрезвычайных ситуаций.

Сегодня реализуется новая идеология системы оказания медицинской помощи : [интервью с директором Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России И. Г. Никитиным] // Здравоохранение. – 2015. – № 7. – С. 18-27.

По официальным данным Росстата, с 1990 по 2014 г. коечный фонд больниц сократился более чем в 1,5 раза – с 2037,6 до 1301,9 тысячи. Понятно, что стационарная помощь дорогая и нужно увеличивать оборот койки. Но насколько такая оптимизация была подкреплена изменениями в амбулаторном звене и как она отразилась на качестве специализированной помощи?

Оптимизация и реструктуризация должны быть связаны с интенсификацией оказания медицинской помощи. Исторически в нашей системе здравоохранения койка круглосуточного стационара во многом выполняла социальные функции. Сколько у нас сегодня таких «социальных» коек? Сколько их вообще надо и где они должны быть – в системе здравоохранения или в системе соцзащиты?

Недавно прошла конференция «Эффективный стационар», на которой были проанализированы показатели деятельности десяти больничных учреждений областного и краевого уровня. Был описан некий «портрет пациента» – кто и с какой целью находится на этих дорогостоящих койках. Так вот: в учреждениях третьего уровня 66% пациентов лежали с диагностической целью или для подбора схемы лечения: антигипертензивной терапии, дозы инсулина при сахарном диабете первого типа и т. д. Пациенты с впервые выявленной неосложненной язвенной болезнью лечатся в терапевтическом отделении от 14 до 21 дня. Разве это правильно?

При трехуровневой системе оказания помощи стационар должен выполнять четко определенные функции. Второй уровень – ЦРБ, межрайонные центры – это лечение наиболее сложных больных и проведение обследования, требующего обязательной госпитализации. В результате программы модернизации уровень оснащения лечебных учреждений в субъектах сейчас достаточно высокий. А третий уровень – это высший пилотаж: сложные операции с использованием высоких технологий, работа мультидисциплинарных бригад и т. д. Очевидно, что эти койки используются пока недостаточно рационально.

Когда регионы представляли свои программы развития здравоохранения, наш Министр много раз говорила: не трогайте койки в сельских пунктах и в поселках городского типа – там, где большие расстояния до места оказания высококвалифицированной помощи и плохо развита транспортная инфраструктура. Бездумно уменьшать число коек только для того, чтобы подойти к «целевому» показателю, неизвестно как рассчитанному, – это неправильно. А вот сделать работу койки эффективной, гибко приспособленной к реалиям сегодняшнего дня – это та задача, которую надо решать.

Всех министров здравоохранения у нас традиционно ругают, нет более обсуждаемого министра. Хотя, вспомните, какая колоссальная работа была проведена М. Ю. Зурабовым, Т. А. Голиковой: центры высоких технологий, модернизация здравоохранения, привлечение беспрецедентно больших денег в отрасль. Но, на мой взгляд, именно нынешний состав Минздрава реализует новую идеологию выстраивания всей медицинской службы.

Заработала трехуровневая модель оказания медицинской помощи: посмотрите, как стала снижаться сосудистая смертность. А онкологические больные? Сегодня во всем мире процент пятилетней выживаемости этих пациентов вообще несравним с тем, что было 10 лет назад. Наша задача – чтобы каждый пациент дошел до третьего уровня, чтобы ему была проведена качественная диагностика, чтобы его посмотрел грамотный специалист. Но настороженность на онкологическое заболевание должна быть изначально у врача первичного звена: при диспансеризации, при первичных осмотрах. Если вы чего-то не понимаете у больного, и ваши диагностические возможности исчерпаны, значит, он должен быть направлен на следующий этап. Помимо всего прочего, раннее выявление опухоли – на первой, второй стадии – это совершенно другие затраты на лечение. То же самое с туберкулезом, с другой патологией.

Мне кажется, реформа стационаров, оптимизация числа коек – это правильное направление, но его нужно готовить, соотносить с укреплением амбулаторного звена и с повышением квалификации врачей. В некоторых регионах этот процесс прошел достаточно гармонично: например, в Татарстане, Краснодарском крае, Тюменской области, в Чувашии, Республике Марий Эл, Московской области, фактически во всей Центральной черноземной области: в Воронежской, Липецкой, Белгородской областях. Проводится много мероприятий и проверок и можно увидеть, с каким вниманием руководство этих регионов относится к организации медицинской службы. Но, к сожалению, есть субъекты, которые традиционно в отстающих.

С чем это связано – с квалификацией управленческих кадров или с отсутствием средств? Или речь идет о каких-то уникальных региональных решениях?

Дело во многом: и в подготовке кадров, и в грамотном территориальном планировании, требующем соответствующих средств, а иногда и просто организационных мероприятий, и в людях, способных организовать работу. Финансирование – очень важная вещь, но оно не является единственным. Нужен руководитель, обладающий лидерскими качествами и понимающий, как устроено здравоохранение.

По данным Счетной палаты, в 2014 г. в 61 субъекте РФ был отмечен рост внутрибольничной летальности, а в ряде регионов – рост числа умерших на дому, что говорит о нарушении принципов маршрутизации пациентов. В качестве основной причины аудиторы называют сокращение числа коек – особенно в сельской местности. Что планируется сделать, чтобы исправить ситуацию?

Рост госпитальной летальности идет во всем мире. У нас в стране она была значительно ниже по сравнению с показателями европейских стран и США: это как раз свидетельствовало о том, что функция койки нашей была не столько лечебная, сколько социальная. Любой организатор здравоохранения подтвердит, что рост госпитальной летальности связан с тяжестью пациентов, находящихся на койке. Сейчас в стационарах увеличилась доля более тяжелых больных, более трудных с точки зрения их ведения, а значит, с менее благоприятным прогнозом.

Если говорить о числе умерших на дому, то раньше этот показатель подробно не анализировался и на сегодняшний день объективно оценить его сложно. Мы ввели систему мониторинга в еженедельном и ежемесячном режиме. Теперь можно отследить каждый конкретный участок, сколько на нем произошло смертей (в том числе, и на дому), с чем они связаны, какое количество было вызовов скорой помощи, сколько прикрепленных пациентов находятся на диспансерном наблюдении и т. д. Только имея такую статистику, можно будет сделать корректные выводы.

За последние три месяца 2014 г. и в начале этого года повысилась смертность не только в России, но и в США, и в Европе. Эксперты поставили точку в расследовании причин: проведенный анализ позволил связать эти смерти с эпидемией гриппа, которая не была вовремя спрогнозирована. Весь мир пользовался неактуальной вакциной, и ВОЗ, к сожалению, очень поздно проинформировала об этом – когда вакцинальные мероприятия были фактически закончены.

Что касается сельского здравоохранения и укрепления первичного звена. Молодой врач или фельдшер должен быть уверен, что у него будет крыша над головой, что он может завести семью, что найдется место для работы его супруге, что его дети будут устроены в детский сад, потом в хорошую школу и т. д. Там, где это понимают и решают эти вопросы – там нет проблем с первичным звеном здравоохранения. Посмотрите на Татарстан: красивые села, с побеленными

деревцами, с чистенькими домиками с накрахмаленными занавесками, прекрасное здание ФАП. Самый уважаемый человек на селе – это фельдшер, про которого говорят много хороших слов в каждой семье. Разве он оттуда уедет? Никогда.

Обязательное распределение выпускников вузов.

Мы все время пеняем на Конституцию, законодательство и право, а я не вижу ничего плохого в механизме распределения, это государственное регулирование реально складывающихся потребностей в отрасли.

Есть еще одна важная вещь – медицинское образование. Нужно создать такие условия, чтобы студент с момента поступления в медицинское учебное заведение большую часть времени проводил в клинике. Сначала, чтобы из него получился замечательный санитар, чтобы он хорошо научился ухаживать за больными, перестилать постель, правильно пользоваться дезинфицирующими средствами. Потом – помощник медсестры, чтобы он освоил технику инъекций, внутривенных капельных вливаний, перевязок и т. д. На старших курсах – помощник врача, у которого должно быть свое рабочее место. Так построена система в Европе.

С 2014 г. часть высокотехнологичной помощи финансируется из средств ОМС, что, по оценкам Минздрава, привело к увеличению ее доступности для населения. С чем это связано, если и объемы помощи по ОМС, и бюджетные квоты распределяются заранее исходя из имеющихся средств? А если передача в ОМС дает значительный положительный эффект, то почему часть высоких технологий остается на бюджетном финансировании – причем из средств, возвращенных в федеральный бюджет из ФФОМС?

Сегодня обязательное медицинское страхование – это функционирующая система, безусловно, со своими плюсами и минусами. Ее принцип: консолидация всех финансовых средств, собранных по единым тарифам страховых взносов, с последующим распределением в соответствии с численностью населения в субъекте Российской Федерации с учетом его особенностей. Формируется «тотальная касса» – бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования, из которого средства доводятся до территориальных фондов. А распределение между конкретными учреждениями проводится по решению территориальной комиссии. В этом большая разница с бюджетным финансированием: решение о распределении объемов помощи и денег принимается на территориальном уровне.

Если говорить о ВМП – это то, чем может гордиться наше здравоохранение, что мы можем представить в качестве социального достижения. Те 1500 методов, которые внесены в список ВМП, в других странах оказываются пациентам за большие деньги. Это реальные высокотехнологические операции, требующие принципиально иной квалификации врача, техники, лекарственных средств и имплантируемых материалов.

Можно просчитать потребность в ВМП в среднем в Российской Федерации. Проводился такой анализ, это приблизительно 900-950 тысяч человек ежегодно. Так сложилось, что ранее высокотехнологичная медицинская помощь оказывалась в основном в федеральных учреждениях. Но программа модернизации, которая была проведена в субъектах Российской Федерации, подготовка специалистов на местах, позволили значительно повысить уровень оказания медицинской помощи в региональных учреждениях. И сегодня уже фактически в каждом регионе на уровне краевой или областной больницы применяются ВМП (ВМП).

Что такое перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи – это догма, которую нельзя менять? Конечно, нет. В субъектах стали тиражировать эти методы и некоторые из них могут оказываться уже даже в учреждениях второго уровня. Поэтому перечень видов ВМП требует ежегодного пересмотра. Более простые методы могут быть включены в базовую программу ОМС, более сложные имеют другой источник финансирования: трансферт из фонда ОМС федеральному бюджету для учреждений, подведомственных Минздраву, ФАНО и ФМБА и другим главным распорядителям бюджетных средств.

Погружение видов ВМП в систему обязательного медицинского страхования на самом деле значительно повысило их доступность. Кроме того, выведение части технологий из бюджетного финансирования позволяет сделать больше более дорогих операций, которые не включены в программу ОМС. Если эндопротезирование тазобедренного сустава можно выполнить не через три, а через шесть месяцев, то, например, стентирование аневризмы аорты должно быть выполнено немедленно, и стоимость этой операции достаточно высокая.

По предложению Президента России, 2015 г. был объявлен годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а в марте Правительством РФ был утвержден соответствующий план мероприятий, финансируемых из федерального бюджета. Учитывая, что деньги выделяются на фоне общего уменьшения бюджетных расходов, этим мероприятиям придается большое значение. Какие результаты должны быть достигнуты?

Возможно, я открою секрет – ни одной копейки дополнительно на эти мероприятия выделено не было. Министерство здравоохранения нашло возможность реализовывать их в рамках средств, которые были предусмотрены в его бюджете. Несмотря на текущие экономические реалии ни одно мероприятие по плану не сорвано, мы придерживаемся графика. И опять у нас в лидерах Татарстан: во всех парках и скверах, на общественном транспорте социальная реклама, ролики на телевидении, выпуск печатной продукции для населения и т. д.

На самом деле это долгосрочная задача – формирование здорового образа жизни, это же невозможно реализовать за один год, наверное, десятилетия должны пройти. Хотя кое-что у нас меняется. Знаете, как я понял, что Россия уже некурящая страна? Недавно был в Армении и там во многих кафе и ресторанах жутко накурено – а я никак не мог понять, что же не так. И только потом догадался, что мы живем уже в других реалиях.

Что касается итоговых показателей – эта программа полностью вытекает из программы развития здравоохранения, а там есть целевые индикаторы и по количеству людей, которые прекратят курить, и по уменьшению числа инсультов и инфарктов.

Новая программа только расставляет некоторые акценты в работе, которая уже ведется.

Из 44 мероприятий плана 34 касаются информирования населения о здоровом образе жизни и о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, проведения конференций и форумов и только 10 – повышения эффективности организации и оказания медицинской помощи. В то же время, по данным Росстата, большинство людей относятся к своему здоровью как к «легко возобновляемому ресурсу» и не привыкли менять свои вредные привычки. Насколько информированность населения может повлиять на заболеваемость и смертность?

Знаете, неправильно было бы делать наше ведомство единственным ответственным за все, что нам предстоит сделать всем вместе. Вы посмотрите, какая у нас реклама на телевидении. Я понимаю, конечно, что реклама – двигатель торговли, но есть же и социальная ответственность бизнеса.

Нужно возвращать истинные ценности: ответственность гражданина за сохранение собственного здоровья, чтобы он (гражданин) мог детей на ноги поставить, родителей проводить достойно в последний путь. Российские граждане, они ведь очень сентиментальны в этом смысле. Если человек будет знать, что его уровень благосостояния, его качество жизни будут напрямую зависеть от состояния его здоровья, мне кажется, не возникнет вопросов о том, как относиться к этому очень трудно возобновляемому ресурсу – собственному здоровью. Приучились же мы, наконец, пристегиваться ремнями безопасности.

Возможно, стоит подумать о введении мер со стороны работодателя: не обязательно карающих, может, наоборот: поощрения некурящих и занимающихся спортом и т. д. Механизмов на самом деле много: например, разный размер оплаты полиса ОСАГО или КАСКО для того, кто прошел диспансеризацию и не прошел. Почему бы и нет: от этого может зависеть вероятность дорожно-транспортного происшествия. Вот вам и пример межведомственного взаимодействия страхового бизнеса, Министерства внутренних дел, ГБДД и Министерства здравоохранения. Таких примеров может быть масса.

По информации Росздравнадзора, в I квартале 2015 г. тромболитическая терапия на догоспитальном этапе проводилась только 1,1% больных с ишемическим инсультом, и в целом ряде регионов вообще не проводилась при остром инфаркте миокарда. При этом частота тромболитической терапии – один из критериев качества помощи, установленный программой госгарантий и контролируемый при проверках Росздравнадзора и страховых компаний и фондов ОМС. В чем причина: врачи считают, что этого делать не нужно, или не имеют возможностей, или им вообще все равно, есть такой показатель качества помощи или нет?

Когда мы анализировали этот вопрос, пришли к выводу, что это интегративный показатель, который выводится нашими специалистами, занимающимися мониторингом качества оказания медицинской помощи сосудистым больным.

Что такое тромболизис для пациента с острым коронарным синдромом? У нас есть два «золотых» часа. Если это крупный город, где время доезда до больницы точно будет не превышать двух часов, догоспитальный тромболизис неактуален. Более того, в ряде случаев его проведение может привести к осложнениям: большинство этих препаратов требуют жестко контролируемого введения (сейчас, правда, появляются препараты, с меньшим риском осложнений). А в той ситуации, когда время доезда больше двух часов, это жизненно необходимая процедура, метод спасения.

Трехуровневая система оказания медицинской помощи сосудистым больным начала работать относительно недавно. Есть определенная инерция, привычный алгоритм действий, часто просто не хватает опыта и квалификации персонала врачебных и фельдшерских бригад. И препараты есть, и средства на эти препараты есть – в некоторых регионах они даже не выбирают в полном объеме. Наша задача – скорректировать поведение врача.

Бывают осложнения при тромболизисе? Да, конечно. Но если соизмерить их вероятность и последствия с тем, что будет, если вообще не проводить тромболизис, даже вопроса не будет, делать или нет. Сейчас мы внедрили мониторинг ситуации, в регионах созданы межведомственные комиссии, в Минздраве за каждым регионом закреплен конкретный человек для взаимодействия. Если у нас какие-то цифры в отчетах вызывают сомнения, наш представитель связывается сразу с этой рабочей группой, выясняет ситуацию.

Повторю, долгое время система здравоохранения изменялась с точки зрения принципов финансирования, но не менялась идеология ее работы. Мы часто говорим: в СССР была система Семашко: профилактика и развитие первичного звена, стационарное лечение, кстати, во многом подменявшее социальные функции. Но ведь и здравоохранение было совершенно другим. Минимум лекарств: натриевая и калиевая соль пенициллина, ампициллин, оксациллин и стрептомицин, бычья и свиные инсулины, мазь Вишневского. Огромная сосудистая смертность: в лучшем случае, пациент лежал в терапевтическом отделении. У молодых мужчин формировались огромные аневризмы, мы получали тяжелейших больных с недостаточностью кровообращения. Сколько могла стоять такая медицина и сколько – нынешняя, которая движется вперед семимильными шагами? Нынешнему составу Минздрава абсолютно понятна необходимость идеологической перестройки системы оказания медицинской помощи, и она будет неукоснительно двигаться в этом направлении. Это укрепление первичного звена с использованием реальных инструментов предотвращения сосудистых рисков, профилактики и лечения.

Комментируя повышение уровня смертности в первом квартале 2015 г. в 82 регионах страны, В. И. Скворцова сообщила о выявленных грубых нарушениях порядков оказания медицинской помощи и о невыполнении клинических протоколов. То есть необходимая нормативная правовая и методическая база есть, но установленные требования не выполняются. Почему это происходит и что предпринимают в этой связи профессиональные сообщества, заявляющие о своей готовности «подставить плечо Минздраву»?

Нельзя игнорировать ни административные меры, ни ресурс профессионального сообщества: результат даст только скоординированная работа при грамотном управлении. Не будет толку, если мы применим только административное управление и не задействуем профессиональный ресурс. И, наоборот, без грамотного администрирования все наши усилия будут распыляться.

С профессиональными сообществами министерство контактирует через институт главных внештатных специалистов: как правило, эти люди возглавляют крупные учреждения, являющиеся методическими и методологическими центрами, и часто профессиональные сообщества. Главный внештатный специалист – это неформальный лидер, который может организовать работу так, чтобы профессиональное сообщество принимало консолидированные решения, выносимые на уровень Министерства здравоохранения. Могу назвать самых активных: С. А. Бойцов, по направлению профилактической медицины, И. А. Васильева – по борьбе с туберкулезом, Д. О. Иванов – по неонатологии, М. И. Давыдов – по онкологии, В. В. Крылов – по нейрохирургии, С. Ф. Багненко – по дорожно-транспортной и политравме, И. Е. Чазова – по кардиологии и многие другие.

Было бы заблуждением считать, что главные специалисты Минздрава России известны только в кругу врачей своей специальности: можно просто посмотреть график их поездок,

связанных с методической и методологической поддержкой коллег в регионах. Кроме того, есть еще главные внештатные специалистов федеральных округов и регионов. Приведу в пример онкологическую службу в Воронеже: насколько четко выстроена маршрутизация, настолько четко организована работа первичного звена. Там главный онколог И. П. Машуров – он знает каждую поликлинику, каждого своего специалиста. Там и соответствующие показатели по частоте выявления рака на ранней стадии.

Очень интересные проекты реализуются в Курской области. В г. Железногорске проводятся маммографические исследования для выявления рака молочной железы, и помимо того что снимки описывает врач на месте, их направляют проф. Катаргиной в институт М. И. Давыдова. Так вот, раньше процент расхождения диагноза составлял 15-18%, а к концу второго года работы – 0,3%. Теперь у этого местного доктора консультируются другие специалисты. Подобную модель применяют в Китае: они очень экономно расходуют деньги. Китай полностью обеспечивает человека, когда направляет его на учебу в лучшие мировые центры. А когда он вернется, к нему приставят еще 15 человек, чтобы он их обучил – и на это уже не надо будет тратить столько денег. Это инструменты, которые иногда «лежат на поверхности», их надо только разглядеть и реализовать. И иногда для этого даже денег больших не надо.

Хотя напоследок я скажу: хотелось бы, чтобы в системе было больше денег. Поверьте, их есть на что рационально потратить с пользой для нашего населения.

Пирогов, М. В. Основы экономического управления медицинскими организациями / М. В. Пирогов, В. Н. Морозов // Здравоохранение. – 2015. – № 7. – С. 28-40.

В настоящее время отсутствует единая точка зрения по поводу сути, содержания и структуры экономического управления деятельностью медицинских организаций, его особенностей, инструментария, принципов и методов оценки достигаемых результатов. В то же время этим организациям нужны инструменты экономического управления: в частности, для планирования деятельности, для организации управленческого учета, для разработки системы оплаты труда работников и т. д.

Таким образом, для совершенствования управления медицинскими организациями необходимо последовательное решение следующих задач:

- конкретизировать сущность, содержание и структуру экономического управления;
- определить особенности и инструменты экономического управления;
- определить принципы, критерии и методы оценки результатов управления;
- исследовать ресурсную обеспеченность развития сферы медицинских услуг и факторы результативности управления;
- обосновать модель планирования деятельности в условиях экономического управления;
- разработать методические рекомендации по организации управленческого учета;
- создать алгоритм разработки и внедрения дифференцированной системы оплаты труда работников.

Перечисленные задачи необходимо рассматривать в единой предметно-объемной области, представленной медицинскими организациями и экономическим управлением деятельностью этих организаций.

Выделение системообразующих элементов экономического управления и построение его модели с учетом отраслевой специфики позволяет установить принципы, критерии и методы оценки результатов экономического управления.

Модель планирования деятельности медицинской организации в условиях экономического управления позволяет согласовать параметры плана финансово-хозяйственной деятельности организации и государственного (муниципального) задания, провести распределение затрат между «доходными» и «затратными» подразделениями (с учетом оказания сверхплановых объемов медицинских услуг за пределами госзадания).

Алгоритм разработки и внедрения дифференцированной системы оплаты труда позволяет персонализировать размер заработной платы в зависимости от вклада работника в общие

результаты деятельности медицинской организации (на основе балльной оценки качества труда, количества его результатов и произведенных затрат).

Для здравоохранения решение этой задачи особенно актуально – с учетом особой природы социально-экономических отношений, возникающих при оказании медицинских услуг.

Сущность и содержание экономического управления деятельностью медицинских организаций является особым видом управления, базирующимся на методологии управления хозяйствующим субъектом (медицинской организацией), который ориентирован на обеспечение устойчивого экономического развития в конкурентной среде и достигается с помощью специфического инструментария, адекватного особенностям производства и реализации медицинских услуг.

Экономическому управлению присуща определенная структура взаимосвязанных элементов, образующих единую систему.

Необходимо сделать особый акцент на поддержании «обратной связи»:

– между целью и задачами (что объясняется необходимостью корректировки задач при изменении цели);

– задачами и инструментами (в связи с необходимостью разработки новых инструментов экономического управления, позволяющих решать задачи более эффективно);

– инструментами и предметом (из-за происходящего на практике расширения предмета экономического управления, что определяет развитие инструментария).

С учетом сказанного предлагается модель экономического управления деятельностью медицинских организаций на примере Центрального федерального округа (далее – ЦФО) и дано ее обоснование.

Перечислим особенности медицинских услуг, определяющие специфику экономического управления деятельностью организаций, их оказывающих:

– несовпадение оценок потребительских свойств услуги со стороны производителей (медицинских работников) и потребителей (пациентов);

– принадлежность услуг к социально-общественным благам и невозможность их оказания сугубо на возмездной основе;

– непредсказуемость потребности в медицинских услугах и неоправданно высокое потребление «бесплатных» медицинских услуг;

– высокая зависимость спроса на услуги от степени «агрессивности» их предложения;

– ограничение конкуренции на рынке медицинских услуг;

– проявление положительных экстерналий от потребления медицинских услуг (медико-социальный эффект без непосредственного приобретения услуг).

В соответствии с методологией системы национальных счетов (далее – СНС) сфера услуг отнесена к производственной сфере. Это потребовало уточнения организационно-экономических характеристик, присущих сфере медицинских услуг (по сравнению со сферой производственных услуг, на основе которого выделены особенности экономического управления во взаимосвязи с используемыми инструментами управления).

Принципы, критерии и методы оценки результатов экономического управления деятельностью медицинских организаций создаются с учетом медицинской, социальной и экономической эффективности.

Соответственно нужно выделить критерии оценки результатов экономического управления и соответствующие оценочные принципы:

– стоимостный критерий: соотношение «затраты – выгода» / метод минимизации затрат на лечение пациентов (экономия ресурсов) и метод сопоставления затрат на лечение с полученной прибылью;

– утилитарный критерий: соотношение «затраты – польза» / метод сопоставления дополнительного эффекта от лечения пациентов с дополнительными затратами и метод совмещения оценки качества жизни пациента (социального эффекта) с экономической оценкой эффекта от лечения;

– качественный критерий: соотношение «затраты – качество» / метод оценки качества медицинских услуг и метод оценки качества соответствия медицинских услуг принятым стандартам.

По результатам анализа ресурсной обеспеченности сферы оказания медицинских услуг (по основным видам ресурсов) за период 2008-2012 гг. в ЦФО можно выделить следующие тенденции:

- рост бюджетных расходов на здравоохранение с доминированием финансирования за счет средств региональных бюджетов (при сохраняющейся дифференциации размеров и темпов роста расходов по регионам);
- переход на страховую модель финансирования расходов при регламентированных направлениях расходования средств ОМС и с доминантой субсидий на выполнение территориальных программ ОМС;
- увеличение стоимости основных фондов объектов здравоохранения, объема инвестиций в основной капитал, ввод в действие мощностей больничных и амбулаторно-поликлинических организаций, при увеличении степени износа основных фондов и сокращении коэффициентов их обновления и выбытия;
- сокращение среднегодовой и среднесписочной численности занятых в учреждениях здравоохранения и социальных услуг (особенно в муниципальных учреждениях), рост среднего возраста работников здравоохранения;
- низкий размер среднемесячной начисленной номинальной заработной платы работников здравоохранения во всех субъектах РФ в ЦФО (не достигающий размера показателя по экономике регионов), с тенденцией снижения коэффициента соотношения заработных плат в половине субъектов РФ ЦФО.

Факторы, влияющие на результативность управления деятельностью медицинских организаций (материально-технические, кадровые, функциональные, стоимостные, финансовое обеспечение потребностей населения в медицинских услугах), определяются с учетом специфики медицинской помощи как таковой. Установлены следующие тенденции для ЦФО:

- сокращение числа и мощности больничных организаций приобрело устойчивый характер и сопровождалось сокращением нормативного показателя «обеспеченность населения больничными койками»;
- число и мощность амбулаторно-поликлинических организаций (за исключением числа сельских) возросло с соответствующим увеличением нормативного показателя «посещений в смену»;
- обеспеченность населения кадрами врачей всех специальностей и среднего медперсонала снижается при одновременном росте числа посещений врачей и снижении посещений среднего медперсонала амбулаторно-поликлинических организаций;
- использование коечного фонда больниц характеризуется положительной динамикой, проявившейся в сокращении численности госпитализированных пациентов, увеличении оборота койки и увеличении среднего числа дней ее занятости в стационарных отделениях больниц всех категорий;
- объемы оказанных населению платных медицинских услуг как в целом, так и в расчете на душу населения платных медицинских услуг как в целом, так и в расчете на душу населения устойчиво возрастают (существенно различается по субъектам РФ);
- реализация территориальной программы государственных гарантий по объемам медицинской помощи и ее финансового обеспечения в Белгородской области происходит более результативно, чем в стране в целом и в регионах ЦФО, что свидетельствует о более высокой финансовой доступности медицинских услуг для населения этого региона. Однако нормативы подушевого финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий в Белгородской обл. ни по одному показателю не выдерживаются, что свидетельствует о недостаточности средств для финансирования деятельности медицинских организаций.

Эти обстоятельства определили необходимость детального исследования сложившейся практики экономического управления деятельностью медицинских организаций в условиях дефицита ресурсов, выполненного на примере МУЗ «Городская больница № 2» г. Белгорода по следующим направлениям:

- структура источников финансирования, объем поступления и расходования средств программы ОМС по направлениям расходов;

- основные количественные и стоимостные показатели деятельности в разрезе видов оказанной медицинской помощи населению в стационарных, амбулаторно-поликлинических условиях и в условиях дневных стационаров;
- совокупные доходы учреждения и оценка вклада отделений стационара в их формирование, анализ уровня доходности в сопоставлении со средним значением;
- постатейные расходы на непосредственное лечение пациентов и сводные расходы учреждения в целом, в расчете на одного пациента, на один койко-день, в процентном отношении к доходам и расходам отделений стационара по статьям расходов;
- сводные показатели доходов и расходов учреждения;
- финансовые результаты работы отделений стационара.

Остаток средств (в целом и направляемых на стимулирование труда врачей) сформировался за счет роста доходов и экономии расходов на лечение пациентов, не оказавшей влияния на качество медицинской помощи.

Достижение этих результатов является следствием перехода от административного к экономическому управлению. Для этих целей был разработан соответствующий инструментарий: модель планирования деятельности медицинской организации, методические рекомендации по организации управленческого учета, алгоритм разработки и внедрения дифференцированной системы оплаты труда работников.

Содержание планирования деятельности медицинской организации в условиях экономического управления должно сводиться не столько к обеспечению достаточности наполнения бюджета учреждения финансовыми ресурсами, сколько к их рациональному расходованию. Были определены предпосылки совершенствования планирования деятельности и предложена модель распределения финансовых ресурсов.

Непосредственное планирование на уровне медицинской организации представлено последовательностью следующих процедур:

- алгоритмизация этапов планирования – с выходом на расчет уточненной сметы затрат на содержание организации в текущем периоде и расчет проекта бюджета на среднесрочный период (на примере МУЗ «Городская больница № 2» г. Белгорода);
- организация процесса планирования – с обоснованием ведущей роли в этом процессе заведующих профильными отделениями, врачебного и среднего медперсонала (старших медсестер), от которых зависит формирование доходов и расходов профильных отделений;
- определение техники распределения плановых затрат «доходных» подразделений – с уточнением различий бухгалтерской и экономической природы затрат и определением порядка их ступенчатого перераспределения между «доходными» отделениями и «центрами затрат»;
- выбор методики распределения плановых затрат «затратных» подразделений – с пояснениями по ее практическому применению;
- распределение сверхплановых затрат (превышающих затраты на выполнения госзадания) по профильным подразделениям – с обоснованием необходимости детализированного планирования затрат из-за неполного их покрытия в рамках программы ОМС и выходом на плановое распределение затрат в расчете на один койко-день, одну койку и одного пациента (на примере МУЗ «Городская больница № 2» г. Белгорода). Развитие экономического управления деятельностью медицинской организации должно происходить также в направлении организации управленческого учета, для чего использовался комплекс методических рекомендаций.

Целевой аспект методических рекомендаций предусматривает выявление проблем в организации управленческого учета при экономическом управлении деятельностью медицинской организации и формулировку организационных задач.

Методологическими требованиями к организации управленческого учета определены:

- непротиворечивость действующей нормативно-правовой основе учета затрат;
- «функциональная включенность» управленческого учета в интегрированную систему учета и анализа затрат;
- обоснованный выбор принципа учета затрат по клинико-статистическим группам заболеваний (КСГ) — базовый принцип организации управленческого учета;

- обеспеченность методическими инструментами измерения, анализа, нормирования и планирования доходов и расходов медицинской организации, объемов медицинских услуг;
- ориентация на решение практических задач совершенствования учетных процедур и операций.

Методика определения стоимости ресурсов, необходимых для организации лечебно-диагностического процесса по заболеваниям (операциям), входящим в КСГ, включает расчет прейскуранта полной стоимости койко-дня, усредненного по профильным отделениям («гостиничных» услуг), расчет стоимости медицинских услуг и расчет стоимости медикаментов.

Базовым является принцип учета затрат по КСГ, посредством которого осуществляются расчеты необходимых объемов финансирования медицинской организации.

Техника учета затрат учреждения по КСГ предполагает детализированную калькуляцию затрат по категориям сложности клинических случаев. По степени детализации учетных операций это соответствует требованиям организации управленческого учета (чему дано соответствующее методологическое обоснование, с примерами расчетов удельного веса затрат на реализацию медицинской технологии и доли непокрытых затрат по стационарным отделениям).

Организация управленческого учета требует адекватного информационного обеспечения и технической поддержки выполнения учетных операций.

Для этих целей формировался состав бизнес-процессов МУЗ «Городская больница № 2» г. Белгорода, и исходя из требований к программному продукту для организации управленческого учета было предложено использовать БИС «Med-Provision». Состав программных модулей («Приемное отделение», «Клиническое отделение (Стационар)», «Учет товаров и услуг», «Диетическое питание», «Штатное расписание и кадры», «Импорт данных из реестров страховой компании») формировался по целям и функциям информационного обеспечения организации управленческого учета в конкретном учреждении.

Использование программного комплекса БИС «Med-Provision» в МУЗ «Городская больница № 2» г. Белгорода создало возможность для реформирования системы оплаты труда работников, необходимость которого обоснована составом проблем в сфере управления трудом, присущих медицинским организациям. Для их решения предлагается алгоритм разработки и внедрения дифференцированной системы оплаты труда.

При разработке алгоритма учитывалось, что решение проблемы совершенствования оплаты труда:

- должно иметь экономическое обоснование;
- базироваться на результатах детального анализа доходов и расходов, формируемых в процессе трудовой деятельности работников;
- обеспечивать возможность реализации персонифицированного подхода к оплате труда в зависимости от реального вклада, вносимого каждым работником в общий результат деятельности организации.

В этом случае повышается значение индивидуальной мотивации сотрудников, фактически отсутствующих в существующей системе оплаты труда (когда заработная плата ограничена размерами должностных окладов и не зависит от результатов труда).

Апробация алгоритма проводилась в каждом профильном отделении стационара по следующей схеме.

Постоянная часть заработной платы (оклад по занимаемой должности) выплачивается за текущий месяц, стимулирующая часть – за предыдущий месяц (после проведения анализа доходной и расходной частей, как структурных подразделений, так и персонально по каждому врачу с учетом коэффициентов качества труда).

Распределение фонда стимулирования по каждому отделению производится по методу балльной оценки вклада каждого работника в результат деятельности подразделения.

Практика применения алгоритма показала, что дифференцированная система оплаты труда является существенным мотиватором для сотрудников, оказывает положительное влияние на повышение качества медицинской помощи, способствует рационализации использования экономических ресурсов в условиях их ограниченности.

Алгоритм разработки и внедрения дифференцированной системы оплаты труда работников в совокупности с другими результатами проведенной работы будет способствовать совершенствованию экономического управления деятельностью учреждений сферы медицинских услуг.

Мелешко, Е. В. Опыт применения механизма концессии для развития инфраструктуры здравоохранения на федеральном уровне // Здравоохранение. – 2015. – № 7. – С. 60-65.

Привлечение частного капитала и развитие механизмов государственно-частного партнерства (ГЧП) для модернизации инфраструктуры здравоохранения определены государством как приоритетные, что обозначено в основных направлениях деятельности правительства российской федерации на период до 2018 года.

Необходимость привлечения частного капитала для обеспечения качественной медицинской помощью населения и развития механизмов ГЧП продиктована дефицитом бюджетного финансирования для капитального строительства объектов здравоохранения и обновления имеющейся инфраструктуры, потребностью в улучшении качества оказываемых медицинских услуг, а также необходимостью повышения рационализации системы здравоохранения в условиях растущего рынка медицинских услуг.

Для развития инфраструктуры здравоохранения в развитых европейских странах активно привлекаются частные инвестиции и применяются механизмы ГЧП. Так, в Великобритании около 60% таких проектов приходится на социальную сферу, из них больше половины – это проекты по созданию центров медицинского профиля.

В отличие от ведущих западных стран в России проекты в сфере здравоохранения стали появляться совсем недавно и составляют не более 10 % от всех реализованных проектов ГЧП.

Опыт зарубежных стран показывает, что для увеличения проектов ГЧП в медицине требуется повышение общего уровня развития страны, ее рыночных инструментов, законодательной базы, а также создание механизмов гарантии возврата частного капитала.

В настоящее время единственной формой ГЧП, закрепленной федеральным законом, является концессия. Данный механизм дает возможность государству реализовывать социально значимые проекты, требующие крупных капиталовложений без одновременного отвлечения бюджетных средств, а также осуществлять инвестиции сразу по нескольким направлениям.

При использовании классического механизма концессии для создания или реконструкции и последующей эксплуатации объекта привлекается частный инвестор, которому передается риск возврата вложенных инвестиций. Однако такая модель позволяет реализовывать лишь проекты, связанные с производством товаров и изделий медицинского профиля, спрос на которые обеспечен государством. Но для проектов по предоставлению медицинской помощи населению данная модель не позволяет обеспечивать возврат инвестиций инвесторам в полном размере.

Страны с развитой практикой применения механизмов ГЧП проблемы окупаемости проектов здравоохранения для частного инвестора, в основном, решают с использованием механизма «платы концедента» («availability payment concession») в концессионных соглашениях, который предполагает плату частному партнеру из бюджета за эксплуатационную готовность на протяжении всего срока проекта. Концессионеру передаются права владения и пользования объектом и обеспечивается возможность взять в аренду земельный участок, на котором находится объект. При этом право собственности на объект остается у публичного партнера. Средства, вложенные частным инвестором, компенсируются из бюджета с учетом минимальной требуемой доходности. В обязательства частного инвестора входит обеспечение надлежащего состояния объекта концессионного соглашения в соответствии с заданными техническими характеристикам, а за их нарушение предусмотрены штрафы, влияющие на размер вознаграждения.

Использование данной модели для реализации проектов в сфере здравоохранения стало возможным в России с мая 2015 года.

Необходимость использования механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения отмечена в документах, определяющих основные направления развития страны, в том числе конкурентоспособных производств.

Несмотря на то, что российский рынок медицинских изделий имеет значительный потенциал роста, в полной мере сегодня не обеспечиваются необходимые темпы инновационного развития производств медицинских товаров. Рынок медицинских изделий характеризуется следующими ключевыми показателями. Доля отечественной продукции составляет 17%, соответственно, импортной — 83%, при этом подавляющее большинство медицинских изделий,

выпускаемых на отечественных предприятиях, по своему техническому уровню значительно уступает зарубежным аналогам. Кроме того, технологическая слабость и устаревшие технологии формируют отставание национальных компаний от зарубежных конкурентов. При общем числе более 3000 предприятий насчитывается небольшое количество крупных, даже по меркам отрасли. Также стоит отметить, что порядка 90% поставок продукции осуществляется в рамках бюджетных контрактов, а доля экспорта российских медицинских изделий незначительна и составляет около 15%.

На территории некоторых регионов России уже сейчас имеется инновационная инфраструктура, кадровый потенциал, возможность и желание работать в направлении развития производственной инфраструктуры. Показательным примером является Новосибирская область. На базе ФГБУ «Новосибирский НИИТО им. Я. Л. Цивьяна» создан Медицинский технопарк Новосибирской области, в структуре которого сейчас функционируют Центр прототипирования и Центр инжиниринга, а также инновационная клиника и обучающий центр. На базе Медицинского технопарка решаются задачи формирования готовых к использованию прототипов медицинских изделий и технологии проведения клинических и доклинических испытаний, а также подготовка продуктов к массовому производству.

В настоящий момент готовится к реализации пилотный проект с использованием механизма концессии на базе имущества, находящегося в оперативном управлении ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я. Л. Цивьяна» Минздрава России. Это инвестиционный проект промышленно-медицинского парка в Новосибирске, направленный на создание производственного потенциала и технологических возможностей для выпуска конкурентоспособной российской медицинской продукции с целью импортозамещения, а также выхода на рынок инновационной продукции. Промышленно-медицинский парк будет частью Медицинского технопарка Новосибирской области.

Определены основные составляющие промышленно-медицинского парка: производство различных эндопротезов и погружных конструкций для сферы травматологии, ортопедии и нейрохирургии с использованием современных материалов и подходов к производству. Также планируется производство конструкций для травматологии и ортопедии, как на основе металла, так и на основе других материалов, например, биodeградируемых конструкций. Для реабилитации пациентов с патологией опорно-двигательной и нервной систем предусмотрено производство экзопротезов и серии аппаратно-программных комплексов.

Для подготовки инвестиционного проекта создания промышленно-медицинского парка Федеральным центром проектного финансирования (ФЦПФ, Группа ВЭБ) проведен детальный анализ инвестиционной привлекательности проекта, бюджетной и социально-экономической эффективности, а также возможных организационно-правовых форм его реализации. По результатам анализа наиболее приемлемой формой привлечения частных инвестиций в создание промышленно-медицинского парка является концессионное соглашение.

Инвестиционный проект сформирован таким образом, что в период действия концессионного соглашения расходы бюджета на содержание объекта будут отсутствовать, а его экономика позволяет привлечь внебюджетные средства в полном и достаточном объеме для качественного обновления и модернизации имеющейся инфраструктуры, а также дает возможность повысить эффективность управления объектом за счет привлечения компетенций концессионера.

Концессионное соглашение имеет ряд неоспоримых преимуществ по сравнению с другими моделями привлечения частных инвестиций, в частности, с инвестиционным договором и арендной моделью. При условии концессионного соглашения имущественный комплекс сохраняется в собственности публичного партнера (концедента), что обеспечивает необходимый контроль со стороны государства за объектом. Коммерческие риски, связанные с получением доходов от эксплуатации объекта, принимает на себя частный инвестор. Также отсутствуют правовые риски и риски, связанные с выбором неквалифицированного инвестора в силу проведения отбора в форме конкурса и предъявления квалификационных требований к претендентам.

Исходя из норм действующего законодательства понятие «здравоохранение» включает организации и предприятия, в том числе осуществляющие производство и реализацию медицинской техники, в частности медицинских изделий, сырьевых компонентов и узлов. В

данном инвестиционном проекте объектом концессионного соглашения является имущество, входящее в объекты здравоохранения, что дает возможность его структурировать на основе Федерального закона № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях».

Недостатком реализации данного проекта по модели концессионного соглашения является длительность тендерных процедур, которые фактически могут занять от 3 до 6 месяцев.

Одним из этапов работ ФЦПФ по подготовке проекта было проведение экономической, бюджетной и социальной эффективности проекта. Для этого проанализированы два сценария: реконструкции существующего объекта и нового строительства, различие между которыми заключается в объеме инвестиционных затрат. При реконструкции объекта стоимость работ с учетом оснащения составляет 685 млн рублей. А стоимость создания нового объекта с необходимыми характеристиками составляет 761,856 млн рублей, но при этом потребуются дополнительные затраты на его оснащение в размере 355 млн рублей, что увеличит общую стоимость проекта до 1 446,85 млн руб. Поэтому проект является более инвестиционно привлекательным в случае реконструкции объекта.

Важно, что по проекту промышленно- медицинского парка в Новосибирске, публичный партнер получает больше положительных социально-экономических эффектов, чем просто при сдаче того же объекта в аренду. Реализация проекта обеспечивает создание импортозамещающих производств и 143 новых рабочих мест. А дополнительные налоговые поступления в бюджеты различных уровней составят около 2,6 млрд рублей (по последним оценкам). Также будут исключены расходы на содержание здания, составляющие 338,4 тыс. рублей в год, соответственно чуть более 4 млн рублей за 15 лет.

Полномочия концедента при заключении и исполнении концессионного соглашения будет осуществлять Министерство здравоохранения Российской Федерации. Концессионер будет выбран по результатам проведения открытого конкурса. Частным инвестором (концессионером) будут заключены кредитные договоры в целях привлечения финансирования, договоры подряда, договоры на поставку оборудования. В обязанности концессионера будет входить реконструкция, включая оснащение объекта концессионного соглашения за счет собственных и привлеченных средств, а также организация производственной деятельности и непрерывная эксплуатация объекта.

На концедента (Министерство здравоохранения РФ) будут возложены обязательства по передаче объекта концессионного соглашения концессионеру и передача земельного участка в аренду.

Инвестиционные затраты по проекту будет нести частный инвестор (концессионер), используя как собственные средства, так и заемный капитал. Также на него будет возложено финансирование операционных расходов на этапе строительства и расходов по обслуживанию долга. Кредитные договоры для привлечения финансирования, договоры подряда и договоры на поставку оборудования будут заключаться концессионером. Экономика проекта построена таким образом, что частный инвестор будет осуществлять возврат вложенных инвестиций и получать доход за счет организованного на базе объекта производства. Со стороны Министерства здравоохранения РФ частному инвестору будет предоставлен земельный участок под зданием в аренду на срок, не превышающий срока действия концессионного соглашения.

В ходе подготовки проекта ФЦПФ определен оптимальный срок действия концессионного соглашения, составляющий 15 лет. Данный расчет обоснован следующими показателями. Во-первых, срок концессионного соглашения должен превышать срок окупаемости проекта, который равен 11 годам. Во-вторых, срок соглашения должен быть меньше срока службы дорогостоящего оборудования, планируемого к установке в рамках реализации проекта, и составляющего в среднем 15 лет с момента ввода в эксплуатацию. Учитывая, что оборудование планируется ввести в эксплуатацию в 2016 году, его переустановку нужно будет осуществлять в 2030 году.

Для повышения эффективности проекта предусмотрены коэффициенты значимости критериев конкурса, стимулирующие участников максимально оптимизировать время на реконструкцию объекта. Это обосновано результатами финансового моделирования, показывающими, что при увеличении сроков реконструкции объекта происходит резкое ухудшение показателей проекта. Поэтому для критерия «Сроки реконструкции объекта

концессионного соглашения» установлен коэффициент значимости 0,6. Для критерия «Размер концессионной платы» коэффициент значимости установлен на уровне 0,4.

Для оптимизации расходов частного партнера по проекту была определена выплата концессионной платы со стороны частного инвестора в два этапа. 20% единовременно в течение 30 дней с момента заключения концессионного соглашения и 80% единовременно через 2 года после заключения соглашения. Данные условия выплаты концессионной платы позволяют оптимизировать денежные потоки концессионера.

Согласно распоряжению Правительства Российской Федерации конкурсные процедуры по отбору инвестора должны состояться в первой половине 2015 года. Проект создания промышленно-медицинского парка, который сейчас запускает Министерство здравоохранения РФ как пилотный, сегодня является первой федеральной концессией в сфере здравоохранения. Данная схема реализации может быть использована для многих объектов здравоохранения, которые требуют реконструкции для их интеграции в существующую производственную и медицинскую инфраструктуру, а также стимулирования развития инновационного потенциала отрасли здравоохранения.

О проблемах и задачах российского здравоохранения // Медицинская статистика и оргметодоработа в учреждениях здравоохранения. – 2015. – № 7. – С. 3-6.

Публикация подготовлена по материалам выступления Министра здравоохранения В. Сворцовой на Внеочередном съезде Национальной медицинской палаты (22.05.2015., г. Москва).

Национальная медицинская палата (НМП) наряду с государственной властью будет решать важнейшие вопросы смыслового наполнения медицины, аккредитации и аттестации специалистов. С 2016 года здравоохранение будет переходить к новому допуску к профессии, аккредитации медицинских работников. В 2016 году она распространится только на выпускников медицинских вузов по двум специальностям – это фармакология и стоматология. Те, кто закончит обучение в вузах по новым государственным медицинским стандартам. В течение ряда лет, к 2020 году, аккредитация станет персональным листом допуска к конкретным видам медицинской деятельности. Она должна уже распространиться на все медицинское сообщество, включая медицинских работников и с высшим, и со средним образованием. Роль НМП здесь очень высока. Потому что обучают вузы, а квалифицируют выпускников и при аккредитации врачей – профессионалы, отрасль.

В Министерстве здравоохранения РФ не просто активно поддерживают развитие НМП и общественного профессионального врачебного общества, но и надеются на то, что они реально помогут решить очень сложные задачи.

Основные этапы, согласно которым в настоящее время идет движение. Первое и очень важное – это развитие профилактического направления в стране. Оно состоит из двух частей, первая из них – это формирование здорового образа жизни, результаты которого начинают проявляться через 3-5 лет. Формирование здорового образа жизни позволило в Японии и других странах за 10-15 лет снизить заболеваемость и смертность от неинфекционных заболеваний на 70 процентов. За два года многое успели сделать. Прежде всего, это закон о противодействии табакокурению, который позитивно воспринят нашим населением. 8 из 10 россиян, согласно опросам, поддерживает те шаги, которые государство предпринимает для борьбы с табаком. Половина курильщиков и 9 из 10 прошлых курильщиков поддерживают эти акты. Введение закона позволило нам с 2008 года уже на 17 процентов снизить число курильщиков и повысить возраст дебюта курения. В 90-е годы, он перешел в средний школьный возраст, а сейчас это сейчас это 21 год.

Алкоголь – это беда нашей страны. Мы сравниваем смертность, которая была в советский период, в 1980-85 годах, со смертностью, которая есть сейчас. Во всех возрастных группах смертность ниже, чем была тогда. Единственная группа молодых людей, от 35 до 44 лет, это та группа, где сейчас смертность выше, чем была тогда. В результате, если тогда смертность общая составляла 11 на 1000 населения, то сейчас она составляет 13,1. Анализ показал, что 43 процента влияния на укорачивание жизни в этом возрасте оказывает алкоголь. И 31 процент у женщин. К сожалению, есть деморализация населения, особенно в сельской местности, определенных

районах Севера, Сибири, Дальнего Востока, Центрального округа, Северо-западного округа. Как только безработица увеличивается, увеличивается и число больных с алкогольным психозом, преимущественно с алкоголизмом, и соответственно, смертность. Это связано и с другими социальными факторами. Это, конечно, комплексная проблема. Но, тем не менее, понимая это, нам необходимо установить медико-социальный патронаж со всеми группами населения, которые подвержены такому вредоносному влиянию.

Отдельная тема – это здоровое питание. Опыт других стран показывает, что достаточно ограничить концентрацию соли, сахара, трансжиров в пищевых продуктах. Мы – это то, что мы пьем, что мы едим. И качество воды. Это очень важно, потому что если говорить о смертности или общем здоровье человека, то все здравоохранение составляет от 10 до 15 процентов, 50-60 процентов – это образ жизни.

Второй момент – это профилактика, построенная по индивидуальным принципам, по факторам риска. Возобновлена диспансеризация: за 2 года более половины населения страны, более 75 миллионов человек, прошли диспансеризацию. За 2014 год – 40,1 миллиона человек. Мы сделали все, чтобы вся эта диспансеризация не была формальной. Был предусмотрен второй этап диспансеризации, который позволяет в случае, если выявляется какое-то изменение в состоянии организма, направлять человека на углубленное исследование. Из 40 миллионов 5 с лишним миллионов человек прошли второй этап диспансеризации. Это резко увеличило выявляемость онкологических заболеваний, на 46,6 процентов, по сравнению с 2013 годом. Резко возросло количество выявляемых онкологических заболеваний на самых ранних, излечимых стадиях – первой и второй. По заболеваниям женской репродуктивной системы – 72 процента. По другим – около 65 процентов. Но, возникает вопрос, что делать, если мы выявляем факторы риска – гипертонию, ИБС, различные формы гипергликемии? Необходимо выстроить диспансерное наблюдение за этими людьми. Пока в России одна из самых низких в мире приверженностей, около 40 процентов. Люди, перенесшие инфаркт, инсульт, другие острые нарушения должны не менее года быть на постоянной терапии препаратами. Соответственно, в том случае, если человек принимал препарат неделю, а потом перестает принимать, мы видим повторение в течение первого года после инфаркта. У половины больных он возникает повторно. При этом по выживанию прогноз существенно худший, чем после первого. Вот это направление — диспансерного наблюдения и нахождение механизма лекарственного обеспечения тех людей из группы риска, которые обязательно должны принимать лекарства, это важнейшие ориентиры для нашей совместной работы.

Лекарственное обеспечение категорий, в том случае если человек не инвалид, это региональные средства, если инвалид – это уже федеральный закон. И тогда он попадает в федеральный реестр, и из федерального реестра государство выплачивает деньги на лекарственное обеспечение. А если это региональные обязательства, то есть Постановление № 890, в которое нельзя внести изменения и отменить его, потому что оно раньше было принято, чем были распределены полномочия между регионами и федерацией. Есть определенные сложности, например, если человек не федеральный льготник, для региональных льготников устанавливается частичное государственное возмещение стоимости тех лекарств, которые нужны. Над этим работаем и планируем на ближайшем Госсовете вынести на Президента РФ с тем, чтобы такое поручение дополнительно было оформлено.

За последний год у нас существенно увеличилось количество больных, которым мы оказали высокотехнологичную помощь. За один год на 40 процентов. 715 тысяч человек, а год назад было 506 тысяч. 49 процентов от всего объема высокотехнологичной помощи – это пожилые люди. Более того, увеличилось количество больных старше 80 лет, которым меняют тазобедренные суставы, коленные суставы, проводят операции на сосудах, и люди приобретают мобильность, и могут еще жить. Уровень анестезии в нашей стране достиг такого уровня, что не страшно брать на такие операции пожилых и сложных людей. Впервые в 2014 году мы вышли на ситуацию, что 26 процентов всей высокотехнологической помощи было оказано жителям села. И это соответствует доле сельских жителей в общей структуре населения. Можно сказать, что высокотехнологическая помощь стала доступной.

Что касается медицинской помощи жителям села, в настоящее время у нас 39 миллионов имеют низкую концентрацию населения, менее 30 человек на квадратный километр. Поэтому мы в настоящее время вместе с Министерством транспорта, поскольку у них есть специальные

освоенные топографические карты по каждому субъекту РФ, планируем проработать обновленный состав карт территориального планирования с тем, чтобы отдать себе отчет, где находятся пустоты, где живут люди – 2 человека или 1 человек.

В 2012 году был принят Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи, в котором прописано, что если в населенном пункте менее 100 человек, то на каждые 30 человек формируется одно автохозяйство, ответственное за само- и взаимопомощь. Оно должно иметь связь, как минимум телефонную точку или интернет, как минимум аптечку первой помощи, необходимые средства для остановки кровотечения, жгуты. К сожалению, опыт показал, что из 84 тысяч таких населенных пунктов только 9 тысяч сформировали такое автохозяйство. И субъекты РФ рапортуют о том, что им трудно заставить людей брать на себя ответственность за тех, кто проживает рядом. Для того чтобы этим заниматься, мы сейчас сделали первый шаг. Мы изменили сейчас формат полиса обязательного медицинского страхования, электронную версию. И в каждую электронную версию внесли того врача или фельдшера, который конкретно является лечащим врачом или фельдшером каждого застрахованного человека. Фактически мы сейчас выходим на персонафицированный подход к пациенту. Второй момент: мы сейчас формируем круглосуточную диспетчерскую службу в каждом региональном центре медицины катастроф. Эта диспетчерская служба должна будет поддерживать телефонию, программы Skype или информационные программы для того чтобы круглосуточно можно было мониторить, какие проблемы возникают в малом населенном пункте и при необходимости включать все экстренные механизмы, то есть быть сопряженным с круглосуточным работником региональной скорой медицинской помощи и при необходимости включать механизм санитарной авиации.

Хотелось бы отметить, что за последний год более чем в 2 раза увеличилось количество больных в диагностических и терапевтических комплексах в стране. В 2014 году 3900 комплексов – это и мобильные и специальные мобильные маммографы, лаборатории и так далее. Они практически есть во всех регионах. Регионы сформировали 8500 выездных бригад.

Выездные мощности придется использовать тоже. По сути, тот опыт, который нам может быть максимально полезен, Исландия, отдаленные регионы Норвегии и те страны, которые имеют такую же низкую плотность населения, как у нас. И их опыт свидетельствует о том, что нужно включать телемедицину, но не для того чтобы лечить, а для того чтобы мониторить и включать экстренные возможности. Это телемедицина, малая авиация или санавиация и выездные формы работы.

В том случае, если проживает менее 300 человек, а до ближайшего медицинской организации расстояние превышает 4 километра, в обязательном порядке должен быть медицинский пункт. Поэтому мы призываем вас, поскольку в этом зале присутствуют врачи, работающие и в первичном звене и специализированных организациях, подключитесь к обсуждению этого документа. Это очень важно. Все важные документы, которые исходят из Министерства, они в обязательном порядке согласовываются с Национальной медицинской Палатой. Нам важно вас услышать. У нас множатся населенные пункты с очень небольшим количеством жителей, более 30 тысяч с населением до 10 человек. Поэтому нам необходимо четко представлять, как мы будем обслуживать эти достаточно большие территории.

Доктрина военной медицины Великой отечественной войны фактически является прообразом того, что мы пытаемся сейчас воссоздать. Сортировка, маршрутизация больных, и единые клинические подходы. Тогда не было слова "стандарт", но были единые клинические подходы, обязательные для каждой нозологической формы. И это то, чем мы сейчас по-прежнему занимаемся. До конца года во всех регионах как минимум одна центральная диспетчерская должна быть оснащена оборудованием ГЛОНАСС, сейчас ее уже имеют 44 региона. Все машины и станции скорой помощи полностью оснащены ГЛОНАССовским оборудованием. Необходимо программное обеспечение, подключение, чтобы на карте можно было видеть все машины – и линейные и реанимобильные, и если возникает какая-либо ситуация, можно в радиусе полутора километров посмотреть, где находится машина, перенаправить потоки и отсортировать на месте – куда должна быть осуществлена госпитализация.

Нам очень помогла программа «Земский доктор», когда прибыло на село более 15 тысяч молодых врачей, и в результате у нас количество врачей на 2014 год увеличилось на 14 процентов по сравнению с 2013 годом.

Сейчас создано более 1100 клинических протоколов, но они не везде исполняются. Мы проанализировали все истории болезни детей, умерших в этом году во всех регионах страны. Выяснилось, что среди этих умерших детей только 5 процентов лечились по утвержденным медицинскими сообществами современным клиническим протоколам. По ведению этих больных было выявлено огромное количество недочетов и ошибок. Причем огорчительно то, что ошибки совершались не потому, что чего-то не хватает в медицинской организации. К сожалению, был сделан вывод о том, что, во-первых, не все медицинские работники повышают свою квалификацию, во-вторых, присутствует некая расхлябанность и халатность в работе. Как это сформировалось и почему – это другой вопрос, но это сформировалось. И в настоящее время, чтобы преодолеть эту ситуацию и заставить систему реализовывать то смысловое направление, которое система обязана реализовывать по различным заболеваниям, мы обновили аппарат главных внештатных специалистов Минздрава, создали систему окружных главных внештатных специалистов, в каждом регионе создали аппарат главных внештатных специалистов. Второй момент – мы создали систему мониторинга не по проектному варианту, а по процессам оказания медицинской помощи. Мы связали 8 основных причин смертности, и те критерии для каждого направления, которые реально влияют на исход заболевания. Если говорить об инсульте и инфаркте, то это время на госпитализацию от момента развития заболевания, это процент примененного тромболитика при остром коронарном синдроме на одном госпитальном этапе. Если это инсульт, то процент при ишемическом инсульте после прохождения КТ, время от двери до окончания компьютерной томографии – те критерии, которые во всем мире являются показателями качества медицинской помощи. Те же критерии для пневмонии, для цирроза печени, от которого у нас умирают определенные социальные группы нашего населения, и так далее. 8 основных причин. Мы отправили эти критерии в регионы. Сегодня мы их согласовали со всеми ключевыми организациями здравоохранения 19 ключевых событий, так называемые points, которые являются ключевыми для многоцентровых международных исследований. За месяц только 23 региона прислали нам аналитику по этим ключевым событиям. Для того чтобы в этой ситуации разобраться, мы за каждым регионом закрепили ответственного сотрудника Минздрава. К сожалению, это сложный период, и нам нужны результаты. Поэтому от нормативного регулирования мы переходим к системе ручного управления в каждом регионе, и здесь вы нам должны помогать. Мы пришли к тому, что в каждом регионе должны отслеживать 19 процессуальных критериев, которые влияют на смертность и показывают качество оказания медицинской помощи.

И второй момент. К каждому участку прикреплено примерно 1800 жителей. На каждом участке в среднем в год умирает 10 человек от предотвратимых причин. Если мы на каждом участке сократим количество смертей, хотя бы на одну, тогда мы получим 30 тысяч спасенных жизней. Для того чтобы взять это под контроль, мы сейчас проводим такую работу (фактически заводим в информационную систему информацию о каждом участковом враче, педиатре и терапевте). Мы просим, требуем через губернаторов, чтобы каждый участковый врач каждый вторник вносил цифры в этот свод – сколько человек у него умерло на участке за прошлую неделю, и сколько вызовов скорой и неотложной помощи было на участке. Это абсолютно неотъемлемая работа, которая позволяет видеть, где существуют проблемы в стране. Если проблемы возникают, туда поедут соответствующие бригады разбираться на месте. Что там происходит? Не хватает врачей? В чем проблема? Мы должны иметь обратную связь.

Отдельный вопрос о заработной плате. Формально мы перевыполняем планы, которые подписаны в Указах Президента. За 2014 год это 46 тысяч рублей в среднем для врачей по стране. Это 143 процента от средней заработной платы по экономике. В 2013 году мы проиллюстрировали, сколько занимает гарантированная часть заработной платы в заработной плате врачей. И выяснилось, что в большинстве российских регионов она составляет от 10 до 15 процентов – это очень низко. Потому что все остальное, 70 процентов, это стимулирующие выплаты, которые, как правило, выплачиваются достаточно субъективно, хотя есть утвержденные критерии эффективности работы. Мы провели пилотные проекты в нескольких регионах и показали, что при нашей системе, при высоком уровне стандартизации, оптимальный

гарантированный оклад должен составлять не менее 55-60 процентов: 10 процентов компенсации и 30 процентов стимулирующих. Все согласились, мы переговорили со всеми губернаторами и вице-губернаторами. Работа по переходу на эту систему началась в 2014 году. Сколько регионов перешли сейчас на эту систему? Три, и 13 готовы перейти в ближайшее время. Почему регионы не могут быстро работать? И хотя регионы должны были установить соотношение заработных плат между администраторами и работающими медиками, ряд регионов допускают серьезные нарушения. Например, в районной поликлинике главный врач получает и 150 и 200 тысяч рублей в месяц, а врачу оплачивают 10 тысяч. Есть вещи, которые мы не можем решить из-за того, что у нас нет вертикальной системы управления. Мы пытаемся решать все в рамках действующего законодательства, подключая высшую политическую власть в стране для того, чтобы были даны поручения губернаторам от высшего руководства.

Основные медико-демографические показатели в Российской Федерации за 2014 год // Медицинские статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2015. – № 7. – С. 29.

На 1 января 2015 года численность населения РФ составила 146,3 млн. человек. За 2014 год по сравнению с аналогичным периодом 2013 года коэффициент рождаемости вырос на 0,8% и составил 13,3 на 1000 населения (за аналогичный период 2013 года – 13,2).

В 2014 году родилось 1947,3 тыс. детей, что на 17,6 тыс. детей больше, чем за аналогичный период 2013 года (1929,7 тыс. детей).

В 2014 году умерло 1913,6 тыс. чел., что на 0,2% больше по сравнению с аналогичным периодом 2013 года (1910,6 тыс. человек). Общий коэффициент смертности за январь-декабрь 2014 года не изменился по сравнению с соответствующим периодом 2013 г. и составил 13,1 на 1000 населения.

Естественный прирост в январе-декабре 2014 года составил 33,7 тыс. человек, за аналогичный период 2013 года – 19,1 тыс. человек.

Ожидаемая продолжительность жизни в 2014 году составила 70,97 лет и по сравнению с 2013 годом выросла на 0,2 года (в 2013 г. – 70,76 лет), у мужчин выросла на 0,3 года и составила – 65,41 лет (в 2013 г. – 65,13 лет), у женщин – выросла на 0,2 года – 76,53 лет (в 2013 г. – 76,30 лет).

В структуре причин смерти в 2014 году первое место, по-прежнему, занимают болезни системы кровообращения – 49,9%, или 653,7 на 100 тыс. населения (снижение на 6,6%).

На втором месте находятся новообразования – 15,3%, или 201,1 на 100 тыс. населения (снижение на 0,2%).

На третьем – внешние причины – 9,1 %, или 118,8 на 100 тыс. населения (снижение на 0,6%), в том числе дорожно-транспортные происшествия – 14,0 на 100 тыс. населения (показатель не изменился).

Смертность от туберкулеза снизилась на 11,7% и составила за январь-декабрь 2014 года 9,8 на 100 тыс. населения.

Показатель младенческой смертности за январь-декабрь 2014 года снизился на 9,8% и составил 7,4 на 1 000 родившихся живыми, за аналогичный период 2013 года – 8,2.

Заданный период по сравнению с аналогичным периодом прошлого года число детей, умерших в возрасте до 1 года, снизилось на 8,6 % (или на 1 353 ребенка) и составило 14366 детей (в январе-декабре 2013 года – 15719 детей).

Стабилизация показателя смертности населения в целом обусловлена снижением смертности по всем основным причинам смерти (болезни органов кровообращения, новообразования, внешние причины смерти).

Общая заболеваемость населения РФ.

Общая заболеваемость населения РФ в 2014 году по сравнению с 2013 годом практически не изменилась и составила 160 863,2 на 100 тыс. населения (в 2013 году – 161241,5, снижение – на 0,2%).

Структура общей заболеваемости населения не изменилась. На первом месте находятся болезни органов дыхания, удельный вес которых составил 23,8%, болезни системы кровообращения занимают второе место (14,5%), на третьем месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,4%).

Первичная заболеваемость населения РФ.

Заболеваемость населения с диагнозом, установленным впервые, составила в 2014 году 78710,1 на 100 тыс. населения, что ниже уровня 2013 года на 1,6% (80030,3 на 100 тыс. населения).

В структуре заболеваемости населения с диагнозом, установленным впервые, на первом месте остаются болезни органов дыхания, удельный вес которых составил 42,4%. Второе место занимают травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин, доля которых составила 11,5%. На третьем месте – болезни мочеполовой системы – 6,2%.

Заболеваемость отдельными нозологическими формами.

Болезни системы кровообращения занимают в РФ второе место в структуре общей заболеваемости населения (14,5%) и первое место в структуре смертности (49,9%). Уровень общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения в 2014 году составил 23275,0 на 100 тыс. населения, что на 1,6% выше, чем в 2013 году (22916,1 на 100 тыс. населения).

Уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения с диагнозом, установленным впервые, в 2014 году составил 2878,3 на 100 тыс. населения и по сравнению с 2013 годом снизился на 3,7% (2989,1 на 100 тыс. населения).

Новообразования занимают в РФ 13 место в структуре общей и первичной заболеваемости.

Показатель общей заболеваемости населения новообразованиями в 2014 году равен 4430,5 на 100 тыс. населения, что по сравнению с 2013 годом выше на 1,8% (4350,9). Доля новообразований в структуре общей заболеваемости составила 2,8%.

Показатель заболеваемости новообразованиями с диагнозом, установленным впервые, в 2014 году равен 1 158,9 на 100 тыс. населения (в 2013 году – 1136,3). Удельный вес новообразований в структуре заболеваемости составил 1,5%.

Травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин занимают 7 место в структуре общей заболеваемости населения и 3-е место в структуре смертности.

Показатель общей заболеваемости населения травмами и отравлениями в 2014 году составил 9065,2 на 100 тыс. населения (2013 год – 9300,2). Доля травм в структуре общей заболеваемости составила 5,6% (в 2013 году – 5,8%).

Обращаемость населения в медицинские организации по поводу травм и отравлений в 2014 году снизилась по сравнению с 2013 годом и составила 9023,7 случая на 100 тыс. населения (2013 год – 9 267,9).

Скорород С. Аутсорсинг в помощь // Медицинский вестник. – 2015. – 27 июля (№ 20-21). – С. 6.

С осени 2015 года в Перми в пилотном режиме начнется реализация проекта «Hot Здоровье». Проект на условиях аутсорсинга призван разгрузить действующую службу СМП и сократить время прибытия бригады.

Напомним, согласно приказу Минздрава РФ, бригада скорой медицинской помощи должна приехать к больному в течение 20 минут. Другой стандарт определяет, что на каждые 10 тысяч населения должна приходиться одна бригада. Однако далеко не в каждом регионе экстренная медицинская помощь укладывается в эти нормативы. В Перми решили использовать потенциал частного бизнеса для оптимизации работы СМП.

– Формат государственно-частного партнерства давно используется во всем мире. В России этот способ взаимодействия широкое распространение получил только сегодня, – объясняет предпосылки возникновения интереса к сотрудничеству государства и частного бизнеса пермский предприниматель, основатель компании «Феникс Менеджмент Групп» Евгений Фридман. – К формированию тренда подтолкнула печальная статистика: износ

основных фондов в области здравоохранения, по словам главы Минэкономразвития РФ Алексея Улюкаева, составляет 56%, решение столь масштабной проблемы в ближайшие пять лет потребует около триллиона рублей. В одиночку государство не справится. В случае с данным проектом услуги оплачиваются фондом ОМС, которому без разницы, что финансировать – государственное учреждение или бизнес. При этом государственные тендеры формируют конкуренцию, и, чтобы получить заказ, частные компании стараются повысить качество и снизить, насколько это возможно, цены.

В Перми компания Евгения Фридмана с 2008 года предоставляет транспортные услуги пяти подстанциям скорой помощи, сдавая в аренду спецавтомобили «Газель», «Форд», УАЗ с медицинским оборудованием либо без него. Эта схема ежегодно экономит бюджету города около 5 млн рублей. Но выгода не только денежная. Как сообщили на Пермской городской станции скорой помощи, за счет обновления автопарка уменьшилось количество сходов автомобилей с линии по причине ремонта, увеличилась оперативность работы бригад.

Однако арендой автотранспорта предприниматель решил не ограничиваться.

– В Перми строятся новые районы. Регион расширяется. Логично, что не хватает новых подстанций СМП, – рассказывает Евгений Фридман. – И врачебный кадровый дефицит испытывает не только Пермь, а все регионы.

И действительно, по данным Минздрава Пермского края, коэффициент обеспеченности бригадами СМП по краю составляет 0,98, да и оснащение бригад аппаратурой, исходя из требований Минздрава РФ, 94,6%. В этой ситуации поле деятельности для частных компаний вроде бы есть. Они и действуют. В октябре 2014 года компания Евгения Фридмана получила лицензию на оказание первой медицинской помощи и теперь планирует предоставлять государственным медучреждениям укомплектованные специалистами бригады СМП. Экстренные вызовы из центральной части Перми будут обслуживать 2 бригады. Еще три будут дежурить в самых отдаленных районах города. В целом за ними закреплено около 60 тысяч жителей. Работать новая «скорая» будет в системе ОМС.

В следующем году при поддержке властей планируется увеличить количество частных бригад, а через полтора года проект намереваются распространить на 10 регионов края. В краевом Минздраве поддерживают развитие частно-государственного партнерства и заверяют, что будут соответствующим образом контролировать деятельность частных бригад СМП. Такое сотрудничество тем более на руку региональному руководству, так как с 2014 года в Пермском крае запущен пилотный проект по совершенствованию оказания скорой медицинской помощи населению. Наверное, ГЧП поможет в решении многих проблем.

Шевченко, Р. «Пробить» стандарты // Медицинский вестник. – 2015. – 27 июля (№ 20-21). – С. 8.

Правительство Москвы объявило о начале распространения ЭМК в поликлиниках города и обещает сделать ее нормой для врача и пациента.

На симпозиуме MedSoft-Expert-2015, в очередной раз организованном Ассоциацией развития медицинских информационных технологий (АРМИТ), тема ЭМК была ключевой. На обсуждение экспертов были представлены проекты четырех стандартов (ГОСТ Р) ЭМК:

- «Основные принципы, термины и определения»;
- «Электронная медицинская карта, используемая в медицинской организации»;
- «Интегрированная электронная медицинская карта»;
- «Персональная электронная медицинская карта».

И если первые два документа, по словам руководителя рабочей группы «ЭМК» Экспертного совета по ИКТ Минздрава РФ Бориса Зингермана, хорошо известны, о двух других знает только узкий круг специалистов.

– Карта окружает нас со всех сторон, но, к сожалению, не всегда понятно, что это такое, – говорит Борис Зингерман. – Например, до сих пор не удалось определить структуру системы ЭМК – это двух- или трехуровневая модель? В концепции ЕГИСЗ написано, что это федеральный сервис, а есть ли региональная интегрированная ЭМК, никто не знает.

Он напомнил, что недавно появился проект нового документа: «Требования к региональным медицинским информационным системам», где региональные сервисы ЭМК фигурируют, хотя изначально предполагалось, что интегрированная карта – это федеральный сервис, с которым напрямую работают лечебные организации и с которого региональные органы управления получают необходимую статистическую информацию.

– По факту, наверное, получится трехуровневая структура, – размышляет эксперт. – А ведь двух- или трехуровневая система – это две большие разницы, движение информации в них принципиально разное.

Собственно, чтобы навести хоть какой-то порядок в терминологии и возможной конфигурации ЭМК, и нужны стандарты.

Основная цель создания ЭМК – помощь в лечении пациента. Именно так записано в проектах представленных стандартов: «Информация, собираемая в электронной медицинской карте, служит в первую очередь для обеспечения непрерывности, преемственности и качества лечения, а также для своевременной профилактики и иных мероприятий по обеспечению здоровья конкретного индивида». Учетно-статистические функции ЭМК в данном случае вторичны. Из принципов функционирования ЭМК и работы с ней в представленных на обсуждение стандартах, в частности, зафиксированы: смешанный (электронно-бумажный) документооборот в ЭМК, обеспечение доверия к электронным записям, разграничение доступа к информации, принцип разумной достаточности требований к ЭМК. Предполагается, что сервис будет разделен на три уровня: электронная медицинская карта в медицинской организации, интегрированная электронная медицинская карта, персональная электронная медицинская карта. Основа системы оборота данных – ЭМК лечебного учреждения, которая представляет собой совокупность электронных персональных медицинских записей (ЭПМЗ), относящихся к одному человеку, собираемых, хранящихся и используемых в рамках одной медицинской организации. Интегральная ЭМК – сервис, обеспечивающий хранение и доступ к информации, полученной из электронных карт разных медорганизаций. Наконец, персональная ЭМК, создаваемая для вовлечения пациента в заботу о своем здоровье, работу в партнерстве с врачом, – совокупность персональных данных о здоровье, полученных из разных источников.

Помимо этого в стандартах сформулированы определения еще ряда ключевых понятий, связанных с электронным медицинским документооборотом, которые и должны стать предметом обсуждения специалистов перед их утверждением.

Однако стандартами дело не должно ограничиться. По мнению заместителя директора Высшей школы управления здравоохранением Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Андрея Столбова, наряду с ними необходимо подготовить и принять еще целый ряд нормативных документов. Он уверен, что приказами Минздрава следует утвердить Порядок ведения медицинской документации в электронном виде и Порядок ведения нормативно-справочной информации. Помимо этого нужно учредить ведение системного сводного аннотированного перечня нормативно-методической документации и ГОСТов, необходимых для разработки и функционирования сервисов ЕГИСЗ, а также уточнить перечень программного обеспечения, относимого к медицинским изделиям. Безусловно, стала актуальной разработка и согласование с ФСТЭК отраслевой модели угроз безопасности персональных данных.

Пока есть проекты только двух документов перечня – приказов Минздрава «Общие правила ведения медицинской документации с использованием электронного документооборота и средств Интегрированной электронной медицинской карты» и «Общие требования к обеспечению ведения медицинской документации в электронном виде при утверждении новых форм медицинской документации и пересмотре существующей». Первый определяет, что все формы первичной медицинской документации в медицинской организации могут вестись как в электронной, так и в бумажной форме. А то, какие формы ведутся в электронной форме, должно быть определено внутренним нормативным актом медицинской организации (при этом считается, что все остальные ведутся в традиционной бумажной форме). Второй документ устанавливает порядок согласования нормативных актов, регламентирующих формат, информационное наполнение и технологию ведения медицинской документации (в том числе учетной и отчетной). В частности, любой такой нормативный акт должен быть согласован с Департаментом информационных технологий и связи Минздрава РФ, который устанавливает специальные требования, правила ведения медицинской документации с использованием

электронного документооборота и средств Интегрированной электронной медицинской карты» и «Общие требования к обеспечению ведения медицинской документации в электронном виде при утверждении новых форм медицинской документации и пересмотре существующей». Первый определяет, что все формы первичной медицинской документации в медицинской организации могут вестись как в электронной, так и в бумажной форме. А то, какие формы ведутся в электронной форме, должно быть определено внутренним нормативным актом медицинской организации (при этом считается, что все остальные ведутся в традиционной бумажной форме). Второй документ устанавливает порядок согласования нормативных актов, регламентирующих формат, информационное наполнение и технологию ведения медицинской документации (в том числе учетной и отчетной). В частности, любой такой нормативный акт должен быть согласован с Департаментом информационных технологий и связи Минздрава РФ, который устанавливает специальные требования, обеспечивающие ведение утверждаемого вида медицинской документации в электронной форме.

Надо сказать, что особых дискуссий и вопросов проект комплекса национальных стандартов ЭМК не вызвал. Кажется, всем уже понятно, что пора переходить от слов к делу. Разве что бизнес-аналитик Центра разработки и внедрения информационных систем ОАО «НПО РусБИТех» Артур Латыпов высказался за большее привлечение к работе сообществ разработчиков программных продуктов, а не только специалистов медорганизаций. – К работе нужно больше привлекать узких специалистов, делающих те шаблоны, которые дальше лягут в историю болезни. Чтобы это было написано грамотно, адаптировано к российским условиям, – добавил заведующий отделением фониатрии Центра патологии речи и нейрореабилитации Владимир Фридман.

Однако разногласия все-таки возникли. Камнем преткновения стал вопрос: утверждать проект комплекса национальных стандартов по ЭМК как ГОСТ или как приказ Минздрава?

Борис Зингерман за ГОСТ:

– Я понимаю все сложности прохождения процедуры, ведь, чтобы реально провести и утвердить ГОСТ, нужен год. Но процедура такого утверждения понятна Госстандарт, а значит, процедура такого утверждения понятна и прописана, надо только ее аккуратно выполнять. И замечу, единственный в этой сфере уже существующий ГОСТ Р 52636- 2006 «Электронная история болезни. Общие положения» реально работает, это дает надежду, что заработают и другие ГОСТы. Дело сложное, но каждый шаг более-менее понятен. А куда идти с приказом? Мы можем потерять контроль над процессом.

Однако Андрей Столбов категорически против ГОСТов, он настаивает на приказе как прямом документе:

– ГОСТы – документы необязательные, неимперативные. Они никого не спасут, потому что они добровольные, это же не технический регламент! Мы год их будем готовить, а потом все равно нужно будет какие-то нормативные документы издавать – либо на федеральном, либо на локальном уровне. Второй минус: у нас есть посредник Госстандарт, а значит, процедура утверждения может затянуться.

Он предлагает взять содержательную часть наработанных в проектах стандартов и оформить их в виде 2-3 приказов.

– Приказ – прямой документ, – подчеркивает Андрей Столбов. – Главврачи не будут бояться их использовать, ведь им спустили это сверху.

По его мнению, полномочия, права, возможности, которыми сегодня располагает Минздрав, позволят решить вопрос проще и быстрее.

– Используя потенциал Экспертного совета, министерство сможет организовать обсуждение более профессионально и грамотно, – уверен он.

Согласно разосланной АРМИТ по итогам обсуждения информации, эксперты сошлись на том, что стандарты в форме методических рекомендаций/требований утверждаются приказом Минздрава, но, возможно, целесообразным будет последующее их утверждение в качестве Национальных стандартов (ГОСТов). По результатам симпозиума решено провести электронное обсуждение предложенных документов на площадке АРМИТ (в том числе и советом главных конструкторов АРМИТ) и представить итоговые документы на рассмотрение Экспертному совету Минздрава России по вопросам использования ИКТ в системе здравоохранения с целью

подготовки приказа Минздрава, утверждающего соответствующие методические рекомендации/ требования.

– Пора принимать решения! Мы должны выйти на некий вариант «дорожной карты», определяя дальнейшие цели, – убежден президент АРМИТ Михаил Эльянов. – И каким-то образом «пробить» стандарты.

Зарубина, Т. В. О перспективах информатизации медицинских организаций на современном этапе // Заместитель главного врача. – 2015. – № 8. – С. 19-27.

В 2014 г. в Российской Федерации завершился базовый этап информатизации здравоохранения. Самым заметным его результатом стало начало повсеместного внедрения медицинских информационных систем в деятельность медицинских организаций. Учитывая, что этот процесс неизбежно приводит к реинжинирингу, т. е. совершенствованию и перестройке действующих технических и технологических решений, выбор медицинской информационной системы должен быть продуманным. Для этого необходимо иметь полную информацию о функциональных возможностях системы и требованиях, которым она должна удовлетворять, чтобы обеспечить актуальные потребности организации.

С 2011 г. в Российской Федерации разрабатывается Единая государственная информационная система здравоохранения (ЕГИСЗ). Согласно утвержденной в 2011 г. Концепции создания ЕГИСЗ в 2012 г. должен был закончиться первый, базовый этап ее разработки. Однако в силу ряда причин, в т. ч. исходной недооценки трудности задачи, он завершился совсем недавно – в конце 2014 г. В рамках базового этапа создания ЕГИСЗ в субъектах РФ осуществлялась разработка региональных сегментов ЕГИСЗ. Субъекты РФ действовали в соответствии с разработанными ими региональными программами развития здравоохранения на 2013-2020 гг.

Несмотря на ряд проблем, сформулированных в результате анализа как самих региональных программ – представителями информационного сообщества страны, так и результатов их осуществления – представителями Минздрава России, необходимо признать, что начало создания региональных сегментов ЕГИСЗ стало тем толчком, который запустил массовую информатизацию здравоохранения в стране. Из запланированных регионами мероприятий самыми значимыми были:

– закупка компьютеров, оборудования, программного обеспечения (около 100% регионов), создание локальных вычислительных сетей (более 70% регионов);

– подключение медицинских организаций к региональной сети, начало создания системы информационной безопасности региона (более 60%);

– внедрение в медицинских организациях медицинских информационных систем (далее – МИС МО). Данные сильно отличаются, разными специалистами называются цифры от 10 до 35% медицинских организаций. Если считать количество автоматизированных рабочих мест (далее – АРМ) медицинских работников, то разброс данных будет еще выше – от 5 до 50%. Объяснить большой разброс данных по внедрению МИС и АРМ в регионах страны легко – до сих пор в официальных документах не определено, начиная с какого уровня функциональных возможностей внедренное средство можно считать МИС: не прописано, при каком наборе реализованных функций уровень МИС можно оценить как минимальный, базовый или расширенный.

Можно сказать, что именно начало широкомасштабного внедрения МИС стало самым заметным из предметных результатов этапа базовой информатизации. Однако также стало понятно, что пришло время определить, что есть МИС МО, какими функциональными возможностями она должна обладать, в какие сроки они должны быть реализованы.

Что понимают под МИС медицинской организации.

Под МИС МО понимают совокупность информационных, программных, технических средств, предназначенных для сбора, обработки, хранения, выдачи медицинской информации, порождаемой деятельностью медицинской организации, автоматизации лечебно-диагностического процесса, включая ведение электронной медицинской карты (далее – ЭМК) пациента и персонифицированный учет оказанной медицинской помощи.

Основной целью разработки и внедрения МИС МО является повышение эффективности деятельности учреждения: улучшение качества оказываемой медицинской помощи, оптимизация использования ресурсов, принятие управленческих решений на основе объективизированного всестороннего анализа деятельности медицинской организации.

МИС МО предназначена для обеспечения информационной поддержки:

- процесса оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, включая ведение ЭМК, поддержку принятия врачебных решений, а также поддержку всех элементов лечебно-диагностического процесса;
- процесса управления медицинской организацией, включая формирование и передачу данных о затратах на оказанную медицинскую помощь и лекарственное обеспечение;
- взаимодействия с пациентами, включая предоставление возможности записи и самозаписи пациента на прием к врачу, предоставления данных для ведения личного кабинета пациента;
- взаимодействия с информационными системами управления административно-хозяйственной деятельностью медицинских организаций и взаимодействия медицинских организаций в рамках оказания медицинской помощи, включая направление пациентов в другие организации для обследования и получения медицинской помощи;
- формирования информационной основы регионального и федерального сегментов ЕГИСЗ.

Требования к МИС медицинских организаций.

Разработка и внедрение МИС МО на современном этапе имеют особое значение для информатизации здравоохранения страны. Именно от их развития реально зависит уровень информатизации собственно медицинской составляющей здравоохранения. МИС МО – это верхний уровень систем, разрабатываемых на основе законов рынка в основном за счет собственных ресурсов коммерческими фирмами, дорогостоящие разработки, вынужденно основанные на недешевых системах управления базами данных, требующие постоянной ресурсной подпитки, развития и профессионального сопровождения.

Внедрение таких систем окупается, хотя экономическая ценность МИС МО во многом зависит от эффективности руководства и грамотной стратегии их внедрения. При правильном выборе, адаптации, сопровождении такой системы деятельность учреждения поднимается на принципиально более высокий уровень. Но и цена ошибки высока: замена внедренной в медицинской организации МИС МО на другую систему – болезненное для персонала и весьма ресурсоемкое мероприятие.

На начало 2012 г. в Российской Федерации систем, удовлетворяющих обозначенному выше пониманию МИС МО, было около 130, при этом к системам, имеющим более одного внедрения, можно было отнести не более половины из них.

В ближайшие годы в связи с сокращением финансирования информатизации здравоохранения ожидается обострение конкуренции на рынке создания и внедрения МИС МО. В связи с этим необходимо определить требования к МИС МО на федеральном уровне, причем сделать это гласно, с участием не только и не столько ученых, сколько самих участников рынка. Безусловно, отрядной является тенденция взаимопонимания регулятора (Минздрава России) и информационного сообщества по данному вопросу. В настоящее время такие требования разрабатываются под эгидой Минздрава России. Они призваны определить минимальный, базовый и расширенный уровни функциональных возможностей МИС МО, что должно способствовать выработке единого подхода к оценке систем.

В число общих требований к МИС МО входит обеспечение:

- поэтапного внедрения системы в соответствии с потребностями медицинской организации за счет модульной архитектуры – МИС МО должна состоять из модулей, каждый из которых автоматизирует один или несколько процессов деятельности медицинской организации. МИС МО может быть как интегрированной, так и комплексной. Более надежным в настоящее время представляется развитие МИС МО на основе единой базы данных, используемой хотя бы для ведения ЭМК МИС МО;
- постоянного развития функциональных возможностей МИС МО с последовательной автоматизацией всех бизнес-процессов медицинской организации;

- унификации процессов подключения к ресурсам МИС МО дополнительных задач, включая обмен данными между самостоятельно разработанными модулями;
- семантической интероперабельности с внешними медицинскими информационными системами за счет применения общепринятых стандартов, в т. ч. международных, для обмена электронной медицинской информацией;
- информационного взаимодействия с региональной МИС, обмена данными с федеральными сервисами.

Аппаратное обеспечение МИС МО должно представлять собой совокупность средств вычислительной техники и технологического оборудования, объединенных в локальную вычислительную сеть. К техническому обеспечению МИС МО не должно предъявляться специфических требований, обуславливающих участие в его поставке и использовании конкретного производителя или группы производителей. Должна быть обеспечена возможность изменения конфигурации технических средств для расширения функциональных возможностей МИС МО. В МИС МО может применяться системное программное обеспечение разных производителей, оно должно базироваться на широком использовании операционных систем, интерфейсов, протоколов передачи данных и форматов данных; в МИС МО может быть обеспечена поддержка форматов свободно распространяемых программных продуктов.

В обеспечение МИС МО должны входить аппаратно-программные средства защиты информации от несанкционированного доступа.

Внедрение МИС должно представлять собой системный поэтапный процесс.

В процессе развития МИС МО обеспечивает определенные уровни функциональных возможностей, которые условно определены как минимальный, базовый и расширенный (рисунок).

Минимальный уровень МИС МО должен обеспечивать:

- взаимодействие с Реестром нормативно-справочной информации, с интеграционным шлюзом для передачи и получения данных;
- персонафицированный учет оказанной медицинской помощи и взаиморасчеты со сторонними организациями;
- построение медико-статистических отчетов.

Базовый уровень МИС МО, кроме функций минимального уровня, должен обеспечивать:

- управление потоками пациентов, ведение расписаний как работы медицинских работников, так и оборудования;
- обмен данными между отделениями медицинской организации;
- ведение основной части ЭМК пациента.

Расширенный уровень МИС МО, кроме функций базового уровня, должен обеспечивать:

- формализованное ведение всех разделов ЭМК;
- взаимодействие с лабораторной, радиологической подсистемами (или соответствующими интегрированными модулями), аналитическими подсистемами и средствами поддержки принятия врачебных решений;
- взаимодействие с внешними системами.

Набор подсистем МИС МО на всех уровнях определяется типом медицинской организации.

Функциональные возможности МИС МО подразделяются на обязательные и рекомендуемые. Например, функционал МИС МО базового уровня, включающий подсистему «Инструментальная диагностика», должен обеспечивать как обязательную возможность ведение соответствующей части медицинской документации, а интеграция с медицинским оборудованием является рекомендуемой возможностью.

По мере развития в медицинской организации МИС МО будет меняться уровень ее автоматизации – от автоматизации рабочих мест приемного отделения или регистратуры, регистрации пациентов, ведения минимального статистического учета обратившихся за медицинской помощью и ее результатов, персонафицированного учета всех случаев оказанной медицинской помощи, формирования реестров на оплату, получения из МИС МО основных форм государственной статистической отчетности до работы с ЭМК (сначала – части медицинского персонала с важнейшими документами ЭМК, включая осмотры врачей, листы

назначения, протоколы диагностических обследований, протоколы операций) и, наконец, полной автоматизации (автоматизация всех рабочих мест, включая все лечебные отделения, диагностические службы; ведение полноценной электронной карты; автоматизация аптеки, службы питания; учет услуг по всем видам оплаты, включая взаиморасчеты по ОМС, ДМС, договорам на обслуживание, платные услуги; формирование всей статистики, включая государственную отчетность, отчетность по специализированным видам медицинской помощи, диагностическим службам, персонифицированный учет лекарственных средств).

Экономическая эффективность внедрения МИС медицинской организации.

Сроки развития МИС МО от начала внедрения до полной автоматизации определяются многими факторами, среди которых готовность персонала и ресурсное обеспечение. Нельзя пройти этот путь слишком быстро – потребуется время на адаптацию персонала к работе в новых условиях, но и неоправданно затягивать процесс развития МИС МО плохо. Представляется, что на развитие системы от начала внедрения до работы с ЭМК (базовый уровень функциональных возможностей МИС МО) в среднем в зависимости от величины стационара (300-400 коек) необходимо три года, а полной автоматизации можно достигнуть ориентировочно за пять лет.

Безусловно, руководитель медицинской организации желает знать, за какой срок окупятся вложения в развитие МИС в учреждении и что именно получит медицинская организация. В последние годы появилась серия публикаций об экономической эффективности МИС МО. Среди подходов к оценке импонирует подход, предлагаемый Я.И. Гулиевым и соавторами, описанный в серии публикаций 2009-2014 гг. Авторами выявлен перечень значимых видов затрат и выгод, отражающих экономическую составляющую проекта для медицинской организации, причем исследовались медицинские организации различных форм собственности и ведомственной принадлежности. Затраты и выгоды рассчитывались на год. Среди затрат были выделены следующие расходы:

- на закупку техники, организацию локальной вычислительной сети;
- создание или закупку МИС МО;
- поэтапный ввод системы в эксплуатацию;
- оплату труда персонала по администрированию и сопровождению системы;
- обучение работников медицинской организации и их адаптацию к МИС МО;
- коммунальное содержание МИС МО.

Среди выгод была выделена экономия:

- времени на работу с документами;
- затрат на лекарственные препараты;
- затрат на лабораторные и радиологические исследования;
- затрат на лечение пациентов за счет сокращения сроков госпитализации;
- затрат на работу с платежными документами;
- финансовых средств за счет увеличения суммы счетов страховым компаниям, сокращения ошибок при выставлении счетов.

Авторами подхода были проведены расчеты экономической эффективности процесса информатизации нескольких медицинских организаций, результатами которых доказано то, что хорошо интуитивно ощущается, – эффективность развития МИС в медицинской организации зависит от следующих факторов:

- уровня функциональных возможностей МИС МО – чем он выше, тем больше эффективность внедрения;
- размеров медицинской организации – чем она крупнее, тем эффективнее информатизация учреждения. Однако даже при минимальном уровне информатизации в небольшом медицинском учреждении внедрение МИС МО окупается, но срок окупаемости больше. Называемые ориентировочные сроки окупаемости информатизации медицинской организации – от трех до пяти лет.

Для кого и для чего внедряется МИС медицинских организаций.

Любая медицинская организация нацелена на улучшение качества и повышение доступности медицинской помощи людям. МИС МО обеспечивает информацией (объективной, необходимой и достаточной) всех участников лечебно-диагностического процесса, способствуя

достижению указанной цели. МИС МО в первую очередь работает для пациента, для оказания ему своевременной и качественной медицинской помощи. В настоящее время пациент является еще и потребителем информации МИС МО, имеет право и возможность получения электронных копий медицинских документов для информационного наполнения своего личного кабинета.

Работа медицинских работников, непосредственно взаимодействующих с пациентами, непростая и разноплановая. С одной стороны, мы говорим, что врачевание - искусство, что лечить нужно не болезнь, а больного и т. п., а с другой - понимаем, что без соблюдения стандартов в настоящее время обойтись нельзя. МИС МО призвана облегчать, объективизировать деятельность медицинских работников, в первую очередь врачей, осуществлять поддержку принятия решений.

Облегчать – за счет ведения в электронном виде медицинской документации. На начальном этапе внедрения МИС МО деятельность медицинских работников может даже усложниться. Но при нормальном развитии системы этот этап преодолевается за год-два, и медицинские работники уже не могут обходиться без возможностей автоматизированного ведения листов назначения, дневниковых записей, осмотров и т. д. В хорошей МИС МО есть конструктор текстовых документов, помогающий не набивать текст, а конструировать его, причем на основе принятых в медицинской практике схем, помогающих не упустить важных нюансов при описании состояния пациента.

Объективизировать – за счет встроенных в МИС МО диагностических модулей, автоматизирующих снятие, обработку сигналов и изображений и даже (в той или иной степени) построение заключений.

Осуществлять поддержку принятия решений – за счет встроенных интеллектуальных модулей (оценки тяжести состояния, дифференциальной диагностики, выбора тактики ведения и конкретных вариантов лечения и др.); в минимальном варианте, когда можно говорить только об информационной поддержке принятия решений, – за счет встроенных информационных средств. Конечно, здесь перечислены далеко не все преимущества использования систем. Однако из названного выше понятно, что МИС МО внедряется для улучшения качества работы практикующих врачей и медицинских сестер.

МИС МО внедряется и для повышения эффективности деятельности сотрудников регистратуры, медицинских статистиков, других сотрудников, не занимающихся непосредственным оказанием медицинской помощи. Их деятельность по мере внедрения МИС МО также принципиально меняется.

Главный врач, его заместители по направлениям деятельности и заведующие отделениями получают принципиально новый уровень возможностей управления медицинской организацией и ее подразделениями, позволяющий реально отслеживать работу каждого работника, каждого отделения и учреждения в целом.

Нельзя не признавать того, что информатизация медицинской организации постепенно приводит к реинжинирингу всех составляющих деятельности организации и работы каждого сотрудника. В ряде медицинских организаций сотрудники недовольны процессом внедрения МИС МО. В этом недовольстве есть и объективная (вследствие увеличения объема работы на первом этапе внедрения МИС МО, когда врач вынужден и оформлять историю болезни, и вводить информацию в ЭМК), и субъективные составляющие. Ситуацию с отношением людей к внедрению системы можно и нужно менять, объясняя выгоды, используя методы поощрения передовиков, обучая людей приемам работы с системой, а также применяя административные меры.

Информацией, получаемой в медицинской организации, пользуются не только сами работники. Среди сторонних пользователей – работники страховых организаций, сотрудники других медицинских организаций, руководители здравоохранения регионального и федерального уровней. Среди решаемых задач – предоставление информации для регистра сведений о застрахованных лицах, информационное взаимодействие с другими медицинскими организациями по вопросам оказания медицинской помощи пациенту, взаимодействие с региональными и федеральными информационными ресурсами для обеспечения преемственности оказания медицинской помощи.

Последняя из названных задач является наиболее важной среди перспективных задач здравоохранения. Возможность получения врачом на своем рабочем месте «сигнальной» информации о пациенте, структурированных электронных медицинских документов по каждому случаю оказания медицинской помощи, данных о преемственности диагнозов переоценить невозможно. Все это обеспечивается ведением интегрированной ЭМК. Для ее полноценного ведения необходима тотальная информатизация медицинских организаций.

Как выбирать МИС для внедрения в медицинской организации.

МИС для развития в медицинской организации необходимо выбирать осознанно. Идеально, если этим будут заниматься сотрудники медицинской организации, в соответствии с должностными обязанностями отвечающие как за выбор, так и за развитие системы. Но даже в случае наличия в медицинской организации специалистов нелишним будет получить второе мнение - слишком велика цена ошибки. Конечно, необходимо учитывать опыт медицинских организаций, сопоставимых по направлению, типу, величине, – как положительный, так и отрицательный.

Нужно помнить, что период развития МИС МО от начала внедрения до полной автоматизации составит от трех до пяти лет, после чего возможно дальнейшее наращивание системы дополнительными возможностями, нацеленными на повышение качества оказываемой медицинской помощи пациенту и поддержку принятия врачебных решений.

МИС МО требуют программного и технического сопровождения. Этим должны заниматься или разработчики системы, или специалисты, работающие в медицинской организации, или сторонние, но обученные специалисты.

Медицинский персонал необходимо обучать работе с системой.

МИС МО требует организационного сопровождения. Развитие МИС МО должно регламентироваться приказами и распоряжениями главного врача.

Удачный выбор МИС МО может обеспечить выраженное повышение эффективности работы самой медицинской организации. А руководители здравоохранения регионов должны понимать, что самый реальный на сегодняшний день путь улучшения качества здравоохранения в субъектах РФ – тотальная информатизация медицинских организаций региона хотя бы на минимальном или базовом уровне.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Борисов, Ю. Физиономия в шкафу // Медицинская газета. – 2015. – 14 авг. (№ 60). – С. 14.

Японская компания сообщает о первых успехах в разработке искусственных человеческих лиц. Они будут создаваться из силикона и в будущем смогут использоваться в восстановительных операциях у людей, которые нуждаются в серьёзной пластической коррекции лица.

Что ж, учёные уже научились печатать органы на 3D-принтере, ранее сообщалось о создании с помощью 3D-печати искусственной кожи для тестирования косметики, а черепахе в Турции напечатали новые челюсти. Так что в сообщении японской компании нет ничего фантастического. Её специалисты уже наладили производство точных копий лиц, и им поступило немало заявок – как от известных бизнесменов, политиков, звёзд шоу-бизнеса, так и от простых людей, получивших серьёзные травмы в авариях, от укусов животных или же утратившие главную часть внешности вследствие тяжёлых заболеваний. Разработка модели обойдётся в 300 тыс. иен (порядка 2,4 тыс. долл.): в стоимость услуги входит создание объёмного макета лица, повторяющего индивидуальные особенности (кровеносные сосуды, поры на коже и другие мелкие детали), печать заготовки на 3D-принтере, по которой в финале создаётся силиконовая «маска».

По словам президента компании, технология создания силиконовых лиц имеет большое будущее в плане применения в пластической хирургии. Основная цель создателей – помочь людям, которые действительно нуждаются в этом. В настоящее время специалисты работают над возможностью перенесения 3D-макетов на более безопасные материалы. Кроме того, технология заинтересовала программистов, которые занимаются разработкой технологии автоматического распознавания лиц.

Впрочем, пока в числе основных клиентов компании – рекламные агентства и фирмы, которые занимаются организацией развлекательных мероприятий, а также руководство одной из компаний в Саудовской Аравии, которое заказало японцам точные копии лиц королевской семьи.

Лалаянц И. Антираковые «пилюсы» // Медицинская газета. – 2015. – 31 июля (№ 56). – С. 13.

Лишь недавно стало известно, что микобактерия, вызывающая туберкулёз, ведёт к иммунодефициту, действуя на макрофаги и помогающие им дендритные клетки белком (ASAP). Он похож на «якорный» белок клетки анкирин и может блокировать выработку интерферона-бета с помощью повышенных количеств аденозин-монофосфата (AMP).

Мыши, инфицированные бациллой с разными уровнями AMP, жили 150 и 321 день. В своё время И. Мечникова «упрекали» за то, что туберкулёзная бацилла превосходно «чувствует» себя в цитоплазме макрофага, что способствует распространению туберкулёза в организме. Можно полагать, что микобактерия каким-то образом воздействует на клеточный геном и «модифицирует» активность генов-мишеней.

Нечто подобное происходит при нестабильности генома, возникающей под действием повышенной активности гена (MSI – Microsatellite instability), нарушающей репарацию ДНК. Белковый продукт гена связывается с РНК, поддерживая потенциал стволовых клеток крови, что в определённых случаях приводит к раку крови. В норме подобные гены эмбрионального развития «замолкают» после рождения, но могут и «выстрелить» во взрослом состоянии. Таков например Dmrt, или ген «двойного пола», нарушения которого ведут к рождению гермафродитов из-за того, что не происходит переключения в развитии будущего мальчика при наличии Y-хромосомы.

Возможность изменения работы генома была доказана в Стэнфордском университете, специалисты которого сообщили, что им удалось репрограммировать клетки рака белой крови (B-cell ALL – Acute Lymphoblastic Leukemia), «вернув» их в макрофаги. Ранее, то же самое сделали на мышинной модели лейкемии, подействовав на культуру раковых клеток определённым набором белков (транскрипционных факторов), которые «успокоили» агрессивную клеточную молодёжь, которая повзрослела и остепенилась, превратившись в нормальные макрофаги. Но всё это пока лабораторные опыты, хотя и проводимые на клетках со знаменитой Филадельфийской хромосомой. Можно напомнить, что с помощью четырёх транскрипционных факторов из клеток кожи (фибробластов) получают индуцированные плюрипотентные клетки (iPS) с потенциальностью давать разные клеточные типы.

В Университете штата Юта, в Солт-Лейк-Сити, предложили иной подход к возможному лечению раковых заболеваний. Речь идёт об успешном определении длины и манипулировании молекулярной «рулетки» – ruler, – с помощью которого различные патогенные микроорганизмы «определяют» длину хоботка-шприца своей секреторной системы. Последняя представляет собой полый протеиновый стержень, который подобно игле пронизывает клеточную оболочку, после чего по нему в цитоплазму вводится (инъектируется) белковый токсин. Авторы статьи в PNAS описывают свои ген-модификации длины рулетки, приводившие к удлинению полого стержня (прибавление одной аминокислоты увеличивало её на 2 ангстрема (0,2 нанометра)).

Учёные полагают, что их подход поможет убить сразу двух зайцев. Во-первых, можно ожидать разработки новых антибиотиков, сокращающих синтез молекулярной рулетки, тем самым подавляя развитие смертельно опасных инфекций, лечение которых довольно дорого и не всегда успешно. Во-вторых, можно ожидать «разработки» новых бактериальных штаммов с нацеленными на раковые клетки «пилюсами» (pili) секреторных систем, с помощью которых будут вводиться антираковые химиотерапевтики. Сходную картину видим на примере печально знаменитого геликобактера (Helicobacter), который с помощью своего белкового стержня «пробивает» оболочку клеток слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, вызывая их трансформацию, что приводит к язвам и раку. Если верить исследователям из Юты, эту тенденцию теперь можно обратить в противоположном направлении.

Японский иммуномодулятор № 1 теперь и в России // Аргументы и факты. – Самара. – 2015. – 29 июля-4 авг. (№ 31). – С. 20.

Рост заболеваемости онкологией в развитых странах увеличивается каждый год. Ожидается 1%-ный ежегодный рост новых случаев в Китае, Индии и России. В Ирландии к 2020 г. ожидаемый прирост численных случаев рака – 90% по сравнению с началом века.

Количество новых случаев в мире может возрасти до 27 млн в год к 2030 г., а смертельных случаев – до 17 млн. Огромную роль в профилактике онкологии играет повышение сопротивляемости организма с помощью здорового образа жизни, правильного питания и разумного использования природных средств.

Появление новых противоопухолевых препаратов улучшило результаты лечения большинства злокачественных опухолей. В последние годы успехи лекарственной терапии связаны с разработкой препаратов с новыми механизмами действия. Современные методы лекарственной терапии ведут к снижению смертности от онкологических заболеваний. Современная онкология – это область медицины, которая доказывает быстрые темпы развития и внедрения последних достижений в области молекулярной биологии. На смену синтетическим противоопухолевым агентам пришли биопрепараты. По прогнозам аналитиков, более 40% в обороте биофармацевтических средств составят биосимиляры (воспроизведенные биологические препараты).

В нашем организме существует мощная внутренняя защита от «врагов» – бактерий, вирусов и злокачественных клеток. Эта собственная внутренняя армия – иммунитет. Его высочайшая активность определяется слаженной работой разных органов (костный мозг, тимус, селезенка) и клеток (различные популяции лимфоцитов). Иерархия в иммунной системе выстроена очень четко: несколько «линий обороны» и специальные методы борьбы на каждом этапе. В здоровом организме постоянно идет борьба с мутирующими клетками – организм не дает вновь образовавшимся атипичным клеткам объединиться и образовать опухоль. Эту борьбу ведут три вида клеток: макрофаги, цитотоксические Т-лимфоциты (ЦТЛ) и натуральные киллеры (НК).

Натуральный киллер – особая клетка, одна из самых сильных противоопухолевых, она распознаёт любые изменённые клетки, которые не распознали макрофаги и ЦТЛ. «Клетка-убийца» при контакте с измененной раковой клеткой выделяет белки-перфорины и гранзимы, которые разрушают мембрану клетки. Однако у большинства онкологических больных количество «натуральных киллеров» снижено или их активность заблокирована.

Сниженная цитотоксичность НК-клеток связана с риском развития опухоли.

Ученые-онкологи ищут лекарственный препарат, усиливающий иммунный ответ при онкологических заболеваниях. Многие натуральные продукты могут активизировать иммунные клетки. На российском рынке совсем недавно появился японский препарат BioBran MGN-3.

BioBran MGN-3 был разработан в Японии в 1992 году директором по исследованиям и развитию фармацевтической компании «Дайва» в Токио Х. Маеда. Исследовательский интерес учёного был направлен на поиск натуральных растительных компонентов, укрепляющих здоровье и способствующих долголетию. В конце 1980-х годов он обратил внимание на полисахариды, способные усиливать иммунную реакцию организма, и разработал иммуномодулятор, основным компонентом которого стал экстракт рисовых отрубей и гриб Шиитаке.

Профессор иммунологии Университета медицины и науки Чарльза Р. Дрю в США М. Гонеум провёл много иммунологических исследований продукта, показав, что BioBran обладает не только иммуностимулирующим действием, но и иммуномодулирующим эффектом. Компания «Дайва» впоследствии выпустила на рынок комплекс MGN-3 под торговой маркой BioBran. В настоящее время BioBran широко используется не только в Японии, но и в 49 странах по всему миру, имеет отличную репутацию и зарегистрирован как лекарственный препарат. BioBran является иммуномодулятором растительного происхождения, эффективность которого доказана в фундаментальных и клинических исследованиях.

Результаты исследований за последние 20 лет показали, что BioBran способен стимулировать активность лейкоцитов, в частности, естественных «киллеров», Т и В клеток.

Арабиноксилан стимулирует прежде всего активность НК-клеток (за несколько недель способен активировать НК в несколько раз), а также способствует увеличению их числа. В-

клетки вырабатывают антитела, в то время как Т- и НК- клетки уничтожают пораженные вирусом и бактериями клетки, а также злокачественные клетки.

Согласно данным исследований действия препарата, активность НК-клеток происходит за счет повышения содержания ферментативных гранул НК-клеток и за счет повышения выработки цитокинов.

BioBran проходил фундаментальные и клинические исследования в Японии, США и Европе. Большинство этих исследований опубликованы в рецензируемых научных журналах. Иммунологи рекомендуют BioBran MGN-3 больным злокачественными новообразованиями до, во время и после применения химио- и лучевой терапии с целью уменьшения побочных эффектов и улучшения качества жизни. BioBran способен существенно снижать побочные эффекты химио- и лучевой терапии, улучшая качество жизни пациентов (уменьшение тошноты и рвоты, диареи; предупреждает выпадение волос; повышение аппетита, настроения, работоспособности; нормализация сна).

BioBran производится в соответствии со стандартами фармацевтической компании «Дайва» в Японии, соответствует строгим стандартам безопасности японского министерства здравоохранения и социального обеспечения, а также строгим стандартам министерства здравоохранения и пищевым стандартам Европы и США.

Более 10 лет использования препарата в лечебной практике японскими, американскими, сербскими, немецкими и другими специалистами показали его удивительные возможности.

С момента появления препарата на российском рынке прошло совсем немного времени, а работающие с BioBran врачи уже получили сотни подтверждений его действенности и «полной» безопасности, включая результаты лабораторных и аппаратных исследований. Пациенты смогли оценить уникальное действие иммуномодулятора, получив принципиально новое качество жизни. Есть все основания надеяться, что уникальные возможности препарата не останутся без внимания специалистов и будут активно включаться в схемы лечения рака. Тем более что для этого нет никаких ограничений. BioBran лицензирован и продается без рецепта, схема его приема чрезвычайно проста и в большинстве случаев не требует какой-либо индивидуальной коррекции.

Ларин, И. ДНК нам поможет // Медицинская газета. – 2015. – 24 июля (№ 54). – С. 13.

Самолёт, прибывающий в Гонконг, приземляется на острове Лангау, второй достопримечательностью которого является гигантский бронзовый Будда с восточным крестом на груди, сидящий в позе лотоса на вершине одного из холмов («крест» является символом крепкого здоровья и сопутствующего ему благополучия).

Неудивительно, что один из фрагментов-доменов одного из важнейших ферментов, определяющих генную активность, учёные назвали Lotus. Открыли его немцы, назвав «Оскар» по имени героя романа Г. Грасса «Жестяной барабан», который решил больше не расти. Выбор термина оказался неслучайным, поскольку фермент с неизменным – эволюционно консервативным, – «лотусом» крайне важен для нормального развития предшественников половых клеток, и выключение его гена ведёт к стерильности. Сотрудники Европейской лаборатории молекулярной биологии опубликовали данные рентгеноструктурного анализа фермента, показав, что «Лотус» необходим для синтеза РНК-копии гена, регулирующего развитие клеток, дающих спермии и яйцеклетки (CR).

Авторитетный физический журнал представил данные анализа модели отбора, который ведёт к самоограничению продолжительности жизни клеток и организмов (PRL). Авторы напоминают об осьминогах, которые размножаются один раз в жизни, после чего перестают есть и умирают. На клеточном уровне апоптоз убивает клетки значительно раньше всего организма, и его исследования позволили сформулировать современную теорию старения, являющегося механизмом противораковой защиты. Проблема, однако, в чрезвычайной «волатильности» генома, передающейся из поколения в поколение организмов и клеток. Эйфория начала геномного миллениума после прочтения генома резко сошла на нет, поскольку геномный анализ отдельных клеток показал, что они отличаются друг от друга, давая преимущество раковым клеткам в их росте и резистентности к лечению (STM). Именно поэтому столь «живучи» раковые стволовые клетки и в частности иницирующие клетки мозговых опухолей (BTIC).

Учёные университета в канадском Калгари проследили за асимметричным делением клеток 20 линий ВТРС, выявив специфические «сигнатуры» – особенности клеток, инициирующих рост глиобластом, что как они надеются, поможет разобраться в природе этих опухолей (CSC). В журнале Cell сотрудники Ракового центра в Нью-Йорке описали стрессовый ответ дендритных клеток (тканевых макрофагов) иммунной системы, в которых в ответ на внешний стресс включается ген, «тормозящий» противораковый иммунитет. На самом деле это, конечно, же «тормоз» аутоиммунных расстройств, но раковые опухоли только выигрывают от включения указанного гена в клетках первой линии иммунной обороны организма. Способствует «уклонению» раковых клеток от иммунной атаки и белок «шелтерин» (от shelter – убежище, защита), который в норме защищает теломеры хромосом, то есть их концевые участки. Нарушения в гене шелтерина приводит к «слиянию» – fusion хромосомных концов, что хорошо видно на фото раковых клеток, полученных специалистами Центра Мадриде (TBS).

Авторитетный Nature «обрушился» на последнее достижение биоинженерии, получившее название «органы на чипе», считая, что широковещательная их реклама сродни эйфории, вызванной в своё время геномикой и персонификацией-таргетностью терапий, не оправдавших возлагавшихся на них надежд. Одной из причин осторожности, проявляемой фармацевтическими гигантами к подобного рода чипам в том, что на них невозможно воссоздать влияния эндокринной и иммунной систем на клетки и развитие культивируемого органа, хотя недавно и заявлено о «создании» миниатюрного сердца. Защитники этого направления уповают на пример К. Мулиса, который чуть ли не «в сарае» заложил основы знаменитой полимеразной цепной реакции (PCR), без которой сегодня немыслима дешёвая и быстрая геномика с её многочисленными приложениями. PCR, однако, поначалу была не «задействована», пока не был открыт фермент бактерий, живущих в горячих источниках, после чего стало возможно её широчайшее применение, а Муллис был удостоен Нобелевской премии, ничем больше не отметившись в науке.

Биоинженерия не стоит на месте, в результате чего её адепты из университетов Колорадо в Боулдере, Вашингтона в Сент-Луисе и Иллинойского в Урбана-Шампань предложили дистанционно управляемый оптодевайс для введения лекарств и вирусов в мозг, осуществляемого в строго определённой локализации (Cell). Преимущество нового устройства в его миниатюрности и управляемости с помощью инфракрасного света (что-то вроде обычного телевизионного пульта). Оно представляет собой мультиплекс в виде «стопки» слоёв материалов с разными характеристиками. Нижний из них представляет обычный «нагреватель», тепло которого приводит к расширению-экспансии расположенного над ним материала и последующего слоя с камерами. В них находятся вирусы, несущие «оздоравливающие» гены и способные инфицировать клетки нервной системы, а также лекарства для купирования боли и депрессии, эпилептических припадков и т. д. Авторы работают над увеличением количества камер, полагая, что оптически контролируемое выделение лекарств поможет в лечении других органов и тканей.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Щеглов, К. Власть озаботилась здоровьем граждан // Медицинская газета. – 2015. – 7 авг. (№ 58). – С. 4.

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев поручил Минздраву России составить программу мер, направленных на повышение ответственности граждан за состояние их здоровья, а работодателей – за состояние здоровья сотрудников.

Согласно документу, министерству совместно с заинтересованными федеральными органами власти следует представить до 1 декабря 2015 г. предложения по дополнительным мерам, направленным на повышение ответственности населения за состояние своего здоровья. В том числе должны быть предусмотрены меры по повышению ответственности работодателей за состояние здоровья работающих граждан.

Ещё одним пунктом в перечне мер значится проработка к 20 августа вопроса о создании информационного ресурса учёта вакцинации граждан. А до 1 декабря в кабмин должна быть внесена «дорожная карта» по реализации в 2016-2020 гг. Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г.

Отдельным блоком в списке решений значатся рекомендации властям регионов России по вопросам борьбы с ростом смертности. «Создать межведомственные комиссии по реализации мер, направленных на снижение смертности населения и повышение рождаемости; разработать и утвердить комплексы мер на 2015-2018 гг., направленные на снижение смертности населения и повышение рождаемости; принять дополнительные меры по профилактике бытового пьянства и алкоголизма, повышению культуры здорового питания, созданию условий для занятия физической культурой», – указывается на сайте правительства.

В числе других решений кабмина по итогам совещания – проработка вопроса учёта в регионах родившихся и умерших иностранцев и лиц без гражданства.

Председателем Правительства РФ Дмитрием Медведевым подписано распоряжение № 1141-р. Согласно ему, в соответствии с «антикризисным планом» кабинета министров распределены средства в размере 4 млрд. руб. на обеспечение необходимыми лекарственными препаратами 4,9 млн. граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

Проект документа подготовлен Минздравом России в соответствии с пунктом 58 плана первоочередных мероприятий по обеспечению устойчивого развития экономики и социальной стабильности в 2015 г. (утверждён распоряжением Правительства РФ №98-р от 27.01.2015).

Бюджетные ассигнования в размере 4 млрд. руб. будут распределены Минздравом между бюджетами субъектов Федерации.

Распределены также межбюджетные трансферты субъектам Федерации на улучшение в 2015 г. лекарственного обеспечения граждан в размере 12 млрд. руб. Это позволит обеспечить лекарственными препаратами 12,8 тыс. граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, 13 463,3 тыс. граждан, имеющих право получать такие препараты по рецептам врача бесплатно или со скидкой 50%.

Глава Правительства проинформировал, что «межбюджетные трансферты предоставляются на обеспечение расходных обязательств субъектов Федерации, связанных с реализацией их полномочий в части:

- организации обеспечения граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включённых в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности;
- обеспечения лекарственными препаратами в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи отдельных групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно или со скидкой 50%.

По словам Д. Медведева, общий объём субвенций для регионов на лекарства для льготников вырастает в 2015 г. до 31 млрд. руб. Цены на лекарства в России, даже в особо уязвимом нижнем ценовом сегменте, не превысили в 2015 г. уровень инфляции, заявила журналистам вице-премьер Правительства РФ Ольга Голодец. «Мы пока не видим, что рост цен обгоняет инфляцию. Был серьёзный натиск со стороны фармацевтов по увеличению цены в нижнем сегменте, но мы остались в рамках инфляции», – сказала О. Голодец в ходе Петербургского международного экономического форума (ПМЭФ). По её словам, тема лекарственного обеспечения является приоритетной для кабинета министров. «Мы не видим

драматизма - такого скачкообразного роста цен, который мы ожидали в январе», - отметила вице-премьер.

Финансовые сложности не коснулись российской системы здравоохранения, утверждает и глава Минздрава России Вероника Скворцова. «В этом году у нас на 265 млрд. руб. увеличился общий объём финансовых средств на здравоохранение. В большей степени наполняется бюджет обязательного медицинского страхования», – отметила министр. Она также рассказала, что в России гражданам из высокой группы риска заболеваемости, возможно, начнут выплачивать компенсации за лекарства. «Это тема непростая, потому что она требует дополнительных ресурсов. Мы посчитали уже и очень надеемся на поддержку нашего правительства», – добавила министр.

Киселева, Л. А. Мы за здоровый образ жизни // Медсестра. – 2015. – № 7. – С. 4-7.

Здоровье для каждого из нас является важнейшей ценностью в жизни, но мало кто знает о том, что существует отдельный день в году, посвященный здоровью. 7 апреля – Всемирный день здоровья. Основан этот праздник в 1948 году, он положил начало большой кампании по привлечению каждого человека к разным видам спорта, в этот знаменательный день звучат призывы вести здоровый образ жизни и отказаться от всех вредных привычек.

Не осталась эта дата без внимания и в ОГБУЗ «Черемховская городская больница № 1». День здоровья был отмечен многочисленными мероприятиями. Заранее для медицинских работников были проведены зимние спортивные соревнования под названием «День здоровья» на лыжной базе г. Черемхово, с лыжной эстафетой, стрельбой из пневматического оружия и перетягиванием каната.

Участникам очень повезло с погодой, с ярким предвесенним солнцем и отсутствием ветра, что поднимало дух и задор командам и болельщикам. В соревнованиях участвовали 6 команд по 6 человек.

Следующим этапом соревнований был не менее интересный и увлекательный конкурс «Стрельба из пневматического оружия». Задора спортсменам было не занимать, и в этом конкурсе была более меткой команда «Молния» рентгенологического отделения, которая набрала наибольшее количество очков по сбитым мишеням.

Завершающим этапом «Дня здоровья» было перетягивание каната. Спортсмены из последних сил рвались к победе.

По окончании соревнований были подведены итоги. По наибольшей сумме набранных очков победителем зимних соревнований стала команда «Здоровье» отделения «Анестезиологии и реаниматологии».

Дальнейшим в плане проведения Всемирного дня здоровья 7 апреля в поликлинике больницы был организован круглый стол. О проведении этого мероприятия было заранее оповещено.

После приветственных слов администрации больницы и ведущих соревнования капитаном победившей команды прошедших осенних состязаний под звуки гимна был поднят флаг России.

По окончании торжественных мероприятий был дан старт соревнованиям. Их первым этапом была лыжная эстафета. Задача перед участниками стояла одна: каждому поочередно за наименьшее время пробежать трассу в 1 км, передавая эстафетную палочку друг другу. Борьба была сложной, но лучшие медики-спортсмены смогли показать хорошие результаты.

Все жители города могли в этот день прийти в поликлинику, прослушать беседы о здоровом образе жизни, измерить артериальное давление, пульс, вес, посмотреть видеоролики на темы:

«Здоровому сердцу – долгая жизнь», «Зачем питаться правильно», «Давай начнем с зарядки», «Молодежь за здоровый образ жизни», «Пора подумать о здоровье» и многие другие. Также было организовано распространение листовок, буклетов, памяток с пропагандой здорового образа жизни. Во время проведения акций лицам с повышенным артериальным давлением или артериальной гипертонией, избыточной массой тела было рекомендовано обратиться в поликлиники по месту жительства для проведения обследования, консультаций специалистов и постановки на диспансерный учет.

В каждом отделении стационара были оформлены уголки здоровья и информационные столы на темы о здоровом образе жизни, правильном питании и вредных привычках.

Заключительным моментом в организации Всемирного дня здоровья было проведение в конференц-зале научно-практической конференции для медицинских работников «Актуальные вопросы формирования и укрепления здорового образа жизни». На конференции выступали медицинские сестры из разных отделений больницы № 1 с докладами и презентациями на темы: «Основы правильного питания», «Воспитание культуры здорового образа жизни», «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний».

Докладчиками были озвучены одни из самых важных тем по формированию и привитию здорового образа жизни самим медицинским работникам. Очень большое внимание уделялось вредным привычкам, причинам их происхождения, говорилось о том, как избавиться от несущих вред здоровью недугов и о преимуществах здорового образа жизни.

По окончании конференции докладчикам были вручены сертификаты участника.

Межгирский, И. Основы ЗОЖ – в молодом возрасте // Медицинская газета. – 2015. – 28 июля (№ 55). – С. 3.

Больше половины (59%) молодых россиян не знают о программах пропаганды ЗОЖ. Это показал опрос среди студентов и школьников, проведенный экспертами Общероссийского народного фронта (ОНФ) в рамках подготовки к его форуму по здравоохранению.

То есть, опрошенные молодые люди ничего не знают о государственных программах, направленных на популяризацию здорового образа жизни в стране. Однако практически все респонденты считают, что они необходимы.

84% респондентов сказали, что в их учебных заведениях такая пропаганда проводится, и почти все они считают её полезной. 81% опрошенных отметили работу по профилактике табакокурения, 76% – антиалкогольную кампанию. 86% – продвижение физкультурно-оздоровительных мероприятий, 56% – пропаганду здорового питания.

69% респондентов сказали, что в их образовательном учреждении пропаганду ЗОЖ необходимо усилить. 37% респондентов отметили, что в их образовательных организациях не предусмотрена возможность сдачи норм ГТО.

Активнее всего пропаганда ЗОЖ ведётся в республиках Чечня, Ингушетия, Архангельской области, Забайкальском и Хабаровском краях. Хуже всего – в Тверской и Тульской областях, республиках Хакасия, Северная Осетия – Алания, Крым.

«Основы здорового образа жизни закладываются в молодом возрасте, необходимо уделять этому должное внимание на всех этапах становления личности – в школе, вузе. Пропаганда здорового образа жизни помогла бы студентам и школьникам задуматься о ценности здоровья. Нельзя забывать и о том, что эффективная пропаганда ЗОЖ – это реальный задел для оптимизации расходов на здравоохранение», – считает президент общероссийской физкультурно-спортивной общественной организации «Всероссийская федерация самбо», заслуженный тренер России, представитель Центрального штаба ОНФ Сергей Елисеев.

Уважаемые коллеги!

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

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье - выходной день

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

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

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

✉ sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>