

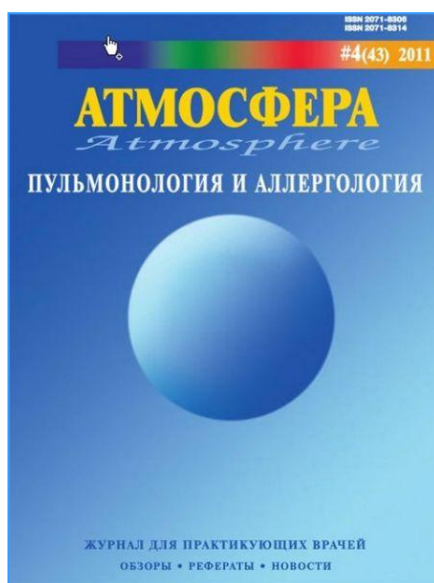
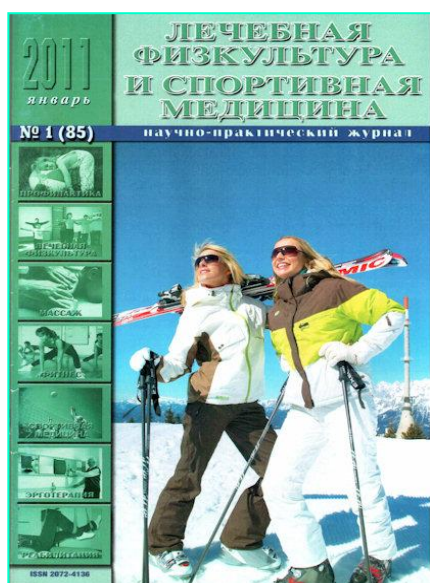


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№9 (сентябрь), 2015



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	35
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	40

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2014 году и задачах на 2015 год // Заместитель главного врача. – 2015. – № 8. – С. 6-18.

Охрана здоровья матери и ребенка.

Развитие службы охраны материнства и детства в 2014 г. – одно из приоритетных направлений деятельности Минздрава России. В 2014 г. продолжилась реализация программы «Родовый сертификат». В бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на реализацию программы предусмотрено 19 030,0 млн руб. за счет межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В 2014 г. оказаны услуги на амбулаторно-поликлиническом этапе – 7 млн. женщин; в период родов и в после родовый период – 1,8 млн женщин; по профилактическим медицинским осмотрам ребенка в течение первого года жизни – 2,3 млн услуг.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 08.12.2014 № 1336 завершается строительство Федерального перинатального центра ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В. И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Начата работа по сдаче объекта в эксплуатацию.

В 2014 г. в 23 перинатальных центрах принято 89,6 тыс. родов, в т. ч. 11,8 тыс. (13,2%) – преждевременных; родились 92,2 тыс. детей. В отделениях реанимации и интенсивной терапии пролечено 11,4 тыс. новорожденных, в отделениях патологии новорожденных – 14,2 тыс. новорожденных. В отделениях патологии новорожденных – 14,2 тыс. Консультативная медицинская помощь оказана 579,0 тыс. женщин.

В 2014 г. начаты мероприятия в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ в части проектирования, строительства и ввода в эксплуатацию 32 перинатальных центров в 30 субъектах РФ. Разработаны программы и начата подготовка и переподготовка медицинского персонала для работы в перинатальных центрах.

Комплексная пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка направлена на раннее выявление наследственных и врожденных заболеваний (нарушений развития) еще до рождения ребенка. В 2014 г. в реализации данного направления участвовало 77 субъектов РФ.

По новому алгоритму пренатальной (дородовой) диагностики обследовано 1 198,1 тыс. беременных женщин, выявлено 16 614 плодов с врожденными пороками развития, показатель младенческой смертности от врожденных аномалий развития за 12 мес. 2014 г. снизился по сравнению с 2013 г. на 11,5%.

Обеспечение мероприятий по проведению неонатального скрининга на наследственные и врожденные заболевания и организация аудиологического скрининга детей 1-го года жизни. В 2014 г. в Российской Федерации обследовано более 1 834,0 тыс. новорожденных на 5 наследственных заболеваний, из них выявлено 1 257 детей с врожденными наследственными заболеваниями (291 – фенилкетонурия, 534 – врожденный гипотиреоз, 180 – адреногенитальный синдром, 73 – галактоземия, 179 – муковисцидоз). Все дети взяты на диспансерный учет, получают необходимое лечение.

На нарушение слуха обследовано более 1 806,0 тыс. детей (96% от числа родившихся), выявлено 45 912 детей с нарушением слуха, которым проводится углубленная диагностика, нуждающиеся взяты на диспансерное наблюдение. Минздравом России изданы стандарты специализированной медицинской помощи по реабилитации пациентов после кохlearной имплантации, включая услугу по замене речевого процессора системы кохlearной имплантации.

Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела. Распоряжением Правительства РФ от 26.12.2013 № 2558-р утверждено распределение в 2014 г. субсидий, предоставляемых из федерального бюджета федеральным государственным бюджетным учреждениям, находящимся в ведении Минздрава России, на финансовое обеспечение реализации комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела.

Оснащение отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных и отделений патологии новорожденных федеральных государственных бюджетных учреждений современным медицинским оборудованием позволяет внедрять инновационные технологии

выхаживания и реабилитации недоношенных детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, что способствует снижению перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности, в т. ч. среди новорожденных, родившихся с экстремально низкой массой тела.

Неонатальная хирургия. С целью повышения доступности медицинской помощи новорожденным с нарушениями развития и совершенствования качества оказания медицинской помощи детям министерством в 2014 г. осуществлялись мероприятия по развитию неонатальной хирургии в части оснащения оборудованием федеральных государственных бюджетных учреждений: «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (г. Пермь), «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России (г. Санкт-Петербург).

Профилактика аборт. Развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Одним из резервов повышения рождаемости является снижение числа аборт в Российской Федерации. Важным компонентом комплекса мероприятий, направленных на профилактику и снижение числа аборт, является создание центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. В Российской Федерации функционирует 385 подобных центров, в которые в 2014 г. было направлено (обратились) 150,5 тыс. женщин.

В 2014 г. общее число аборт снизилось на 7,6% к уровню 2013 г. (с 881 377 в 2013 г. до 814 162 в 2014 г.).

Повышение квалификации врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров. Создание обучающих симуляционных центров. В обучающих симуляционных центрах Российской Федерации в 2014 г. прошли повышение квалификации 2862 врача акушера-гинеколога, неонатолога, анестезиолога-реаниматолога.

Овладение мануальными навыками для своевременного оказания в полном объеме необходимой медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям позволяет значительно улучшить качество оказания медицинской помощи женщинам и детям.

В 2014 г. создано 4 новых обучающих симуляционных центра на базе государственных бюджетных образовательных учреждений высшего профессионального образования, находящихся в ведении Минздрава России: Кемеровская государственная медицинская академия, Читинская государственная медицинская академия, Дальневосточный государственный медицинский университет и Амурская государственная медицинская академия.

Мониторинг диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях. В 2014 г. прошли диспансеризацию 265 081 пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Дети указанной категории распределены по следующим группам здоровья: I группа – 6,2%; II группа – 34,2%; III группа – 33,5%; IV и V группы – 7,9% и 18,2% соответственно. Ранее назначенное лечение в амбулаторных и стационарных условиях прошли 99,9 и 96,3% детей соответственно. Ранее назначенную медицинскую реабилитацию и (или) санаторно-курортное лечение в амбулаторных и стационарных условиях получили 99,97 и 99,7% детей соответственно.

Мониторинг диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, переданных на различные формы семейного устройства. Число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в т. ч. усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, прошедших диспансеризацию в 2014 г., составило 266 412. Дети указанной категории имеют следующие группы здоровья: I группа – 20%; II группа – 54,4%; III группа – 22,2%; IV и V группы – 1,1 и 2,3% соответственно.

Прошли ранее назначенное лечение в амбулаторных и стационарных условиях 99,6 и 95,5% детей соответственно. Прошли ранее назначенную медицинскую реабилитацию и (или) санаторно-курортное лечение в амбулаторных и стационарных условиях 99,9 и 99,2% детей соответственно.

Мониторинг основных показателей реализации мероприятий по профилактическим осмотрам несовершеннолетних. В 2014 г. более 17,2 млн несовершеннолетних в возрасте от 0 до 17 лет прошли профилактические медицинские осмотры. Из числа осмотренных

несовершеннолетних I группу здоровья имели 29,6% детей, II группу здоровья – 55,7%, III группу здоровья – 12,9%, IV и V группы здоровья имели 0,8 и 1,0% соответственно.

Мониторинг деятельности центров здоровья для детей, созданных в субъектах РФ. В целях сохранения здоровья детского населения в 2010 г. в субъектах РФ организованы центры здоровья для детей, в которых проводится обследование с учетом физиологических особенностей, обучение гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающее помощь в отказе от потребления алкоголя и табака, а также работа с семьей, в части развития ответственного родительства.

В 2014 г. центры здоровья посетили более 1,1 млн. детей.

Задачи на 2015 год:

1. Реализация мероприятий по дальнейшему снижению материнской и младенческой смертности.
2. Реализация программы «Родовый сертификат». Строительство перинатальных центров (введение в строй двух перинатальных центров).
3. Проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, неонатального и аудиологического скрининга.
4. Укрепление материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения.
5. Реализация комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела.
6. Повышение квалификации медицинских кадров в области акушерства и гинекологии, неонатологии и педиатрии; создание обучающих симуляционных центров.
7. Повышение доступности вспомогательных репродуктивных технологий.
8. Развитие неонатальной хирургии.
9. Совершенствование медицинской помощи детям с нарушениями слуха и инвалидам по слуху.
10. Профилактические осмотры детей 0-17 лет.
11. Диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях, и детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, в т. ч. усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.
12. Реализация мероприятий по профилактике и снижению числа аборт, создание центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в т. ч. детям.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» мероприятия по медицинской реабилитации впервые включены в базовую программу обязательного медицинского страхования. Определены средние нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделений медицинских организаций.

По российско-европейской программе «Совершенствование помощи по медицинской реабилитации в Российской Федерации» прошли повышение квалификации 36 профессоров медицинских вузов и руководителей медицинских организаций из 12 субъектов РФ.

В период 2013-2014 гг. в субъектах РФ развернуто 9973 соматические реабилитационные койки для взрослых и 3775 – для детей. В 2014 г. в 11 субъектах РФ продолжились мероприятия пилотного проекта по организации трехэтапной системы медицинской реабилитации для взрослого населения (по профилям: неврология, травматология и ортопедия, кардиология, онкология), по результатам которого модель трехэтапной системы медицинской реабилитации будет внедрена на территории других субъектов РФ.

В 2014 г. в медицинских организациях субъектов РФ медицинскую реабилитацию получили более 500 тыс. детей, в 2013 г. – 458,5 тыс. детей.

В 2014 г. открылись: лечебно-реабилитационный научный центр в структуре ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии

имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России, реабилитационный центр для детей с пороками сердца в структуре ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» Федерального агентства научных организаций, ФГБУ «Центр реабилитации (для детей с нарушением слуха)» Минздрава России.

Задачи на 2015 год:

- совершенствование законодательства Российской Федерации в области медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- оптимизация санаторно-курортных организаций Минздрава России;
- определение потребности в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении населения Российской Федерации, в т. ч. детей;
- утверждение Порядка организации санаторно-курортного лечения и Перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения.

Оказание паллиативной медицинской помощи, в т. ч. детям.

Организация службы паллиативной медицинской помощи населению находится в ведении субъектов РФ и осуществляется в соответствии с региональными программами развития здравоохранения. По состоянию на 1 января 2015 г. количество коек для оказания паллиативной медицинской помощи в субъектах РФ составило 5250, из них для взрослого населения - 4789, для детей - 461 (0,36 на 10 тыс. населения).

В IV квартале 2014 г. в г. Москве проведена обучающая конференция «Развитие паллиативной и хосписной помощи взрослым и детям», в которой приняли участие около 200 специалистов из 32 городов, представители органов исполнительной власти субъектов РФ. Повышение квалификации врачей клинических специальностей по вопросам паллиативной медицинской помощи проводилось в 2014 г. на кафедре паллиативной медицины факультета последиplomного образования Московского медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова Минздрава России. Вопросы оказания паллиативной медицинской помощи включены в программы интернатуры и ординатуры по основным клиническим специальностям на циклах общего и тематического усовершенствования.

Паллиативная медицинская помощь детям оказывается в хосписах, отделениях (койках) паллиативной медицинской помощи многопрофильных и специализированных больниц и на дому, в т. ч. широко используется выездная форма оказания паллиативной медицинской помощи детям.

Мероприятия по развитию паллиативной медицинской помощи включены в виде отдельной подпрограммы «Оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе детям» в государственную программу, а также в виде отдельных подпрограмм в программы развития здравоохранения субъектов РФ, входящих в состав Центрального федерального округа. В соответствии с программами развития здравоохранения субъектов РФ для оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях открываются кабинеты в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (г. Москва, Брянская, Костромская, Рязанская и Ярославская области). Выездная патронажная служба организована в г. Москве, Ивановской, Костромской, Курской, Смоленской, Тульской и Ярославской областях.

В качестве индикатора реализации государственной программы определен уровень обеспеченности койками для оказания паллиативной медицинской помощи на 100 тыс. взрослого и детского населения, который к 2020 г. должен составлять 10 коек на 100 тыс. взрослого населения и 2,08 коек на 100 тыс. детского населения.

Задачи на 2015 год:

- реализация мероприятий по созданию новых подразделений паллиативной медицинской помощи. В 2015 г. обеспеченность койками для оказания паллиативной медицинской помощи в субъектах РФ должно составить не менее 1,7 коек на 10 тыс. взрослого населения и 1,4 коек на 10 тыс. детского населения;
- совершенствование нормативной правовой базы в части обеспечения наркотическими средствами и психотропными веществами в медицинских целях.

Кадровое обеспечение системы здравоохранения.

В 2014 г. министерством осуществлялись мероприятия по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами на основе программно-целевого метода в рамках государственных программ Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и «Развитие образования». Продолжалась реализация региональных кадровых

программ, включающих дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей, и направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров.

По состоянию на 1 января 2015 г. в медицинских организациях системы Минздрава России в субъектах РФ числилось 580 431 врачей и 1 287 659 медицинских работников со средним профессиональным образованием. Показатель соотношения числа врачей и средних медицинских работников в Российской Федерации в 2014 г. составил 1 к 2,3, что соответствует значению, предусмотренному государственной программой.

В целях повышения доступности медицинской помощи сельскому населению и повышения укомплектованности медицинских организаций, расположенных в сельской местности, с 2012 г. осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим договор с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ в рамках программы «Земский доктор». По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 1 января 2015 г., в 2012-2014 гг. общее количество медицинских работников, привлеченных в рамках программы «Земский доктор» для работы в сельских населенных пунктах и рабочих поселках, составило 15 279 чел., в т. ч. в 2014 г. – 3313 чел.

Одним из ключевых мероприятий кадровой политики в отрасли в 2014 г. явились вопросы совершенствования профессиональной деятельности среднего медицинского персонала. В рамках этой работы в 10 пилотных территориях и 6 федеральных медицинских организациях проведено хронометражное исследование работы медицинских сестер с учетом типа и уровня медицинской организации, а также вида медицинской помощи, осуществлен пересмотр профессиональных ролей и совокупности умений, направленный на расширение функций сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе, в проведении профилактических мероприятий, медицинской реабилитации и оказании паллиативной медицинской помощи.

Реализация комплекса мероприятий по устранению кадровых диспропорций позволила в 2014 г. добиться положительной динамики численности врачей по таким дефицитным специальностям, как анестезиология-реаниматология (прирост численности составил 24%, или 686 чел.) и рентгенология (прирост – 31%, или 485 чел.). Неотъемлемые составляющие кадровой политики в отрасли – повышение престижа и привлекательности медицинской профессии, создание положительного образа медицинского работника в средствах массовой информации с целью привлечения в отрасль талантливой молодежи, стимулирование выпускников профильных образовательных учреждений работать по специальности.

Подготовка медицинских кадров. Кадровая политика в части подготовки молодых специалистов базируется на развитии их целевой подготовки, планируемой с учетом реальной потребности в медицинских кадрах. В целях оказания субъектам РФ методической помощи в планировании врачебных кадров и оценки эффективности их деятельности в медицинских организациях приказом Минздрава России от 26.06.2014 № 22 утверждена Методика расчета потребности во врачебных кадрах. Разработана и направлена в субъекты РФ для апробации методика расчета потребности в специалистах со средним медицинским образованием. Учитывая потребность в специалистах со средним медицинским образованием, органы государственной власти в сфере охраны здоровья ряда субъектов РФ увеличили государственное задание образовательным учреждениям среднего профессионального образования на подготовку специалистов.

Приказом Минздрава России от 26.06.2014 № 321 утвержден План мероприятий («дорожная карта») Минздрава России по формированию системы повышения квалификации административно-управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, в т. ч. непрерывного профессионального образования, по вопросам организации и управления здравоохранением.

Доля специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд медицинских организаций, находящихся в ведении органов государственной власти субъектов РФ в сфере

охраны здоровья, и трудоустроенных после окончания обучения, в 2014 г. составила 85% (целевое значение индикатора по Российской Федерации - 85%).

В 2014 г. за счет средств федерального бюджета по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки прошли обучение более 200 тыс. специалистов отрасли.

В подведомственных Минздраву России образовательных и научных организациях создано и функционирует 70 симуляционных структурных подразделений, способствующих формированию не только навыков базовых мануальных манипуляций, но и позволяющих моделировать реальные клинические ситуации, работая в виртуальной учебной клинике.

В 2014 г. разработан проект Концепции непрерывного медицинского и фармацевтического образования. С декабря 2013 г. в рамках пилотного проекта в соответствии с приказом Минздрава России от 11.11.2013 № 837 реализуется модель непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с использованием системы зачетных кредитов. В проекте принимают участие 16 образовательных и научных организаций Минздрава России, 11 медицинских профессиональных некоммерческих организаций, более 500 медицинских специалистов.

Постановлением Правительства РФ от 20.06.2014 № 568 утверждена программа социальной поддержки граждан Российской Федерации, самостоятельно поступивших в ведущие иностранные образовательные организации и обучающихся в них по специальностям и направлениям подготовки, качество обучения по которым соответствует лучшим мировым стандартам, и по обеспечению их трудоустройства в организации, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с полученной квалификацией. В рамках реализации указанной программы Минздравом России определен перечень организаций и учреждений, в которые планируется трудоустроить граждан Российской Федерации после прохождения обучения, а также согласованы перечни соответствия специальностей и направлений подготовки в зарубежных образовательных организациях.

Заработная плата медицинских работников. Отраслевой «дорожной картой» на 2014 г. установлены соотношения средней заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала к средней заработной плате по Российской Федерации – 130,7, 76,2 и 51% соответственно. В целом по Российской Федерации по сравнению 2013 г. среднемесячная заработная плата медицинских работников за 2014 г. увеличилась:

- врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), на 9,4% и составила 141,8% к средней заработной плате по Российской Федерации – 32 611 руб.;
- среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) на 9,2% и составила 80,7% к средней заработной плате по Российской Федерации – 26 310 руб.;
- младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) на 12,7% и составила 49,5% к средней заработной плате по Российской Федерации – 16 130 руб.

Запланированные индикаторы соотношений средней заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала государственных и муниципальных учреждений Российской Федерации к средней заработной плате в субъектах РФ, установленные отраслевой «дорожной картой» на 2014 г., достигнуты (в пределах 5% отклонения) в 82, 82 и 78 субъектах РФ соответственно. При этом достижение целевых показателей по всем категориям медицинских работников отмечено в 78 субъектах РФ.

Одновременно с повышением заработной платы уменьшилась межрегиональная дифференциация уровней заработных плат медицинских работников. По итогам 2014 г. дифференциация в уровнях соотношений средней заработной платы врачей к средней заработной плате в субъектах РФ уменьшилась с 3,2 раза в 2012 г. до 1,6 раз, среднего медицинского персонала – с 2,5 раза до 1,6 раза.

В 2014 г. министерство участвовало в разработке Единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2015 г. В соответствии с п. 2 Положения об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений, утвержденного постановлением Правительства РФ от 05.08.2008 № 583, Минздравом России утвержден приказ от 31.10.2014 № 696н «Об утверждении Положения об оплате труда работников федеральных казенных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, по виду экономической деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг».

Разработка профессиональных стандартов в сфере охраны здоровья. В 2014 г. Минздравом России совместно с экспертным сообществом разработано 7 проектов профессиональных стандартов по базовым профессиям в сфере здравоохранения, в их числе проект профессионального стандарта «Специалист в области педиатрии», одобренный Национальным советом по профессиональным квалификациям при Президенте РФ.

В инициативном порядке Минздравом России совместно с профессиональным сообществом в 2014 г. разработан проект профессионального стандарта «Младший медицинский персонал».

В 2014 г. Министерство принимало участие в разработке 15 проектов профессиональных стандартов в сфере охраны здоровья, направленных Минтрудом России в Национальный совет по профессиональным квалификациям при Президенте Российской Федерации. В ходе разработки проекты профессиональных стандартов обсуждались профессиональным медицинским сообществом при участии представителей Центрального комитета профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации на конференциях, круглых столах.

Разработка и утверждение типовых отраслевых норм труда в сфере охраны здоровья.

В рамках работы межведомственной рабочей группы по организации нормирования труда, разработке профессиональных стандартов и уровней квалификации в сфере здравоохранения, в составе которой активно работают представители профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, были определены принципы и подходы к разработке норм труда в медицинских организациях.

С целью обновления типовых отраслевых норм времени на посещение одним пациентом врачей-специалистов впервые с конца 1970-х гг. в 2013-2014 гг. в 17 субъектах РФ проведены фотохронометражные исследования работы врачей-специалистов должностей: врач-педиатр участковый, врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-невролог, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог, врач-акушер-гинеколог. По результатам фотохронометражного исследования Минздравом России разработан проект приказа «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на посещение одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога».

Задачи на 2015 г.:

- организация повышения квалификации «управленцев», курирующих финансово-экономическую деятельность;
- внедрение с 1 сентября 2015 г. образовательного сертификата для повышения квалификации врачей, обеспечивающего им право выбора организаций, осуществляющих образовательную деятельность, дополнительных профессиональных программ, форм обучения (включая стажировку) и образовательных технологий;
- разработка нормативных правовых актов для поэтапного перехода к системе аккредитации специалистов в сфере охраны здоровья с 2016 г.;
- разработка профессиональных стандартов по основным видам деятельности в сфере охраны здоровья совместно с медицинскими профессиональными некоммерческими организациями;
- координация деятельности субъектов РФ по совершенствованию систем оплаты труда медицинских работников в части повышения доли окладов в структуре заработной платы.

Воздвиженская А. Время лечит // Российская газета. – 2015. – 11 сент. (№ 204). – С. 1,5.

Отраслевые нормы времени приема у врачей-специалистов, утвержденные Минздравом, вступили в силу. Теперь терапевты и педиатры, занимающиеся амбулаторным приемом пациентов, должны тратить на каждого больного в среднем 15 минут. Семейные врачи – около 18 минут, а неврологи и гинекологи – 22 минуты. Офтальмологам досталось 14 минут, а оториноларингологам – 16 минут.

При этом на заполнение бумажной и электронной больничной карты, выписывание рецептов и прочую бюрократическую волокиту медикам стоит тратить не более 35 процентов от времени приема, то есть примерно 5-7 минут, а в оставшееся время уделить внимание пациенту. Повторное посещение врача-специалиста должно уложиться в 70-80 процентов от норматива первичного приема, то есть в 10-15 минут.

Утвержденные Минздравом нормы пока не носят обязательный характер – это исключительно рекомендация. И обращена она, по сути, не к практикующим врачам, а к их работодателям, которые должны ответственно подойти к исследованию рабочего времени своих сотрудников и определить, сколько, профессиональных кадров необходимо региону и сколько времени требуется каждому специалисту на прием.

Сам врач должен принимать пациента ровно столько, сколько необходимо с учетом состояния здоровья больного, подчеркнули в Минздраве.

Рекомендации уже даны семи видам специалистов. На очереди – кардиологи, эндокринологи и стоматологи, которым пока время приема не прописали: информация, полученная из пилотных регионов, еще обрабатывается ведомством. А со следующего года нормы появятся в отношении фтизиатров (лечат туберкулезных больных), дерматовенерологов, эндоскопистов и хирургов.

О необходимости исследования хронометража работы врачей министр здравоохранения Вероника Скворцова заявляла еще в январе прошлого года. Тогда же она подчеркивала, что уже исследовано, насколько эффективно проходит рабочий день участковых терапевтов, педиатров, семейных врачей и их медсестер. «Это позволило пересмотреть нагрузки на одного специалиста, выявить реальные ресурсы для увеличения доли на непосредственную работу с пациентом, уменьшение времени на работу с документами и нормирование вспомогательной деятельности врачей», – отмечала министр.

Прошло чуть больше полутора лет – и нормы готовы. Причем они первые в постсоветском периоде нашего здравоохранения: последние фотохронометражные исследования практики врачей-специалистов проводились в России в конце 1970-х.

Чтобы сократить время, которое врач тратит на заполнение документов, министерство уже подготовило предложения по упразднению или замене части бюрократической волокиты. Какую-то работу по ежедневной писанине передадут среднему медицинскому персоналу, но только в том случае; если это не требует компетенции врача.

Обязательными к исполнению нормы станут только в том случае, если их внесут в трудовой договор медработника, говорит управляющий Центра медицинского права, юрист Алексей Панов. Появление документа Минздрава, регламентирующего время приема пациентов, эксперт поддерживает, но напоминает, что если он станет обязательным, специалистов должны оповестить не позднее чем за два месяца. Их право на это закреплено статьей 162 Трудового кодекса.

Сегодня врачи региональных поликлиник, где тестируют повсеместное внедрение электронных медкарт, значительно сокращающих время на заполнение бумаг, тратят на первичный прием пациента в среднем 25 минут. Каждый следующий обходится примерно в 15 минут. Сократить это время получится в том случае, если, наконец, не придется подклеивать все анализы в бумажную медкарту больного, неоднократно отмечали в беседе с «РГ» главврачи.

Тем не менее, рекомендации отечественного Минздрава работают на руку и врачам, и пациентам. Первые смогут выделять каждому больному столько времени, сколько необходимо для обследования и постановки диагноза, а вторые будут уверены, что без медицинского «вердикта» их из кабинета не проведут.

Внедрение электронных больничных карт уже более года тестируется в Москве, Астрахани и Белгороде. В перспективе эта система позволит полностью отказаться от бумажных карт и

свести к минимуму количество поддельных документов, уверены в Фонде социального страхования. Сегодня из 40 миллионов больничных около двух миллионов врачи заполняют с ошибками, большую часть приходится перепроверять.

Однако загвоздка при переходе на новую систему все-таки есть: она заключается в том, что врачам сегодня в среднем около 40-45 лет, коллектив неохотно омолаживается за счет новых кадров и не очень дружит с «электронкой». Поэтому, заполняя и бумажную, и электронную карту, он тратит еще больше времени на бюрократическую волокиту, удлинняя очереди за дверью. К тому же программное обеспечение, по замечанию многих московских врачей, остается несовершенным.

«На своем опыте знаю все трудности перехода от ручки и бумаги на клавиатуру и экран монитора, – говорит читатель «РГ» Евгений Седой. – С операционными системами прошлого века это был кошмар: данные, кропотливо собираемые месяцами, могли потеряться в одну секунду. При нынешнем развитии электроники слово за программистами. Телефоны есть у всех, они должны иметь программу подключения к серверу поликлиники, чтобы пожилые люди не шли к медсестре измерить температуру или давление, а включили программу с красным крестом, приложили палец к дисплею – врач все и увидит».

Старченко А. А. Стандарт медицинской помощи как основа для достижения надлежащего качества медицинской помощи // Заместитель главного врача. – 2015. – № 9. – С. 42-49.

Проблемы стандартизации и качества оказания медицинской помощи – длительно дискутируемый вопрос в российском здравоохранении. Так, отвечая на претензии Счетной палаты РФ в октябре 2014 г. заместитель Министра здравоохранения РФ Наталья Хорова сообщила следующее: «Минздрав России неоднократно озвучивал, что стандарты медицинской помощи – это только малая часть всей стандартизации, необходимой для эффективно работающей системы здравоохранения. Что касается обязательности их исполнения, то ответ на этот вопрос содержится в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которому медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Нетрудно заметить, что в соответствии с данной нормой обязательными для исполнения на территории Российской Федерации являются только порядки, а не стандарты». Однако данная точка зрения не нашла своего подтверждения в Верховном Суде РФ...

В ноябре 2013 г. Федеральным законом от 25.11.2013 № 317-ФЗ были внесены изменения в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которые, к глубокому сожалению, не были направлены на повышение точности формулировок законодательства, а породили новые коллизионные толкования.

Изменения касались формулировок применения стандартов медицинской помощи: вводилось словосочетание «...на основе стандартов медицинской помощи».

Изменения были внесены:

✓ в ст. 37 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи»: «1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации»;

✓ в ст. 79 «Обязанности медицинских организаций»: «1) Медицинская организация обязана:... 2) организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи».

При этом неизменной осталась важнейшая ст. 10 «Доступность и качество медицинской помощи», которая обуславливает достижение надлежащего качества медицинской помощи применением стандартов: «Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются: ...4)

применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи». Единственно возможное буквальное толкование нормы ст. 10: качество медицинской помощи не может быть обеспечено без соблюдения стандарта медицинской помощи.

Указанные нововведения, на первый взгляд, ориентируют медицинских работников на необязательность исполнения стандартов медицинской помощи.

Мерилом же всех споров о ненадлежащем качестве оказанной медицинской помощи, связанном с неприменением или неисполнением стандартов медицинской помощи, является судебное постановление. Аргументом, представляемым суду в поддержку необходимости применения стандарта для обеспечения надлежащего качества медицинской помощи (норма ст. 10 Закона № 323-ФЗ), является следующее: коль скоро законодатель ввел в оборот словосочетание «... на основе стандартов медицинской помощи», то очевидным является вначале исполнение требований стандарта как основы (базиса) оказания медицинской помощи, а затем в соответствии с имеющимися индивидуальными особенностями – исполнение дополнительных методов диагностики и лечения, не предусмотренных стандартом.

Именно такая трактовка наиболее полно отвечает требованиям, предъявляемым ст. 401 Гражданского кодекса РФ (далее – ГК РФ) к исполнению обязательств – заботливость, осмотрительность.

Какая же требуется заботливость и осмотрительность при оказании медицинской помощи?

Ответ на этот вопрос предельно ясен: заботливым и осмотрительным будет расценено только исполнение базисных требований, т. е. мероприятий, предусмотренных стандартом медицинской помощи, и в дополнение к нему иных мер, диктуемых особым состоянием пациента и его индивидуальными особенностями.

Игнорирование требований стандарта судьями будет расценено как отсутствие необходимой заботливости и осмотрительности при оказании медицинской помощи.

Необходимо учитывать и специфику экспертных и судебных решений, они принимаются, когда исход оказания медицинской помощи во многом ясен и нанесен вред здоровью и жизни пациента. В процессе же оказания медицинской помощи эти последствия и их объем еще до конца не известны врачу. Исходя из этого, у эксперта и суда сразу же возникают вопросы о причинах возникновения вреда здоровью. Ответ лежит на поверхности: Минздрав России разработал и утвердил стандарты в качестве базиса оказания медицинской помощи, а этот базис не выполнен медицинской организацией, не говоря уже о дополнительных мерах по диагностике и лечению. Самообличающими, а не защищающими врача будут являться его ссылки на индивидуальные особенности организма пациента и на нетипичность, сложность заболевания, т. к. у эксперта и суда сразу возникнут вопросы, на которые у врача, как правило, нет подтверждающих записей в медицинской документации:

- какие именно были особенности состояния организма пациента?
- какими методами выявляют индивидуальные особенности организма пациента?
- какими методами выявлена нетипичность заболевания?
- в чем сложность диагностики, если не применены даже базисные меры
- стандарта медицинской помощи? и т. д.

При рассмотрении данных вопросов суду становится очевидно, что выявить индивидуальные особенности организма можно только выполнив требования стандарта, как и установить сложность и атипичность течения заболевания. Атипичность течения заболевания устанавливается тем обстоятельством, что в результате применения стандартных методов диагностики и лечения ясности и полноты клинического понимания нет, но без применения стандартных методов невозможно установить течения заболевания. Стандарт медицинской помощи – это трафарет для клинического мышления врача, заполняя который складывается подлинная происходящего.

Главным критерием правоты того или иного суждения и трактовки закона является правоприменительная практика – вступившее в силу решение суда. Современная судебная практика Верховного Суда РФ свидетельствует об обязательности исполнения стандартов медицинской помощи как нормативных актов.

Профессиональные составляющие качества медицинской помощи.

Кроме стандартов медицинской помощи как нормативных документов, в практику исполнения обязательств медицинскими организациями законодательством введены порядки оказания медицинской помощи и клинические рекомендации (протоколы лечения).

Статья 76 «Профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками и фармацевтическими работниками» Закона № 323-ФЗ предоставила профессиональным медицинским объединениям право утверждать клинические рекомендации или протоколы лечения.

Таким образом, оказание медицинской помощи и ее экспертиза являются продуктом диалектического взаимодействия трех важнейших профессиональных составляющих:

- стандарты медицинской помощи по отдельным нозологиям;
- порядки оказания медицинской помощи по нозологиям, видам, профилям медицинской помощи;
- клинические рекомендации (протоколы лечения) по нозологиям. Главный критерий профессионализма заключается в том, что только профессионал (профессиональная ассоциация) определяет все необходимое для организации и оказания медицинской помощи надлежащего качества. Федеральная власть с целью обеспечения надлежащего качества медицинской помощи налогоплательщикам обязана исполнить требования профессионала посредством издания нормативных правовых актов, обязательных к исполнению как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ и медицинских организаций.

Орган федеральной исполнительной власти в сфере здравоохранения при рассмотрении и утверждении нормативных актов (перечни, стандарты и порядки) вправе формулировать специальные спорные вопросы профессиональной ассоциации, которые могут разрешаться согласительной конференцией по медицинской специальности.

Диалектика взаимодействия этих трех составляющих качественной медицинской помощи визуально выстраивается в равносторонний треугольник норм контроля, в основании которого лежат взаимодействующие между собой порядки оказания медицинской помощи и клинические рекомендации (протоколы лечения), а вершина этого треугольника – стандарт медицинской помощи.

Положенные в основу треугольника норм контроля клинические рекомендации (протоколы лечения) в соответствии с требованиями Закона № 323-ФЗ утверждаются профессиональной медицинской ассоциацией и должны определять:

- конкретные мероприятия диагностики и дифференциальной диагностики нозологий, состояний, осложнений;
 - конкретные меры (методы, принципы, технологии) лечения (хирургические, терапевтические, фармакотерапевтические и т. д.);
 - технологию прогнозирования и планирования результата лечения;
 - меры профилактики, превентивной диагностики и лечения осложнений.
- Положенный в основу треугольника норм контроля порядок оказания медицинской помощи определяет этапы оказания медицинской помощи и конкретное отнесение каждой нозологии к таковому этапу:
- перечень нозологий и состояний, разрешенных к курации на данном этапе;
 - кадрово-штатный ресурс, позволяющий реализовать требования клинических рекомендаций на данном этапе;
 - технологическое оснащение этапа, позволяющее реализовать требования клинических рекомендаций на данном этапе. Взаимодействие этих двух составляющих – это взаимодействие общего, т. е. порядка оказания медицинской помощи при группе заболеваний (состояний) или по виду, профилю медицинской помощи, и частного – конкретных клинических рекомендаций по конкретной нозологии. Данное взаимодействие приводит к тому, что на каждом этапе оказания медицинской помощи (станция скорой помощи, ЦРБ, областная больница, федеральное учреждение здравоохранения) формируется конкретный технологический план оказания медицинской помощи при конкретной нозологии.

Вершиной треугольника норм контроля является стандарт медицинской помощи, который вбирает в себя все приведенные в основании треугольника составляющие:

- перечень медицинских консультационных услуг для оказания медицинской помощи при конкретной нозологии (состоянии) – консультации специалистов, формируемый из

клинических рекомендаций (протокола лечения) с учетом требований порядка оказания медицинской помощи (штаты, квалификация);

- перечень медицинских услуг для оказания медицинской помощи при конкретной нозологии (состоянии) – медицинские вмешательства и т. д., формируемый из клинических рекомендаций (протокола лечения) с учетом требований оснащения, утвержденных порядком оказания медицинской помощи;

- перечень фармакологических препаратов, формируемый из клинических рекомендаций (протокола лечения);

- перечень медицинских изделий, формируемый из клинических рекомендаций (протокола лечения) с учетом требований оснащения, утвержденных порядком оказания медицинской помощи.

Почему стандарт является вершиной треугольника норм контроля? Во-первых, потому что стандарт – это нормативный документ, посвященный конкретной нозологии, составленный из требований клинического протокола диагностики и лечения конкретной нозологии, но с учетом этапов оказания медицинской помощи, оснащения и квалификационных требований к специалистам, предъявляемых порядком оказания медицинской помощи.

Во-вторых, потому что стандарт посредством обязательности его исполнения «заставит» под угрозой наказания медицинского чиновника – руководителя органа управления здравоохранением и главного врача:

- финансировать медицинскую организацию;

- закупать необходимое оснащение и медицинские изделия;

- закупать лекарственные препараты; принимать на работу медицинских специалистов (в т. ч. по совместительству и др.), консультативные услуги которых предусмотрены стандартом.

Отказ от выполнения требований стандарта должен сурово наказываться экспертами страховых компаний, ТФОМС, Росздравнадзора.

Таким образом, стандарт медицинской помощи – это мера защиты:

- во-первых, прав и законных интересов пациента с конкретной нозологией или устанавливаемым диагнозом, который должен получить на конкретном этапе оказания медицинской помощи все в полном объеме (меры диагностики и лечения, лекарства и т. д.), что предусмотрено клиническими рекомендациями и утверждено Минздравом России в порядках оказания медицинской помощи;

- во-вторых, прав врача (в т. ч. быть защищенным от уголовного преследования), который должен иметь в своем распоряжении все материальные и кадровые ресурсы (консультации) для оказания медицинской помощи больному с конкретной нозологией, предусмотренные клиническими рекомендациями и утвержденными Минздравом России в порядках оказания медицинской помощи;

- в-третьих, прав врача-эксперта СМО, ТФОМС, Росздравнадзора, комиссии судебно-медицинской экспертизы и др., которые обязаны обосновывать экспертные выводы ссылками на стандарты как нормативные акты, что обеспечивает единые экспертные подходы независимо от субъекта РФ, объективность, сравнимость, единство и независимость экспертной практики.

Судебная практика рассмотрения исков пациентов и уголовных дел в отношении врачей показывает, что руководители медицинских организаций, как правило, переносят все бремя ответственности с должностных лиц (в т. ч. с себя) на лечащего врача, обвиняют его в отсутствии информирования должностных лиц об отсутствии медицинских изделий и лекарств для оказания медицинской помощи. В этих случаях стандарт медицинской помощи и институт обязательности его исполнения – тот единственный инструмент, который должен перенести ответственность с лечащего врача на должностное лицо, не обеспечившее лечащего врача требуемыми стандартом ресурсами. Стандарт – нормативный документ, обязывающий должностное лицо превентивно формировать материальные и кадровые ресурсы для своевременного использования их лечащим врачом, в т. ч. экстренного и неотложного, в полном объеме.

Такой подход предоставляет возможность ответственным руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ утвердить локальные нормативные акты субъекта РФ об особенностях оказания медицинской помощи в конкретном регионе с обязательным включением в данный нормативный акт:

– перечня нозологических форм в соответствии с ч. 16-19 ст. 2 Закона № 323-ФЗ (заболевание, состояние, основное заболевание, сопутствующее заболевание), курация (диагностика, лечение, профилактика, реабилитация) которых разрешена на уровне конкретной отдельной медицинской организации субъекта РФ в соответствии с требованиями, обеспечивающими доступность, своевременность и качество оказания медицинской помощи пациенту;

– правил направления, перевода и медицинской эвакуации больных конкретными нозологическими формами (состояниями, заболеваниями) с целью консультации, диагностики, лечения, профилактики и реабилитации из конкретной медицинской организации одного этапа оказания медицинской помощи на следующий этап с соблюдением требований своевременности оказания медицинской помощи и учетом соразмерности временного, пространственного и транспортного факторов для ее оказания.

В этом случае наличие в нормативных актах руководителей органов управления здравоохранением субъектов РФ указанных конкретных правил и обязательств для каждого этапа оказания медицинской помощи обеспечит необходимую своевременность, доступность и качество оказания медицинской помощи, создаст возможность полного исполнения требований Закона № 323-ФЗ, обеспечит надлежащую защиту прав и интересов пациента и врача.

Буш Е. Кибермедицина – наше будущее // Медицинская газета. – 2015. – 4 сент. (№ 66). – С. 11.

Мало кто знает, что выдающийся советский кардиохирург Николай Амосов изучал биокибернетику и в начале 60-х годов стал одним из первых в нашей стране апологетов информатизации здравоохранения. Таким образом, процесс внедрения информационных медицинских технологий, стартовавший в эпоху СССР и продолжающийся сегодня, уже давно отметил полувековой юбилей.

Далеко ли продвинулась российская система здравоохранения на этом пути? И главное – какова цель и задачи информатизации? Думается, что ответ на второй вопрос для самих медицинских работников даже более интересен, чем ответ на первый. Не секрет, что не все информационные технологии восприняты медицинским сообществом единодушно положительно именно потому, что не всякий врач осознаёт связь между замыслом программистов, собственной работой и пользой для пациента.

На первый взгляд, проделан большой путь от создания автоматизированных управленческих ресурсов (программы сбора и обработки медицинской статистики, создание различных баз данных, мониторинг состояния здоровья населения, формирование регистров пациентов, многочисленные учётно-отчётные формы) и автоматизированного рабочего места специалиста до электронной истории болезни пациента. Медицинские учреждения начали создавать веб-сайты. Появилась дистанционная или телемедицина, которая позволяет консультировать больных с применением современных коммуникационных технологий и удалённо проводить образовательные циклы.

Казалось бы, национальное медицинское сообщество в тренде. Но, оказывается, не совсем. Перспективы дальнейшей информатизации отрасли огромны, а российские темпы развития этого направления биомедицины всё более отстают от стран-лидеров. Не случайно медицинской информатике в последние годы уделяется такое пристальное внимание со стороны Минздрава России, где создан Экспертный совет по вопросам использования информационно-коммуникационных технологий в системе здравоохранения. В помощь практикам в Российской академии наук сформирована межведомственная проблемная лаборатория методов информатики в управлении здоровьем населения. Задача – ускорить информатизацию медицинской отрасли и получить более ощутимые управленческие, клинические и экономические результаты.

– У нас в стране этот процесс отстаёт от уровня внедрения информационных технологий в модель общественного здравоохранения большинства западных стран, – констатирует профессор кафедры управления и экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», доктор медицинских наук Пётр

Кузнецов. – Причина объективная – нет мотивации у исполнителей. Стимулирующими могут быть разные инструменты, и прежде всего экономический. К примеру, в Северной Америке предусмотрено поощрение клиник и медицинского персонала за использование информационных технологий в медицинских организациях. Государство и страховые компании не только оплачивают медицинским учреждениям приобретение оборудования и программных комплексов, но и повышают закупочные цены на услуги тех клиник, в которых применяются современные информационные технологии. Второй мотивационный инструмент – это нормативно-справочное регулирование. В Нидерландах, если вы не знаете языка общения с информационными системами, вас не допустят к оказанию медицинских услуг. В России ни первый, ни второй инструмент не работают и даже не запущены.

По мнению эксперта, знание английского языка и умение пользоваться коммуникаторами должны стать обязательными условиями для каждого российского врача. Не зная иностранных языков и не владея компьютером, современный доктор обделяет не только сам себя - он обделяет пациента, поскольку не может воспользоваться общепринятыми международными клиническими системами поддержки принятия медицинских решений, да и просто войти в поисковые базы данных, в электронную медицинскую библиотеку и посмотреть, что есть нового по его специальности. «Те римляне, которые не знали арабских цифр, не могли воспользоваться чудесами математики», – замечает профессор Кузнецов.

Итак, в каком направлении дальше должна идти информатизация здравоохранения? В направлении персонализированной медицины. Все информационные технологии, которые внедрялись до настоящего времени, решали, прежде всего, задачи повышения эффективности использования ресурсов и управления отраслью в целом. Но лично каждого пациента это не касалось, он как был объектом медицинского воздействия, так им и остаётся.

По словам П. Кузнецова, российские специалисты по информационным технологиям уже приступили к созданию модели оказания медицинской помощи, которая сочетает очное общение пациента с врачом и дистанционное общение с использованием интернет-ресурсов, компьютеров и гаджетов – мобильного телефона, электронных браслетов, технологии «умный дом» и т.д. Подобная система ориентирована именно на персонализацию и прозрачность медицинского обслуживания, так как подразумевает составление индивидуальной программы профилактики, графика периодических обследований и выбор технологий лечения для каждого пациента. Пилотными площадками для апробации проекта выбраны одна из крупных городских больниц Москвы и одна из центральных районных больниц в Подмоскovie.

Мой собеседник считает, что эта технологическая новация имеет, все шансы стать востребованной в нашей стране, поскольку пациент не меньше врача заинтересован в сохранении и укреплении своего здоровья и эффективном лечении заболеваний. Косвенным доказательством этого является высокая посещаемость интернет-ресурсов, содержащих разного рода медицинскую информацию.

Разумеется, такая технология здравоохранения не станет заменой привычной системе амбулаторно-поликлинической помощи, она явится лишь её дополнением. И если идея получит реализацию в России, человек сам волен будет выбирать, какая из форм медицинского обслуживания ему удобнее. Как следствие, может претерпеть кардинальные изменения и принцип финансирования государственной системы здравоохранения, ведь деньги должны «идти за пациентом»: персонализированная медицина предусматривает персонализированный учёт средств, в том числе из бюджета и фонда ОМС.

По словам эксперта, наш излюбленный лозунг «мы сэкономим ресурсы» в данном случае теряет смысл. Информационные технологии никогда не сокращали время общения врача с пациентом, и стоимость медицинской услуги увеличивается. Но они выводят медицинскую помощь на новый уровень и обеспечивают более высокое её качество.

Есть повод усомниться в том, что россияне готовы к появлению «виртуальной медицины». Несколько недель назад медийное пространство страны буквально взорвалось в ответ на новость, прозвучавшую из уст министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой. Речь шла о том, что в ближайшие 2 года до каждого фельдшерско-акушерского пункта и до каждого населённого пункта должно быть доведено оптоволокно, и «появится возможность использовать определённые телемедицинские технологии через Skype».

В том, что идея, озвученная главой Минздрава России, была неверно понята и оценена, виноваты вовсе не те, кто её неверно понял и оценил. Информацию, которая имеет столь высокую социальную остроту, не следует «бросать» в эфир мимоходом, наспех. Она требует подробных, на понятном всем и каждому языке разъяснений о вариантах и условиях оказания дистанционных медицинских консультаций. Ведь на самом деле люди должны не бояться, а радоваться такой возможности: в России около 83 тыс. населённых пунктов с населением менее 100 человек, где никаких медицинских учреждений, включая ФАП, нет, а до ближайшей больницы – десятки, а то и сотни километров.

По мнению профессора Кузнецова, эта идея абсолютно рабочая, недаром она давно и успешно реализуется в мире:

– Жители отдалённых территорий, которые желают воспользоваться быстрой информацией врача в случае, если обострилось заболевание или произошла травма, должны иметь такую возможность. Тем более что у них нет другого выхода, ведь ближайшая больница может находиться далеко и до приезда «скорой» необходимо что-то предпринять. Возможностями дистанционной медицины активно пользуются в Канаде, Норвегии и других странах, которые сталкиваются с такой же проблемой удалённости населённых пунктов, как и Российская Федерация. Это не замена медицинской помощи, это дополнение. Технические возможности связи сегодня позволяют человеку в случае острой необходимости связаться с врачами практически мгновенно, а задача менеджеров здравоохранения – предоставить такую возможность. Уверен: не только само население, но также участковая служба поликлиник, врачи общей практики и семейные врачи будут рады, если такая модель в России будет внедрена и такая услуга будет им оплачена.

Дёмин, А. Здравоохранению нужен ребрендинг // Медицинская газета. – 2015. – 28 авг. (№ 64). – С. 6.

Достаточно сказать, что система здравоохранения, предложенная в 1919 г. Н. Семашко, использующая великое изобретение земской медицины 1860-х годов – оплату помощи из налогов и государственное регулирование сферы, даёт возможность обеспечить всеобщее право на охрану здоровья, гарантирует стабильное и безопасное развитие, возможность гармоничного применения социального «пряника» и политического «кнута» и лежит в основе здравоохранения большинства развитых стран. А опыт отбора, подготовки и профессионального подвига мотивированных работников здравоохранения, красочно преподанный Чеховым, Вересаевым, Булгаковым, Германом и другими, также остаётся желанным, так называемым золотым стандартом. Среди многих других достижений – беспримерная эффективность нашей системы здравоохранения в периоды кризисов, эпидемий, войн. При этом для системы Н. Семашко характерна высокая отдача при низких затратах.

Малозатратные действия следует начать с создания (на основе общенационального конкурса), утверждения и распространения общенационального бренда «Национальная система здравоохранения России», включая логотип, символику, дресс-код, стандарты поведения и т. п. Это позволит преодолевать фрагментацию и коррупцию, безличность и бездушие.

Необходимо улучшение реакции системы на потребности людей с различным состоянием здоровья и достатком, усиление ориентированности системы на запросы потребителя, гуманность, диалог с населением, повышение управляемости системы. Не может быть отдельной медицины для бедных, бомжей и т. п.

Сегодня очевидно намечаемое смыкание статуса медицинской профессии с силовиками по социальной значимости, ответственности, защищённости, оснащению и др. В таком случае целесообразно начать с введения корпоративного дресс-кода, этической хартии и стандартов поведения, отличающихся от общепита и других носителей белых халатов.

Предстоит обеспечить участие здравоохранения в формировании корпоративного имиджа в общественном сознании через СМИ. Назрела ревизия и оптимизация контента ключевых коммуникационных каналов в области здравоохранения. При этом целесообразно поддерживать адекватную информированную проблематике отрасли охраны здоровья людей.

Население и профессиональные работники здравоохранения должны получить заверения высокого уровня, что государство обеспечит оптимальный для населения баланс помощи по

государственным гарантиям и платной помощи, гарантии в системе не будут сокращаться, сохранится доступность и единство системы.

По сравнению с другими сферами жизни несправедливость в здравоохранении воспринимается людьми наиболее остро. Необходимо достижение более справедливого распределения финансового бремени здравоохранения и потребления помощи среди населения, прозрачного и обоснованного баланса между рабочей и сопровождающей частями системы. Медицинская помощь не должна разорять человека, семью. Для этого разработаны и применяются различные механизмы, которые пока не вполне у нас востребованы.

Целесообразно обеспечить повышение внимания к отрасли на надведомственных уровнях государственного управления. Пока складывается впечатление, что запросы, касающиеся здоровья и здравоохранения, механически «перекидываются» в Минздрав России, что в ряде случаев приводит к затягиванию решений, ухудшению социального самочувствия граждан.

Огромные возможности предоставит организация добросовестной открытой конкуренции в сфере здравоохранения между субъектами Федерации на основании показателей эффективности отрасли, рейтингов и т. п.

Предстоит восстановить и уточнить ориентацию отрасли на соответствие потребностям населения и государства. Необходимо внедрение оценки эффективности здравоохранения не только по смертности, а по показателям потери потенциальных лет жизни, её качества. В связи с этим потребуются радикальное улучшение статистического учёта и отчётности.

Принципиальное значение приобретает обеспечение равного отношения к одинаковым потребностям граждан, независимо от их статуса и достатка, если помощь предоставляется за счёт общественных источников.

Необходимо предотвратить превращение отечественного здравоохранения в медицину для бедных/бомжей/мигрантов. Следует создать условия получения в России помощи, адекватной ожиданиям среднего класса и элит, с учётом текущих тенденций мирового развития.

Пока недостаточно делается для предотвращения оттока отечественных кадров за рубеж и в другие отрасли экономики, а также в аспекте регулирования притока иностранных специалистов.

Нам предстоит вернуть под защиту системы здравоохранения огромную массу людей, выпавших из сферы внимания и влияния отрасли. По моим оценкам, сегодня уже до 30% жителей страны могли перейти на самодиагностику и самолечение по телерекламе и непроверенной информации, без обращения к специалистам, а в ряде случаев используют потенциально опасные средства, эффективность которых не обоснована.

Необходимо скорейшее разрушение мифа о возможности эффективного выполнения государственных гарантий в области здравоохранения частным сектором здравоохранения. Такой подход провалился повсеместно в мире ещё в 1990-е годы, когда его попытались применить.

Следует блокировать яркую тенденцию к приватизации медицинских знаний и недобросовестной конкуренции. Чего стоит ситуация, когда хирург, выполняя операции, оглядывается, чтобы никто не подсмотрел и не перенял его приёмы.

Необходимо стремление к достижению тендерного баланса в здравоохранении, в руководящем и рядовом составах. Целесообразно преодоление внутренних конфликтов в отрасли, в первую очередь по оплате труда. Назрело развитие сотрудничества между врачами и экономистами, рабочей и сопровождающей частями системы здравоохранения, для преодоления существенного взаимного недоверия.

Впереди – усиление нормирования и охраны труда при участии профсоюзов, недопущение нелегальной интенсификации труда, «выгорания» работников, приводящих к тяжёлым ошибкам.

В отрасль должна прийти атмосфера коллегиальности, учёта предложений работников, необходим отход от системы, исключающей открытое обсуждение проблем.

Важное значение имеет сохранение (с учётом специфики отрасли) эффективных опытных кадров пред- и пенсионного возраста. Увольнение самых опытных, дееспособных специалистов-женщин в 53-55 лет, а мужчин – в 58-60 лет обязательно влечёт за собой быструю деградацию и неустойчивость системы.

Целесообразно рассмотреть внедрение отбора желающих работать в здравоохранении, в том числе менеджеров, абитуриентов по необходимым здесь особым человеческим качествам, возможно, при участии психологов и религиозных конфессий. Превращение врача в рвача, цинично «раскручивающего» больного на деньги, – отвратительная и недопустимая перспектива.

Возможно создание «образцовых» элементов в системе здравоохранения. Они могут стать ориентиром и стимулом для развития отрасли в целом. В качестве возможных «кандидатов» – служба по облегчению боли, страданий, помощь детям и подросткам, школьное здравоохранение, аллергологическая помощь и т. д. Население быстро оценит эти вложения.

Следует предотвратить наметившееся вымывание «экономически невыгодных» поставщикам системы здравоохранения видов помощи, необходимых населению, в частности реабилитации. Нельзя допустить, чтобы важнейшие потребности остались неудовлетворёнными по этой причине.

Предстоит также и усиление профилактической направленности в деятельности отрасли, но на базе современных социальных технологий, социально ответственного маркетинга.

В условиях нашей страны большое значение приобретает обеспечение мультикультуральности оказываемой помощи, в том числе представление помощи на родном языке, в приемлемом этноконфессиональном контексте.

Для обеспечения устойчивого развития отрасли необходимо развитие конструктивного взаимодействия с фармацевтическим бизнесом и производителями медицинской техники, поддержание их роли, адекватной целям и задачам системы здравоохранения, отвечающей потребностям личности, общества и государства.

Надежда на то, что предложения по ребрендингу здравоохранения найдут отклик и поддержку со стороны государства, частного бизнеса, гражданского общества в нашей стране, будут способствовать широкому обсуждению новых возможностей решения накопившихся проблем.

Системы менеджмента качества в медицинских учреждениях // Главный врач. – 2015. – № 8. – С. 10-27.

Системы менеджмента качества (СМК) являются мощным инструментом повышения качества медицинских услуг и удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон. Основными причинами их внедрения в учреждениях здравоохранения являются:

- внешнее давление потребителей и других заинтересованных сторон в целях улучшения качества медицинской помощи (органы управления здравоохранением, фонды ОМС, страховые медицинские организации, различные общественные организации и т.д.);
- желание руководства, а часто и самих сотрудников учреждения здравоохранения совершенствовать процессы оказания медицинской помощи с целью повышения ее качества и эффективности.

Для коммерческих медицинских организаций помимо вышеуказанных причин имеет значение получение сертификата на соответствие СМК ГОСТу ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования». Наличие подобного документа дает медицинской организации определенные маркетинговые преимущества.

Внедрение СМК побуждает лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) анализировать существующие и потенциальные требования и запросы потребителей и других заинтересованных сторон, определять процессы, способствующие оказанию качественных медицинских и иных услуг, системно управлять этими процессами и их функционирование СМК направлено на постоянное улучшение деятельности ЛПУ с целью:

- повышения качества и эффективности оказания медицинской помощи;
- повышения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- повышения их уверенности в способности ЛПУ оказывать качественную медицинскую помощь в соответствии с установленными требованиями на основе оптимального использования материальных, финансовых и кадровых ресурсов, применения принципов и методов менеджмента качества, современных медицинских, управленческих и информационных технологий;

– повышения удовлетворенности медицинских работников от качественного и эффективного труда.

Принципы управления качеством носят универсальный характер и применимы практически ко всем видам деятельности, включая здравоохранение. Это позволило аккумулировать передовой опыт предприятий, учреждений и организаций различных стран в области менеджмента качества и разработать на его основе международные стандарты ISO семейства стандартов Международной организацией стандартизации были подготовлены отраслевые стандарты, учитывающие специфику деятельности в отдельных отраслях, в т. ч. в здравоохранении, а также ряд документов методического и нормативного характера по разработке, внедрению и совершенствованию СМК.

Семейство международных межотраслевых стандартов ИСО 9000 было разработано с целью оказания помощи организациям всех видов и размеров при внедрении и обеспечении функционирования эффективных СМК. На основе международных стандартов в нашей стране подготовлены и утверждены их российские аналоги:

- ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- ГОСТ Р ИСО 9004-2010 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества»;
- ГОСТ Р ИСО 19011-2012 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества».

В области здравоохранения с 1 января 2010 года действует ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения».

В соответствии с Федеральным законом от 27.12.2002 №184-ФЗ «О техническом регулировании» все указанные ГОСТы носят рекомендательный характер. Следует отметить, что стандарты в области менеджмента качества уже проверены временем и доказали на практике свою эффективность, поэтому изобретать свой собственный «велосипед» не требуется. Вместе с тем необходимо учитывать, что межотраслевые международные стандарты и их российские аналоги по вопросам управления качеством были разработаны для организаций всех видов, размеров и любого профиля деятельности. Понятно, что подобная универсальность приводит к определенным издержкам. Для того чтобы межотраслевые стандарты СМК могли использоваться всеми организациями, они были составлены с использованием предельно общих понятий. Из-за этого затрудняется понимание содержания стандартов, что требует их определенной адаптации для восприятия медицинскими работниками и использования в практической деятельности.

Проблемы начинаются с терминов «продукция» и «услуга». Хотя в стандартах СМК записано, что термин «продукция» может означать также «услугу», для медицинских работников постоянные ссылки в тексте ГОСТов на «продукцию» психологически мешают переносу принципов, методов и требований СМК на оказание медицинских услуг. Тем более что действительно между продукцией и услугами есть существенная разница, хотя услуги входят в понятие продукции. Недаром при первом ознакомлении со стандартами СМК у многих возникает чувство, что они больше ориентированы на промышленное производство, хотя при внимательном изучении становится понятно, что описываемые принципы, требования, методы и процедуры действительно носят универсальный характер и полностью применимы в сфере здравоохранения. Например, в ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования» рассматриваются требования к планированию проектирования и разработки продукции. Однако эти требования полностью применимы и к проектированию и разработке оптимальных процессов оказания медпомощи, что является мощнейшим инструментом повышения качества и эффективности медицинского обслуживания. Другое дело, что научное проектирование на системной основе и последующее внедрение в практику лечебно-диагностических процессов, тесно связанных с научной организацией труда, до настоящего времени не получили в отрасли должного распространения. Следует также помнить, что стандарт ГОСТ ISO 9001-2011 позволяет исключить определенные параграфы, если они

неприменимы в конкретной организации (например, если организация не осуществляет проектирование продукции/услуг).

Нельзя также забывать о различиях между коммерческими и бюджетными организациями. Понятно, что в зависимости от вида организации и профиля ее деятельности акценты в управлении качеством могут быть расставлены по-разному.

И все-таки, несмотря на все вышесказанное, советует иметь в медицинской организации межотраслевые стандарты СМК и обращаться с ними как с первоисточниками. Безусловно, что знание ГОСТов по СМК является обязательным для специалистов в области управления качеством медицинской помощи (КМП).

Успешное руководство организацией и ее функционирование обеспечивается путем ее систематического и прозрачного управления. Для этого необходима СМК, ориентированная на постоянное улучшение деятельности с учетом потребностей всех заинтересованных сторон. Управление медицинской организацией помимо менеджмента качества включает в себя также и другие виды менеджмента (например, финансовый менеджмент, кадровый менеджмент, управление охраной труда, материально-техническим обеспечением и т. д.). Таким образом, менеджмент КМП является не только важнейшей частью системы управления здравоохранением, но и тесно взаимодействует с другими ее составляющими.

Использование принципов менеджмента качества необходимо для улучшения деятельности организации. В ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» описаны следующие восемь принципов менеджмента качества:

- ориентация на потребителя;
- лидерство руководителя;
- вовлечение работников;
- процессный подход;
- системный подход к менеджменту;
- постоянное улучшение;
- принятие решений, основанное на фактах;
- взаимовыгодные отношения с поставщиками.

Эти восемь принципов менеджмента качества были взяты за основу при разработке всех стандартов СМК, входящих в семейство ИСО 9000.

1) Ориентация на потребителя.

Организации зависят от своих потребителей и поэтому должны понимать их текущие и будущие потребности, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания. Данный принцип относится и к заинтересованным сторонам.

Потребитель и заинтересованные лица могут быть внутренними или внешними по отношению к учреждению здравоохранения и представлять собой пациента, его семью, лечащего врача или другого медицинского работника, работодателя пациента, плательщика за оказанную медицинскую помощь, например, страховую компанию, орган управления здравоохранением, общественную организацию по защите прав пациентов и т. д.

В ЛПУ, как и в любой другой организации, помимо конечного потребителя медицинских услуг имеются многочисленные потребители вспомогательных и промежуточных услуг. Например, медицинский работник может являться потребителем информации, услуг связи и транспорта, расходных материалов к медицинскому оборудованию и т. д.

Как сказано выше, успех деятельности любой организации зависит от потребителей как внешних, так и внутренних, поэтому необходимо понимать их текущие и прогнозировать будущие потребности. Без учета и удовлетворения запросов внутренних потребителей в учреждениях здравоохранения неизбежно снижается качество лечебно-диагностического процесса. Без удовлетворения потребностей (запросов) потребителя медицинских услуг и других заинтересованных сторон вообще теряется смысл функционирования системы здравоохранения как таковой. Таким образом, стандарты СМК направлены на удовлетворение не только конечного потребителя медуслуг, но и всех заинтересованных сторон и общества в целом.

2) Лидерство руководителя.

Руководители обеспечивают единство цели и направления деятельности организации. Они должны создавать и поддерживать внутреннюю среду, в которой работники могут быть полностью вовлечены в решение задач организации.

Руководители здравоохранения в качестве основной цели деятельности ЛПУ и в силу своих должностных обязанностей должны обеспечить высокое КМП. Требуется разработать соответствующую политику и план действий, определить стратегию и тактику, основные цели и задачи в области качества, сформировать соответствующие идеологию, систему трудовой мотивации с акцентом на обеспечение высокого КМП и благоприятный социально-психологический микроклимат в трудовом коллективе.

Стандарты СМК используются руководителями здравоохранения для:

- разработки и реализации политики и достижения целей в области качества;
- популяризации политики и целей в области качества для повышения информированности, осознания, мотивации и вовлечения персонала;
- ориентации на потребителей во всей организации;
- внедрения процессов, позволяющих выполнять требования потребителей и других заинтересованных сторон и достигать целей в области качества;
- разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии эффективной СМК для достижения целей в области качества;
- обеспечения процессов необходимыми ресурсами;
- проведения периодического анализа СМК;
- принятия решений в отношении политики и целей в области качества;
- принятия решений по мерам улучшения СМК.

3) Вовлечение работников.

Работники всех уровней составляют основу организации, поэтому их полное вовлечение в решение задач в области качества дает возможность с выгодой использовать их способности.

Сотрудники учреждений здравоохранения – основа системы оказания медицинской помощи, поэтому следует определить их потребности и ожидания, удовлетворенность работой, желание профессионального роста, что поможет обеспечить наиболее полное их вовлечение в производственный (лечебно-диагностический) процесс и усиление трудовой мотивации. Повышение КМП возможно только через активное вовлечение всех работников здравоохранения и их поддержку политики качества. Для этого необходимо поощрять инициативное трудовое поведение и профессиональное развитие работников посредством:

- планирования и организации профессиональной подготовки и карьеры;
- определения ответственности и полномочий работников;
- разработки индивидуальных и групповых целей, оценивания промежуточных и конечных результатов трудовых процессов;
- содействия вовлечению работников в процесс постановки целей и принятия решений;
- признания трудовых заслуг и справедливого (по мнению самих работников!) вознаграждения;
- содействия открытому многостороннему обмену информацией;
- постоянного анализа потребностей работников;
- создания условий, поощряющих нововведения;
- обеспечения эффективной групповой работы;
- информирования о предложениях и мнениях;
- изучения степени удовлетворенности работников;
- выяснения причин прихода работников в организацию и их увольнения.

Руководителям учреждений здравоохранения необходимо создать культурную среду, способствующую вовлечению работников в активный поиск возможностей улучшения лечебно-профилактического процесса, показателей деятельности и характеристик медицинских и иных услуг. Полномочия должны делегироваться так, чтобы работники приняли на себя ответственность за их выполнение, включая повышение качества трудовых процессов и предоставляемых услуг.

4) Процессный подход.

Желаемый результат достигается быстрее и эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют как процессом.

Процессный подход представляет собой мощный методологический инструмент изучения и совершенствования деятельности любой организации. Однако на практике его реализация оказывается не таким простым делом. Необходимо рассматривать процессный подход как своеобразную технологию управленческого моделирования и проектирования.

Лучшие системы управления всегда основаны на системном анализе и оптимизации процессов. Эффективный менеджер ищет и моделирует процессы повсюду. Их природа универсальна, поэтому целесообразно использовать единые терминологию, принципы и методы управления процессами, изложенные в стандартах СМК. Все они применимы к лечебно-диагностическому процессу, включая его планирование, организацию, контроль, повышение трудовой активности и мотивации медработников, совершенствование нормативно-правового и информационного обеспечения их деятельности.

По своей природе все явления представляют собой динамические процессы. Часть из них протекает произвольно по своим объективным законам, часть подвержена воздействию со стороны человека. Управляемые процессы в здравоохранении распространены достаточно широко. Уже само название одного из них – «лечебно-диагностический процесс» – подразумевает применение процессорного подхода в практике оказания медицинской помощи.

Эффективные руководители здравоохранения постоянно стремятся к совершенствованию всех аспектов деятельности организации, не забывая концентрировать свое внимание, силы и ресурсы на решении, прежде всего, приоритетных задач. Они четко представляют работу своих учреждений как систему взаимосвязанных и взаимодействующих динамических процессов. Их системный подход к управлению направлен на координацию всех аспектов деятельности организации.

Таким образом, любая деятельность, в которой используются ресурсы для преобразования входов в выходы, может рассматриваться как процесс. Чтобы эффективно функционировать, организации должны управлять многочисленными взаимосвязанными и взаимодействующими процессами. Часто выход одного процесса образует непосредственно вход следующего. Определение, идентификация и менеджмент процессов и, прежде всего, обеспечение их взаимодействия могут считаться «процессным подходом». Для результативного и эффективного функционирования организация должна управлять многочисленными взаимосвязанными видами своей деятельности. Преимущество процессного подхода состоит в непрерывности управления, которое он обеспечивает на стыке отдельных процессов в рамках их системы, а также при их комбинации и взаимодействии.

Стандарты СМК ориентированы на применение «процессного подхода» при разработке, внедрении и совершенствовании СМК с целью повышения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон путем выполнения их требований и запросов. Для более эффективного управления процессами составляют план, включающий следующие разделы:

- требования к входу и выходу. Например, требования к медицинской помощи могут включать в себя порядок и стандарты по ее оказанию, клинические протоколы и рекомендации, лекарственные формуляры, перечень необходимых материальных, финансовых и кадровых ресурсов и т.д.;

- виды деятельности (подпроцессы) внутри процессов. Например, в лечебно-диагностический процесс может входить клиническое обследование больного в приемном отделении, организация консилиумов, инструментальная и лабораторная диагностика, организация лечебного питания, физиотерапия, лечебная физкультура и т.д. Взаимодействие подпроцессов зависит от структуры процесса и графически напоминает сетевой график. Выходы одного или нескольких процессов могут являться входом одного или нескольких следующих. Иногда подпроцессы идут какое-то время параллельно, не оказывая влияния друг на друга;

- верификацию и валидацию процессов, продукции, услуг. Применительно к медицинской помощи используется комплексная система ее экспертизы, включающая оценку структуры, процессов и результатов лечебно-диагностического процесса, для чего применяются статистические методы контроля качества, единоличные и групповые экспертные оценки, социологические опросы, анализ жалоб и т. д.;

- анализ процесса, в том числе его надежности;

- определение, оценку и уменьшение рисков нарушения процессов;
- корректирующие и предупреждающие действия;
- возможности и действия по улучшению процессов;
- управление изменениями, относящимися к процессам и продукции (услугам).

Вспомогательными процессами управления КМП являются:

- управление информацией;
- управление персоналом, включая трудовую мотивацию и профессиональную подготовку медицинских работников;
- финансовый менеджмент, включая систему материального стимулирования качественного труда;
- управление материально-техническими ресурсами;
- управление маркетингом медицинских услуг и т.д.

5) Системный подход к менеджменту.

Системный подход стоит пятым в списке принципов менеджмента качества, однако реально является основополагающим, объединяющим остальные принципы в единую взаимосвязанную систему управления. Недаром в ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» записано, что выявление, понимание и менеджмент взаимосвязанных процессов как системы содействуют повышению результативности и эффективности организации при достижении ее целей.

КМП зависит от многих факторов и условий: организации лечебно-профилактического процесса, уровня профессиональной подготовки медицинских работников, лекарственного обеспечения, наличия современного медицинского оборудования, уровня нормативно-правового и иного информационного обеспечения и т.д. Многие факторы оказывают влияние друг на друга, образуя сложную динамическую систему.

При системном подходе процесс оказания медицинской помощи рассматривается как открытая динамическая система, состоящая из взаимосвязанных частей (подсистем), оказывающих влияние на вышестоящую систему, и сами подверженные ее влиянию. Если часть системы функционирует неэффективно, то это оказывает негативное влияние не только на деятельность системы в целом, но и на ее составляющие части, что может еще больше усугубить ситуацию. Значимость отдельных частей системы различна. Улучшение работы критических составляющих (узких мест), часто не требующее значительных ресурсов, может значительно повысить ее эффективность в целом.

Повторим, что процесс оказания медицинской помощи состоит из взаимодействия внешних систем и внутренних подсистем. Следовательно, ее результат определяется множеством внешних и внутренних взаимосвязанных факторов и процессов. Именно поэтому эффективное управление КМП возможно только на основе системного подхода.

Система не является простой суммой свойств входящих в нее частей, а обладает новыми системными качествами. При системном подходе вначале определяется вышестоящая система, изучаются ее свойства и закономерности развития, и только потом переходят к анализу нижестоящей системы (подсистемы) с учетом влияния вышестоящей.

б) Постоянное улучшение.

Постоянное улучшение деятельности организации следует рассматривать как ее неизменную цель. Повышение КМП невозможно без постоянной оптимизации процесса ее оказания в ответ на изменения внешней и внутренней среды ЛПУ на основе системного анализа поступающих данных, разработки корректирующих и предупреждающих действий, необходимых для совершенствования управленческих и производственных алгоритмов для повторяемых процессов, устранения причин возникающих проблем (несоответствий) и предупреждения повторного их возникновения. Для этого должна быть разработана формализованная документированная процедура, включающая:

- анализ возникающих и потенциально возможных проблем;
- установление причин проблем;
- оценивание необходимости действий с целью предупреждения появления проблем;
- разработку и осуществление необходимых корректирующих и предупреждающих действий;

– анализ результативности и эффективности предпринятых корректирующих и предупреждающих действий.

Имеются два основных подхода к проведению постоянного улучшения процессов:

– проекты прорыва, ведущие или к пересмотру существующих процессов (перепроектирование процессов), или внедрению новых процессов;

– деятельность по поэтапному постоянному улучшению, проводимая в рамках существующих процессов.

Постоянное улучшение процессов включает в себя:

а) определение проблем и причин несоответствия;

б) оценку результативности и эффективности существующего процесса (сбор и анализ данных для выявления основных проблем, выбор конкретной проблемы и постановка задач по ее решению);

в) анализ альтернативных решений проблемы, выбор и практическое использование лучшего управленческого решения, устраняющее первопричины проблемы и предотвращающее ее повторное возникновение;

г) оценку последствий практической реализации решения: проблема и ее первопричины должны быть устранены или их негативные воздействия уменьшены;

д) внедрение и стандартизацию нового решения (старый процесс заменяется улучшенным, предотвращая повторное возникновение проблемы и ее первопричин);

е) оценку результативности и эффективности процесса после завершения действий по улучшению.

Процесс улучшения повторяется применительно к оставшимся нерешенным проблемам, а также разработке целей и принятию решений по дальнейшему улучшению процессов.

7) Принятие решений, основанное на фактах

Повышение КМП невозможно без использования принципов доказательной медицины. К сожалению, практика показывает, что уровень подготовки в этой сфере медицинских работников достаточно низок. Причиной такого положения дел являются не только отсутствие соответствующей литературы (в последнее время как раз вышло в свет несколько изданий, заслуживающих положительной оценки) или возможности обучения, но и чисто психологические факторы. Работники, как правило, желают пользоваться своими наработанными установками и трудовыми навыками. Перестройка сложившегося клинического мышления сопряжена с психологическими нагрузками и трудностью восприятия новых подходов.

Для принятия эффективных клинических и организационных решений необходимо целенаправленно искать, критически оценивать и грамотно использовать релевантную информацию. Навыки такой работы необходимы не только для врачей, но и для руководителей органов управления здравоохранением и медицинских организаций. Неумение проводить критический анализ повышает вероятность ошибок, что ведет к снижению качества и эффективности оказания медицинской помощи. Иначе говоря, каждое управленческое и клиническое решение должно опираться на строго доказанные научные факты.

Вместе тем нельзя полностью перекладывать поиск необходимой информации на загруженных работой врачей и руководителей здравоохранения. Анализ публикаций в тысячах отечественных и зарубежных журналах медицинского профиля требует времени и профессиональных навыков метаанализа и подготовки систематических обзоров. Подготовка соответствующих информационных материалов должна быть возложена на специалистов в области доказательной медицины.

Излишне говорить, что подготовка различных нормативно-правовых документов и методических материалов (стандартов и порядков оказания медицинской помощи, клинических протоколов, методических рекомендаций и указаний, приказов и т.д.) должна осуществляться в строгом соответствии с научно обоснованными данными и принципами доказательной медицины. Информационное обеспечение управленческих и лечебно-диагностических процессов, основанное на фактах и результатах статистического анализа, является важнейшей составляющей СМК в учреждении здравоохранения.

8) Взаимовыгодные отношения с поставщиками.

Все учреждения здравоохранения приобретают продукцию (лекарственные средства, изделия медицинского назначения, мягкий инвентарь, медицинское оборудование и расходные материалы ему, продукты питания и т.д.) и пользуются различными услугами (информационными, транспортными, связи и т.д.).

Требования к данной процедуре ограничены продукцией и услугами, которые непосредственно влияют на качество медицинских и иных услуг или эффективность процессов в ЛПУ. Это означает, что закупки, например, чистящих средств, не являются объектом скрупулезного исследования (если только это не коммерческая организация, специализирующаяся на чистящих средствах).

Организация и ее поставщики взаимозависимы, поэтому отношения взаимной выгоды повышают способность обеих сторон создавать ценности.

Поставщик может быть внутренним или внешним по отношению к учреждению здравоохранения.

Организация должна обеспечивать соответствие закупленной продукции (услуг) установленным требованиям к закупкам. Она должна оценивать и выбирать поставщиков на основе их способности поставлять продукцию (предоставлять услуги) в соответствии со своими требованиями. Должны быть разработаны критерии отбора, оценки и повторной оценки. Документирование результатов оценивания и любых необходимых действий, вытекающих из оценки, должно производиться в соответствии с утвержденными правилами.

Оценка внешних поставщиков для учреждений здравоохранения включает анализ и постоянный контроль качества и ассортимента приобретаемых товаров (услуг), удобства и соблюдения сроков доставок, надежности поставщика, соблюдения финансовой дисциплины и т.д.

При установлении партнерских отношений следует:

- определить основных поставщиков и другие организации в качестве потенциальных партнеров;
- совместно достичь четкого понимания потребностей и ожиданий потребителей;
- совместно достичь четкого понимания потребностей и ожиданий партнеров;
- определить цели, обеспечивающие возможности постоянного партнерства.

Организация и проведение конкурсов (тендеров) на приобретение медицинского оборудования, лекарственных средств, информационных услуг и т.д. регламентируются соответствующими законодательными и нормативно-правовыми актами.

Семейство стандартов ИСО 9000 проводит различие между требованиями к СМК и требованиями к продукции (услугам).

Требования к СМК установлены в ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования» и применимы к организациям в любых секторах экономики независимо от категории продукции и услуг. При этом ГОСТ ISO 9001-2011 не содержит требований к продукции (услугам).

Требования к продукции (услугам) могут быть установлены потребителями, заинтересованными сторонами или самой организацией-производителем, исходя из предполагаемых запросов потребителей или требований законодательных и нормативно-правовых актов. Требования к продукции и в ряде случаев также к связанным с ней процессам могут быть установлены в технических условиях, стандартах на продукцию, стандартах на процессы, контрактных соглашениях и регламентах. Как сказано выше, в здравоохранении требования отражаются в медицинских стандартах, клинических протоколах, методических рекомендациях, порядках оказания медицинской помощи, других нормативно-правовых документах и договорах на оказание медпомощи.

Процесс разработки и внедрения СМК включает в себя:

- определение потребностей и ожиданий потребителей, а также других заинтересованных сторон;
- разработку политики и целей организации в области качества;
- определение процессов и ответственности, необходимых для достижения целей в области качества;

- определение необходимых ресурсов и обеспечение ими для достижения целей в области качества;
- разработку методов для измерения результативности и эффективности каждого процесса;
- применение результатов этих измерений для определения результативности и эффективности каждого процесса;
- определение средств, необходимых для предупреждения несоответствий и устранения их причин;
- разработку и применение процесса постоянного улучшения СМК.

Аналогичный процесс на основе обратной связи применяют для поддержания в рабочем состоянии и улучшения внедренной СМК.

Любая деятельность, использующая ресурсы и управляемая в целях преобразования входов в выходы, может рассматриваться как процесс.

Для того чтобы результативно и эффективно функционировать, организация должна определять и управлять многочисленными взаимосвязанными процессами. Систематическое определение и менеджмент процессов и их взаимодействия рассматривается как «процессный подход». Преимущество такого подхода состоит в непрерывности управления, которое он обеспечивает на стыке отдельных процессов, а также при их комбинации и взаимодействии.

Политика и цели в области качества устанавливаются, чтобы служить ориентиром для медицинской организации и ее сотрудников. Они определяют желаемые результаты и способствуют оптимальному использованию организацией необходимых ресурсов для достижения этих результатов.

Политика в области качества обеспечивает основу для разработки и анализа целей в области качества. Она отражает общие намерения и направления деятельности ЛПУ в области качества, официально сформулированные руководством учреждения.

Политика в области качества направлена на повышение удовлетворенности потребителей медицинских и иных услуг, других заинтересованных сторон путем оказания высококачественной медпомощи на основе выполнения установленных обязательных требований, оптимального использования материальных, финансовых и кадровых ресурсов, применения принципов и методов менеджмента качества, современных медицинских и информационных технологий.

Исходя из политики, стратегической целью в области качества является удовлетворение потребителей и других заинтересованных сторон в высококачественных медицинских и иных услугах на основе постоянного повышения результативности и эффективности СМК. Цели и задачи в области качества должны быть измеримыми и согласованными с политикой в области качества.

Высшее руководство должно создать в учреждении здравоохранения обстановку, способствующую вовлечению его работников в процесс разработки, внедрения и совершенствования СМК. Принципы менеджмента качества могут использоваться руководством как основа для выполнения своей роли при:

- разработке и поддержании политики и целей ЛПУ в области качества;
- популяризации политики и целей в области качества во всей организации для повышения осознания, мотивации и вовлечения персонала;
- ориентации всех работников ЛПУ на выполнение требований и запросов потребителей и других заинтересованных сторон;
- внедрении и постоянном совершенствовании соответствующих процессов и их взаимодействия, позволяющих выполнять требования потребителей и других заинтересованных сторон и достигать целей в области качества;
- разработке, внедрении и поддержании в рабочем состоянии результативной и эффективной СМК для достижения поставленных целей в области качества;
- обеспечении основных и вспомогательных процессов необходимыми ресурсами;
- проведении периодического анализа СМК;

– принятии управленческих решений о корректировке политики и целей в области качества (изменение политики и целей в области качества при необходимости осуществляется в ответ на изменение внешней и внутренней среды организации);

– принятии управленческих решений по мерам улучшения СМК.

Документация играет исключительно важную роль в функционировании СМК. Помимо организационно-распорядительных и регулирующих нормативно-правовых функций она передает смысл и последовательность лечебно-диагностических, управленческих, информационных и иных процессов в ЛПУ, способствуя тем самым:

– лучшему пониманию руководством и персоналом требований и запросов потребителей и других заинтересованных сторон;

– лучшему пониманию процессов оказания медицинской помощи и их взаимодействия;

– достижению соответствия характеристик медицинских и иных услуг требованиям потребителей и других заинтересованных сторон;

– кадровому, материально-техническому, лекарственному, организационно-методическому и информационному обеспечению;

– повторяемости и прослеживаемости процессов;

– обеспечению объективных свидетельств;

– оцениванию результативности и эффективности СМК.

СМК применяют следующие виды документов:

– документы, содержащие информацию о СМК организации, предназначенную как для внутреннего, так и внешнего пользования (к таким документам относятся руководства по качеству);

– документы, описывающие как СМК применяется к конкретной продукции (услугам), проекту или договору на оказание медицинской помощи (к таким документам относятся планы качества);

– документы, устанавливающие требования (к таким документам относятся спецификации, договора, действующие нормативно-правовые акты, содержащие обязательные требования к оказанию медицинской помощи);

– документы, содержащие рекомендации или предложения (к таким документам относятся методические рекомендации и методики);

– документы, содержащие информацию о том, как последовательно выполнять действия и процессы (такие документы могут включать в себя документированные процедуры и рабочие инструкции);

– документы, содержащие объективные свидетельства выполненных действий или достигнутых результатов (к таким документам относятся записи).

Каждая организация определяет объем необходимой документации СМК и ее носители. Это зависит от таких факторов, как вид и размер организации, сложность и взаимодействие процессов, сложность продукции (услуг), требования потребителей и других заинтересованных сторон, соответствующие обязательные требования, содержащиеся в законодательных и нормативно-правовых актах, договорные требования, продемонстрированные способности персонала, а также от степени, до которой необходимо подтверждать выполнение требований к СМК. Помните, что разработка документации - это не самоцель, а эффективный инструмент функционирования СМК.

Результативность и эффективность СМК подлежит постоянной оценке со стороны руководства ЛПУ. Алгоритм оценивания СМК может различаться по области применения (направлениям деятельности ЛПУ) и включать в себя:

– Внутренние и внешние аудиты (проверки). Их применяют для определения степени выполнения требований, предъявляемых к СМК. Аудиты используются для оценивания результативности и эффективности СМК и определения возможностей для улучшения.

– Анализ СМК. Проведение регулярного оценивания пригодности, адекватности, результативности и эффективности СМК с учетом политики и целей в области качества является одной из функций руководства ЛПУ. Оценка может включать в себя рассмотрение необходимости адаптации политики и целей в области качества в ответ на изменение

потребностей и ожиданий заинтересованных сторон, законодательных требований, а также определение необходимых действий. При анализе СМК, наряду с другими источниками информации, следует использовать отчеты по проведенным аудитам;

– Самооценку, которая может дать общее представление о деятельности организации и уровне развития СМК, помочь определить области, нуждающиеся в улучшении, потенциальные возможности и приоритеты развития СМК.

В процессе оценивания СМК и ее процессов выясняют:

- а) выявлены и управляемы ли процессы?
- б) определено и управляемо ли взаимодействие процессов?
- в) распределена ли ответственность за процессы и их взаимодействие?
- г) внедрены и поддерживаются ли в рабочем состоянии документированные процедуры?
- д) обеспечивает ли процесс достижение требуемых результатов?

На основе полученных оценочных данных разрабатываются и осуществляются корректирующие действия.

Целью постоянного улучшения СМК является повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи, удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон.

Действия по улучшению включают в себя:

- анализ и оценку существующего положения для определения областей и процессов для улучшения;
- определение целей улучшения;
- поиск возможных решений для достижения целей;
- оценивание и выбор управленческих решений по мерам улучшения;
- выполнение выбранных управленческих решений;
- измерение, проверку, анализ и оценку результатов выполнения для определения того, достигнуты ли цели;
- документационное оформление изменений.

Результаты мероприятий по улучшению систематически анализируют с целью определения дальнейших возможностей совершенствования. Таким образом, улучшение является постоянным действием (процессом). Обратная связь с потребителями и другими заинтересованными сторонами, аудиты, самооценка и анализ СМК также могут использоваться для определения возможностей улучшения.

СМК является составной частью единой системы управления медицинской организацией, которая направлена на достижение результатов в соответствии с целями в области качества для удовлетворения потребностей, ожиданий и требований потребителей и других заинтересованных сторон. Цели в области качества дополняют другие цели организации, связанные с развитием, финансированием, условиями труда и безопасностью персонала, охраной окружающей среды и т.д. Различные части системы менеджмента медицинской организации могут быть интегрированы вместе с СМК в единую систему управления, использующую общие элементы. Это может облегчить планирование, выделение ресурсов, определение дополнительных целей и оценку общей результативности и эффективности деятельности ЛПУ.

Требования к СМК установлены ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования». Требования данного стандарта являются общими и предназначены для применения всеми организациями независимо от их вида, размера и поставляемой продукции (услуг). ГОСТ ISO 9001-2011 устанавливает требования к СМК в тех случаях, когда организация:

- а) нуждается в демонстрации своей способности всегда поставлять продукцию (оказывать услуги), отвечающую требованиям потребителей, других заинтересованных сторон и соответствующим обязательным требованиям;
- б) ставит своей целью повышение удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон посредством эффективного применения СМК, включая процессы

постоянного ее улучшения, и обеспечение соответствия требованиям потребителей, других заинтересованных сторон и соответствующим обязательным требованиям.

В соответствии с ГОСТ ISO 9001-2011 для создания СМК необходимо стратегическое решение организации. На разработку и внедрение СМК организации влияют:

- а) ее внешняя среда, изменения или риски, связанные с этой средой;
- б) изменяющиеся потребности потребителей и других заинтересованных сторон;
- в) конкретные цели;
- г) выпускаемая продукция (оказываемые услуги);
- д) применяемые процессы;
- е) размер и структура организации.

Применительно к медицинским организациям особую роль играет внешняя среда, включающая в себя нормативно-правовое регулирование, финансово-экономические отношения, преобладание в обществе тех или иных ценностных установок и традиций относительно индивидуального и общественного здоровья, а также системы здравоохранения в целом. К сожалению, в нашей стране здоровье для многих пока еще не является высшей ценностью ни в духовном, ни в экономическом плане.

До тех пор, пока потребители медицинских услуг и другие заинтересованные стороны (государство и его институты, общественные и политические организации, профессиональное сообщество и т.д.) четко не осознают свои потребности в сфере охраны здоровья и не переведут эти потребности в требования нормативно-правового характера в контексте обеспечения максимально возможного КМП, никаких системных действий в области качества, за редкими исключениями, со стороны ЛПУ и органов управления здравоохранением предприниматься не будет. Поэтому без изменения внешней среды учреждений здравоохранения рассчитывать на внедрение в них СМК, а главное, реальное повышение качества медицинского обслуживания не стоит.

Внутренняя среда учреждений здравоохранения (организационная структура, кадры, медицинские технологии, материально-техническое обеспечение, внутренние экономические отношения, взаимоотношения между сотрудниками и т.д.) играет не меньшую (хотя и подчиненную по отношению к внешней среде) роль при принятии решения о создании СМК.

Использование на системной основе процессного подхода является одним из основных требований к СМК. ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования» направлен на применение процессного подхода при разработке, внедрении и совершенствовании СМК в целях повышения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон путем выполнения их требований. В соответствии с требованиями стандарта организация должна разработать, задокументировать, внедрить и поддерживать в рабочем состоянии СМК, постоянно улучшать ее результативность и эффективность. Для этого необходимо:

- а) определять, идентифицировать и постоянно совершенствовать процессы СМК;
- б) определять последовательность и взаимодействие этих процессов;
- в) определять критерии и методы, необходимые для обеспечения результативности и эффективности как при осуществлении этих процессов, так и при управлении ими;
- г) обеспечивать наличие ресурсов и информации, необходимых для поддержки этих процессов и их мониторинга;
- д) осуществлять мониторинг, измерение, там, где это возможно, и анализ этих процессов;
- е) принимать меры, необходимые для достижения запланированных результатов и постоянного улучшения этих процессов.

Организация должна осуществлять постоянный менеджмент управленческих, производственных (лечебно-диагностических) и вспомогательных процессов. Если ЛПУ решает передать сторонней организации выполнение какого-либо процесса (например, выполнение лабораторных исследований или обработку и хранение данных), влияющего на качество медицинских услуг и их соответствие установленным требованиям, она должна обеспечить со своей стороны контроль и управление таким процессом. Вид и степень управления процессами, переданными сторонним организациям, должны быть определены в СМК. Передача другой организации выполнения какого-либо процесса не освобождает ЛПУ от ответственности за его

соответствие всем требованиям потребителей, заинтересованных сторон и нормативно-правовых актов.

Таким образом, учреждение здравоохранения должно:

- а) определить системы и процессы, которые должны быть четко поняты, подвергнуты менеджменту и улучшены с точки зрения результативности и эффективности;
- б) обеспечить результативное и эффективное управление процессами и их взаимодействием;
- в) определить и использовать показатели и данные для оценки отдельных процессов, их взаимодействия и деятельности учреждения в целом для организации обратной связи;
- г) привлечь персонал к улучшению процессов, делегировав ему соответствующие права и определив его ответственность за результативное и эффективное выполнение конкретных процессов в рамках системы качества.

ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования» содержит требования к руководству организации. Оно должно обеспечивать наличие свидетельств принятия своих обязательств по разработке и внедрению СМК, а также постоянному улучшению ее результативности и эффективности посредством:

- доведения до сведения персонала важности выполнения требований потребителей и других заинтересованных сторон, а также законодательных и иных обязательных требований;
- разработки политики и целей в области качества;
- проведения регулярного анализа деятельности организации в области качества;
- разработки и осуществления корректирующих мер на основе проведенного анализа;
- обеспечения процессов необходимыми ресурсами.

Принцип ориентации на потребителя предполагает, что руководство должно обеспечивать определение и выполнение требований потребителей и других заинтересованных сторон для повышения их удовлетворенности.

Руководство должно обеспечивать, чтобы политика в области качества:

- соответствовала целям организации;
- включала в себя обязательство соответствовать требованиям и постоянно повышать результативность СМК;
- создавала основы для постановки и анализа целей в области качества;
- была доведена до сведения персонала организации и стала понятна ему;
- анализировалась на постоянную пригодность.

Руководство организации должно обеспечивать, чтобы цели в области качества были установлены в соответствующих подразделениях и на соответствующих уровнях организации. Цели в области качества должны быть измеримыми и согласуемыми с политикой в области качества.

Руководство должно обеспечивать:

- планирование создания, поддержания и постоянного улучшения СМК, а также для достижения целей в области качества;
- сохранение целостности СМК при планировании и внедрении в нее изменений;
- определение и доведение до сведения персонала организации ответственности и полномочий.

Руководство должно назначить представителя из своего состава, который независимо от других обязанностей должен нести ответственность и иметь полномочия, распространяющиеся на:

- обеспечение разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии процессов, требуемых СМК;
- представление отчетов руководству о функционировании СМК, необходимости и путях ее улучшения;
- содействие распространению понимания требований потребителей и других заинтересованных сторон по всей организации.

Руководство должно обеспечивать установление в организации соответствующих процессов обмена информацией, включая информацию, относящуюся к результативности и эффективности СМК.

Руководство должно анализировать через запланированные интервалы времени СМК в целях обеспечения ее постоянной пригодности, достаточности, результативности и эффективности. Этот анализ должен включать в себя оценку возможностей улучшений и потребности в изменениях в СМК, в том числе в политике и целях в области качества. Записи об анализе со стороны руководства должны поддерживаться в рабочем состоянии.

Входные данные для анализа со стороны руководства должны включать:

- результаты внешних и внутренних аудитов (проверок);
- информацию от потребителей и других заинтересованных сторон, полученную при обратной связи;
- данные о функционировании процессов и соответствии продукции (услуг) установленным требованиям;
- информацию о предупреждающих и корректирующих действиях;
- информацию о последующих действиях, вытекающих из предыдущих анализов со стороны руководства;
- информацию о внешних и внутренних изменениях, которые могли бы повлиять на СМК;
- рекомендации по улучшению.

Выходные данные анализа со стороны руководства должны включать в себя все решения и действия, относящиеся:

- к повышению результативности и эффективности СМК и ее процессов;
- к улучшению продукции (услуг) по отношению к требованиям потребителей и других заинтересованных сторон;
- к потребности в ресурсах.

Организация должна определить и обеспечивать ресурсы (кадры, инфраструктуру), необходимые для:

- а) внедрения и поддержания в рабочем состоянии СМК, а также постоянного повышения ее результативности и эффективности;
- б) повышения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон путем выполнения их требований.

Эффективность СМК зависит от вовлечения и компетентности персонала, поэтому важно идентифицировать, развивать и оценивать знания, навыки, поведение и производственную среду, способствующие вовлечению персонала с должной компетентностью в трудовой процесс. Если вовлечение и компетентность персонала измеряются и анализируются, то это позволяет руководству организации принимать решения по улучшению процессов в этой сфере, что, в конечном итоге, ведет к повышению качества продукции (услуг), уровня удовлетворенности потребителей и самих работников от качественного и эффективного труда.

В области вовлечения и компетентности персонала организация должна:

- определять необходимую компетентность персонала, выполняющего работу, которая влияет на качество продукции (услуг);
- обеспечивать подготовку или предпринимать другие действия в целях достижения необходимой компетентности персонала;
- оценивать результативность предпринятых мер;
- обеспечивать осведомленность своего персонала об актуальности и важности его деятельности и вкладе в достижение целей в области качества;
- поддерживать в рабочем состоянии в рамках документационного обеспечения СМК соответствующие записи об образовании, подготовке, навыках и опыте работы персонала.

Внедрение, функционирование и последующее постоянное совершенствование СМК требуют высокой эффективности управления персоналом, включая его вовлеченность в процесс управления качеством, совершенствование системы трудовой мотивации, подбор и подготовку персонала, формирование надлежащей организационной культуры со своими ценностями и взаимоотношениями, обеспечение надежности и безопасности профессиональной деятельности и т.д. Руководство должно стремиться к тому, чтобы цели отдельных сотрудников были

максимально приближены к целям организации, что должно находить отражение в материальном и нематериальном стимулировании качества и производительности их труда.

Персонал, выполняющий работу, влияющую на качество продукции (услуг), должен быть компетентным на основе полученного образования, подготовки, навыков и опыта не только в своей профессии, но и в области качества. Кроме того, работники должны быть непосредственно вовлечены в процесс управления качеством, четко понимать цели, принципы и методы менеджмента качества, как на своем рабочем месте, так и в целом по организации. Это позволяет кардинально повысить эффективность управления качеством на основе улучшения обратной связи, повышения ответственности работников, активного их участия в СМК и повышения роли первичного звена. Необходимо часть функций по контролю качества делегировать самим работникам, совершенствуя процессы самоконтроля и контроля со стороны коллег, которые зачастую оказываются эффективнее формального контроля со стороны руководства, а главное, позволяют не только выявлять недостатки лечебно-диагностического процесса непосредственно на месте оказания медицинской помощи, но и предотвращать их.

Указания по привлечению персонала к работе в СМК и повышению его компетентности содержатся в стандарте ISO 10018:2012 «Менеджмент качества. Руководящие указания по вовлеченности и компетентности персонала». Документ носит межотраслевой характер, и применим к любой организации независимо от ее размера, типа или вида деятельности. Учреждения здравоохранения здесь не исключение, т.к. содержащиеся в стандарте процедуры и принципы управления персоналом в части его вовлечения и компетентности носят универсальный характер. Знание этого документа необходимо для специалистов в области КМП, особенно при разработке и внедрении СМК. Стандарт описывает процессы и процедуры, которые применяются для поддержания компетентности персонала и его максимально эффективного участия в производственных (лечебно-диагностических) и управленческих процессах. В документе отмечается необходимость мониторинга и анализа вышеуказанных процессов для принятия эффективных управленческих решений по вовлечению и повышению компетентности персонала.

Организация также должна определять, обеспечивать и поддерживать в рабочем состоянии инфраструктуру, необходимую для достижения соответствия требованиям к продукции (услугам). Инфраструктура включает в себя:

- здания, рабочее пространство и связанные с ним средства труда;
- оборудование для процессов (технические и программные средства);
- службы обеспечения (транспорт, связь, информационные системы и т.д.).

Организация должна создавать производственную среду, необходимую для достижения соответствия требованиям к продукции, и управлять ею.

Данный раздел ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования» больше ориентирован на выпуск продукции, однако практически все требования применимы и к оказанию услуг, в т.ч. медицинских. В стандарте рассматриваются требования к планированию проектирования и разработки продукции, закупкам, производству и обслуживанию, управлению оборудованием для мониторинга и измерений. ГОСТ ISO 9001-2011 позволяет исключать требования определенных параграфов, если они неприменимы в конкретной организации (например, если организация не осуществляет проектирование).

Управление качеством невозможно без наличия обратной связи, поэтому организация должна планировать и применять процессы мониторинга, измерения, анализа и улучшения, необходимые для:

- демонстрации соответствия продукции (услуг) требованиям потребителей и других заинтересованных сторон;
- обеспечения соответствия СМК установленным требованиям;
- постоянного повышения результативности и эффективности СМК.

Указанная деятельность должна включать в себя определение соответствующих методов, в том числе статистических, и область их использования.

Особое внимание должно уделяться вопросам удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон. Напоминаем, что ориентация на потребителя является первым принципом менеджмента качества. Не забывайте, что организации зависят от своих потребителей и поэтому должны понимать их текущие и будущие потребности, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания. Данный принцип относится и к заинтересованным сторонам.

Организация должна проводить внутренние аудиты (проверки) через запланированные интервалы времени в целях установления того, что:

- а) СМК соответствует требованиям ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования» и требованиям к СМК, разработанным самой организацией;
- б) СМК поддерживается в рабочем состоянии и эффективно функционирует;
- в) запланированные мероприятия по совершенствованию СМК выполнены и оценены по их результативности и эффективности.

Программа аудитов (проверок) планируется с учетом статуса и важности процессов и участков, подлежащих аудиту, а также результатов предыдущих аудитов. Определяются критерии, область применения, частота и методы аудитов. Выбор аудиторов и проведение аудитов должны обеспечивать объективность и беспристрастность процесса аудита.

Для повышения эффективности проведения аудитов должна быть разработана документированная процедура для определения ответственности и требований, связанных с их планированием и проведением, ведением записей и составлением отчетов о результатах.

Записи об аудитах и их результатах должны поддерживаться в рабочем состоянии. Руководители, ответственные за проверяемые области деятельности, должны обеспечить, чтобы все необходимые корректирующие действия для устранения обнаруженных несоответствий и вызвавших их причин предпринимались без задержек. Последующие действия должны включать в себя верификацию предпринятых мер и отчет о результатах верификации.

Организация должна использовать подходящие методы мониторинга и, где это применимо, измерения процессов СМК. Эти методы должны демонстрировать способность процессов достигать запланированных результатов. Если запланированные результаты не достигнуты, то должны быть предприняты необходимые корректирующие действия.

Дополнительно необходимо осуществлять мониторинг и измерять характеристики продукции (услуг) в целях верификации соблюдения требований к продукции (услугам). Это должно осуществляться на соответствующих стадиях процесса жизненного цикла продукции согласно запланированным мероприятиям. Свидетельства соответствия критериям приемки должны поддерживаться в рабочем состоянии.

Таким образом, организация должна определять, собирать и анализировать соответствующие данные для демонстрации пригодности и результативности СМК, а также оценивания, в какой области возможно повышение ее эффективности. Анализ данных включает в себя:

- оценку удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- определение соответствия продукции (услуг) требованиям потребителей и других заинтересованных сторон;
- изучение характеристик и тенденций процессов и продукции (услуг), включая возможность проведения корректирующих действий;
- оценку взаимодействия с поставщиками.

Организация должна постоянно повышать результативность и эффективность СМК посредством использования политики и целей в области качества, результатов аудитов, анализа данных, корректирующих и предупреждающих действий, а также анализа со стороны руководства.

Корректирующие действия должны предприниматься в целях устранения причин несоответствий для предупреждения повторного их возникновения. Корректирующие действия должны быть адекватными последствиям выявленных несоответствий.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Лалаянц, И. 600 путей нейронов // Медицинская газета. – 2015. – 26 авг. (№ 63). – С. 13.

В последние 2-3 года все стали свидетелями революции в микроскопии живых клеток, расцвечиваемых флюоресцентными протеинами, что резко повысило её разрешение.

Известно, что нервные клетки не восстанавливаются, поскольку они не делятся, что, как выяснилось, не совсем верно, так как прекрасно делятся нервные стволовые клетки, дающие начало новым нейронам, благодаря которым даже в мозгу пожилых людей формируется новая память (пусть и не с той скоростью и эффективностью, как у молодых). В то же время мы являемся свидетелями увеличивающегося числа «колясочников», когда люди в результате спинно-мозговой травмы теряют способность ходить. Происходит это в силу нарушения целостности аксонов – нервных отростков клеток моторной коры, по которым идут «команды» о движении (сокращении тех или иных мышц). Аксоны высоко специализированы, поэтому не могут отвлекаться на помехи и «шум», от этого их защищают имеющие звездообразную форму астроциты, или клетки белого вещества. При перерывах отростков астроциты формируют рубец-шрам, блокируя рост аксонов. Нейробиологам ещё предстоит понять природу этого блока, чтобы научиться снимать его.

Интерфейс аксона и астроцитов мешает и регистрации электрической активности нейронов, поскольку электрод не может «припасть» непосредственно к клеточному телу. Это уменьшает разрешающую способность электродных исследований, которые важны для изучения нормальной и патофизиологии нервных клеток, испытания новых лекарств и т. д. Большой шаг в сторону избавления этого недостатка сделали специалисты Калифорнийского университета в Дэвисе, которые культивировали нейроны на подложке из пористого золота, в 3 раза снизив рост астроцитов. Тем самым было показано, что клеточный рост определяется не химией, а топографией поверхности материала.

В своё время очередную Нобелевскую дали за удивительное открытие клеточной активности в зрительных полях коры затылочной области, которое было сделано с помощью вживлённых электродов. Их погружение в толщу коры выявило «спуск» сигнала из верхних слоёв в нижние, причём клетки возбуждались в пределах довольно правильных цилиндров, что привело к мысли о функциональных «колонках». При этом оставалось непонятным, как импульсы распространяются дальше в направлении той же моторной коры, клетки которой определяют нашу двигательную реакцию на видимый сигнал (у вратаря при пробитии пенальти она сокращается с привычных 150 до 100 миллисекунд). Оставалось только говорить о неких «ассоциативных» полях, лежащих где-то между затылочной зрительной корой и моторной, располагающейся впереди.

Сначала учёные Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе с помощью флюоресцентных меток, вводимых в кору, проследили ход более 600 «линий связи» – корковых путей (paths), соединяющих различные участки коры одного и обоих полушарий. При этом в коре были выявлены как минимум четыре сенсомоторных подсетей (subnetworks), клетки которых интегрируют сенсорные сигналы, процессируют полученную информацию и «снабжают» ею моторные участки коры. Эстафету подхватили исследователи Тюбингенского и Амстердамского университета, а также флоридского Института нейробиологии в городе Юпитер. С помощью полученных ими результатов учёные опровергли давнишний взгляд на сугубо «колончатую» организацию коры, показав наличие в ней как минимум 10 типов клеток, которые действительно посылают сигналы в нижние слои коры. Нейроны последних, однако, посылают свои аксоны не только в вертикальном, но и в горизонтальном направлении, осуществляя тем самым связь между колонками. Учёные работали с клетками, получающими импульсы от вибрисс, или «усов», с помощью которых крысы в полной темноте определяют форму и положение встреченного предмета, его положение, а также характер окружения, в котором они оказались.

Авторы пишут, что им удалось выйти на новый уровень понимания организации коры, клетки которой перерабатывают сенсорную информацию, поступающую с органов чувств, а также кодируют её и передают по сетям. Пока они создали 3D-карту только одного весьма специфического вида чувствительности, в будущем же они надеются создать пространственную «дорожную карту» с отметками положения всех её видов. Их результаты могут оказаться полезными для создания новых 3D-чипов, о которых давно мечтают специалисты от микроэлектроники.

Ларин, И. Светолечение // Медицинская газета. – 2015. – 26 авг. (№ 63). – С. 13.

Молекулярная биология говорит, что белковые каналы, проводящие ионы, зачастую являются и рецепторами, которые «ухватывают» молекулы жизненно важных для клетки веществ. В сетчатке глаза нервные фоторецепторы реагируют не на молекулы или ионы, а на фотоны света, но в обоих случаях рецептор сам или помогает открыть ионный канал, и ток ионов возбуждает, или «успокаивает» нервную клетку (возбуждение/торможение). Но долгое время оставалось не ясным, каким образом молекулы нейромедиаторов-трансммиттеров доставляются из тела клетки, где они синтезируются, к синапсам. Потом были открыты динамические белки (кинезин, динеин), которые «продвигают» пузырьки-везикулы с тем же адреналином по нервным отросткам, а затем выяснили, что внутри последних идут тяжи микротрубочек (тубулей), построенных из белка тубулина. Так исследования подвели учёных к «моменту истины», с которого стало возможно воплощение накопленных данных в терапии.

Чуть ли не половина детей с врождённой глухотой страдают из-за мутации в гене TMC, кодирующем трансмембранный канал (Trans-Membrane Channel), ионный ток через который возбуждает слуховые нейроны внутреннего уха. В начале июля приложение Science опубликовало данные сотрудников Гарварда и Университета Вирджинии (в Шарлотсвилле), которые с коллегами из Политехнического училища Лозанны провели генную терапию у мышей линии «Бетховен», названной так за врождённую глухоту. Восстановление слуха у животных было осуществлено благодаря переносу гена с помощью вируса, «заражающего» нервные клетки AAV (обладающего нейротропизмом). Успешность генной терапии мышей оценивалась по тому, что они стали подсакивать при внезапном громком звуке.

Диагноз дислексии ставят обычно с появлением у детей трудностей в чтении. Известно также, что такие дети не «обращают внимания» на просодию, то есть не отличают ударные слоги (для них слова «писАть» и «пИсать» звучат одинаково, поэтому они и не различают их смысла). В свете этого и других расстройств развития мозга понятен интерес коллег к открытию учёными Кембриджа новой ранее неизвестной нейросети, нарушения в которой ведут к расстройству нормального чтения вслух, описание которой представлено в журнале «Труды АН США» (PNAS). Картирование коры у 26 добровольцев с помощью функционального МРТ показало, что главным для нормального чтения является передний отдел височной доли, в связи с этим вспоминается открытие мозговой GPS, за которое была вручена Нобелевская премия 2014 г. Пространственная ориентация связана с нейронами коры на полюсе височной доли, где «создаётся» карта путей между различными местами и выносятся решения о движении в том или ином направлении (вспомните картину «Витязь на распутье»).

Нейробиологическое приложение Nature поместило уточнение этого важного открытия, сделанное специалистами Калифорнийского университета в Сан-Диего. Оно касается роли коры, прилегающей к гиппокампу. Известно, что нейроны гиппокампа отвечают за память и в первую очередь поражаются при болезни Альцгеймера. Авторы полагают, что их уточнение вкупе с открытиями коллег окажутся очень полезными для создателей «мозговой» начинки роботов.

В заключение два слова об упоминавшихся микротрубочках нервных отростков. Тубулиновые трубочки формируют веретено деления, поэтому врачи для лечения рака используют растительные алкалоиды таксол и винкулин, блокирующие полимеризацию тубулина. Но таргетирование этих веществ оставляет желать лучшего, что проявляется в их нежелательных побочных эффектах. Специалисты Высшей нормальной школы Лиона и Мюнхенского университета предложили использовать фотофармакологию, а именно активацию модифицированных молекул алкалоидов – фотостатинов – с помощью лазера синего света или голубых светодиодов. На представленных авторами фото хорошо видно, что освещение приводит к резкому сокращению микротрубочек, при этом токсический эффект алкалоидов на свету оказывается в 250 раз больше, чем в темноте. Это обещает меньшие дозы химиотерапии и поражение печени, почек и стволовых клеток волос и костного мозга.

Нивкин, И. Трудоголики больше подвержены инсульту // Медицинская газета. – 2015. – 26 авг. (№ 63). – С. 13.

Согласно исследованию, в котором приняли участие более полумиллиона человек, вероятность инсульта выше у людей, проводящих за работой более 8 часов в день, сообщает британский медицинский журнал *Lancet*.

Данные исследования показали, что риск инсульта возрастает на 10% у тех, кто в среднем работает 48 часов в неделю, на 27% при 54 часах в неделю, и на 33% у тех, кто еженедельно проводит за работой более 55 часов.

Чем именно вызвана такая корреляция, учёные пока не выяснили, но, в частности, гипотезы рассматривают такие факторы, как повышенный стресс и отсутствие регулярного режима дня. По мнению экспертов, трудоголики должны внимательно следить за своим артериальным давлением.

Учёные разделили испытуемых на несколько групп. Среди тех, кто в среднем работал 35-40 часов в неделю, менее 5 человек из каждой тысячи пережили инсульт за десятилетие, говорит доктор Мика Кивимаки из Университетского колледжа Лондона. Среди тех, кто работает 55 часов в неделю и более, за тот же период инсульт перенесли 6 человек из тысячи.

Кивимаки тем не менее отметил, что исследование находится на ранней стадии и делать выводы пока преждевременно. По некоторым предположениям, продолжительные рабочие часы вызывают дополнительный стресс, к тому же длительное нахождение в сидячей позе негативно сказывается на здоровье и также может увеличить вероятность инсульта.

В то же время причиной повышенной вероятности инсульта может служить и ослабленное здоровье в целом, вызванное неправильным питанием и отсутствием упражнений. «Люди, работающие сверхурочно должны особенно стремиться к поддержке здорового образа жизни и избегать повышенного артериального давления», – сказал доктор Кивимаки.

– Длительные рабочие часы подразумевают проведение продолжительных периодов времени в сидячем положении, стресс, а также отсутствие времени для того, чтобы следить за собой, – сказал доктор Шамим Куадир из британской Ассоциации инсультов. – Мы советуем регулярно измерять давление. Если у вас есть какие-либо опасения по поводу риска инсульта, следует немедленно обратиться к врачу.

Доктор Тим Чико, консультант-кардиолог из Университета Шеффилда считает, что «многие из нас могут поменьше сидеть, побольше заниматься физической активностью, а также лучше питаться во время работы, что особенно важно для тех, кто проводит много времени за работой».

Лалаянц, И. Борьба с тромбами // Медицинская газета. – 2015. – 21 авг. (№ 62). – С. 13.

Неблагоприятное состояние окружающей среды и жизненные стрессы оказывают своё действие на сердечно-сосудистую систему, приводя к увеличению случаев тромбоза сосудов. И если с хроническими состояниями врачи с помощью системного применения антикоагулянтов, вводимых внутривенно или подводимых к участкам тромбирования с помощью зонда, неплохо справляются, проблема острого расстройства кровообращения, особенно сердечного и мозгового, весьма тревожит сосудистых специалистов и кардиологов.

Ишемические или геморрагические инсульты опасны не только своей острой стадией, но также и отдалёнными последствиями. На место гибели клеток устремляются клетки-«чистильщики» (scavengers – «мусорщики»), которые своими протеиновыми сигналами стимулируют развитие рубцов и шрамов. Последние менее эластичны, чем здоровые мышечные клетки, способные расслабляться и сокращаться, в результате чего зарубцевавшаяся стенка сердечной мышцы может дать расширение - аневризму, готовую разорваться в любую минуту и при малейшем напряжении. Отсюда понятно стремление учёных найти подходы к созданию клеточных терапий, но на пути к осуществлению этой мечты ещё очень много препятствий, связанных, прежде всего с недостаточно глубоким пониманием биологии мышечных и иных клеток организма.

Сотрудники Университета в Эрлангене, что вблизи Нюрнберга, выяснили, что в кардиомиоцитах вскоре после рождения исчезают центриоли, которые необходимы для формирования веретена деле микротрубочек, сокращение которых «разводит» хромосомы к

полюсам. В силу этого клетки сердечной мышцы теряют способность к делению и восстановлению, например, после инфаркта, вызываемого закупоркой венечного, то есть коронарного сосуда.

Для борьбы с закупоркой, или тромбозом сосудов, учёные предлагают использовать нанороботы («боты» на лабораторном жаргоне). Последний из вариантов представляет собой химически связанные наночастицы оксида железа («ржавчины»). Цепочки таких частиц с помощью внешнего «закрученного» (ротационного) магнитного поля можно сворачивать в достаточно жёсткие спиральки и подводить их к тромбу, в коем штопорообразные буравчики «прободают» отверстия, механически восстанавливая кровоток по сосуду. К процессу подключается также «разжижающий» кровь фермент плазминоген, завершающий лечение. Создатель ферромагнитных «ботов» Мин-Юн Ким, сотрудник Университета Дрекселя в Филадельфии (Drexel), возлагает на них большие надежды.

Однако намагничиваемые роботы, помогая спасти жизнь людей в острых ситуациях, не способны лечить тромбоз как системное заболевание, поэтому понятен интерес специалистов к сообщению, пришедшему из далёкой Австралии, где в Мельбурнском университете предложили принципиально иной подход к решению проблемы. Известно, что атеросклероз, проявляющийся в отложении холестеринаных бляшек, сужающих просвет сосудов, нарушает взаимодействие клеток крови и их поверхность. Это, в свою очередь, «активирует» тромбоциты, на которых появляются многочисленные молекулы белка интегрин, название которого говорит о том, что он отвечает за интеграцию клеток (нарушения в генах интегринов повышает риск метастазирования). Избыток интегрин стимулирует фермент тромбин, расщепляющий растворимый фибриноген, дающий длинные нити нерастворимого фибрина (эта столь необходимая для сохранения жизни система была нарушена у царевича Алексея, страдавшего гемофилией). Австралийские микротехнологи не гонялись за нанощкалой, поскольку клетки крови измеряются всё же микронами (мкм). Слои за слоем (LbL – Layer-by-Layer) они наращивали объём своих микросфер из полиметакрила (используемого для искусственных челюстей), диаметр которых в конечном итоге не превышал 1,4 мкм, что в 5 раз меньше поперечника эритроцита. В качестве наружного слоя был взят полиэтилен, соединённый с оксазолином (PEOx), в состав молекулы которого входят кислород и азот, откуда и название. PEOx оказался предпочтительнее широко применяемого полиэтиленгликоля (PEG), так как тот менее биосовместим с функциональными биомолекулами. Полиэтилоксазолин намного лучше «удерживает» (связывает) небольшие молекулы фрагментов моноклональных антител против интегрин тромбопластинок, использованных для функционализации микросфер.

Новые микросферные «борцы» с тромбами вводятся внутривенно и с кровотоком доставляются к месту закупорки, где сугубо локально связывают тромбоциты, а тромбин «высвобождает» – release – закреплённый в нижнем слое метакрила активный плазминоген. Выделение последнего способствует расщеплению фибрина и тем самым «растворению» тромба. Благодаря локальному «адресному» воздействию функционализированных микросфер снимается опасность возникновения кровотечений и кровоизлияний, столь характерных для введения биотехнологического – «чистого» – плазминогена, которого при данном способе лечения требуется значительно меньше, что удешевляет терапию. Можно надеяться, что два новых подхода продлят жизнь миллионам людей, погибающих сегодня из-за острого тромбоза сосудов.

Гвоздев, С. Современные технологии помогут онкобольным // Волжская коммуна. – 2015. – 27 авг. (№ 222). – С. 5.

Применение самых последних научных достижений и передовых технологий в онкологии важно, наверное, как ни в одной другой отрасли медицины. Согласно положениям федерального законодательства, с 2015 года большая часть высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) оказывается за счет средств обязательного медицинского страхования. Целью такого шага послужила необходимость создания полноценной одноканальной системы финансирования здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования.

Некоторые виды высокотехнологичной медицинской помощи, которая финансировалась из федерального бюджета, по Закону об охране здоровья граждан в 2014 году перешли в разряд специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, обеспечиваемой за счет

средств ОМС. ГБУЗ СОКОД с 2014 года оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь не только в системе федеральных квот, но и в системе ОМС.

Результат не заставил себя ждать: в 2015 году диспансер оказал на 60% больше медицинских услуг в рамках ВМП, чем в 2014 (соответственно, 910 и 576 госпитализаций). При этом объем услуг, которые оказываются в рамках ОМС, вырос в 4 раза (602 и 152 госпитализаций).

Специалисты ГБУЗ СОКОД уделяют большое внимание внедрению новых методов диагностики и лечения пациентов с онкологическими заболеваниями.

В их числе – КГ перфузия головного мозга, которая применяется в диагностике острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, безоперационный метод лечения доброкачественных новообразований щитовидной железы в отделении ИМДиЛ. Для дифференциальной диагностики опухолей паращитовидной и щитовидной желез в лаборатории изотопной диагностики введен метод двухэтапной комбинированной диагностики новообразований.

Среди современных морфологических методов исследования генетического статуса опухоли широкое распространение в практике имеет FISH-метод.

«FISH-метод позволяет оценить генетический статус отдельной клетки, – рассказывают в онкоцентре. – В числе его преимуществ – возможность исследования генетического материала в интерфазных ядрах, получение объективных результатов по принципу «да/нет», высокая разрешающая способность». Это высокотехнологичное исследование позволяет проводить уточняющую диагностику рака молочной железы с сомнительным HER-2 статусом для назначения таргетной терапии.

В лабораториях отдела клинических лабораторных исследований внедрены новые методы диагностики онкологических заболеваний: молекулярно-генетические исследования по количественному определению ДНК 12 типов вируса папилломы человека высокого онкогенного риска для оценки предраковых состояний и риска развития рака шейки матки; иммунохроматографический метод определения скрытой крови в кале для раннего выявления колоректального рака.

Также в этом году в отделении онкогинекологии впервые была выполнена операция - лапароскопическая расширенная экстирпация матки с транспозицией яичников при раке шейки матки. А пациентам онкоурологического профиля стало возможным выполнять внутритканевую лучевую терапию.

В последнее десятилетие увеличивается число выявленных злокачественных опухолей почки на начальных стадиях. В подобных ситуациях врачи делают все, чтобы, полностью удалив опухоль, сохранить орган. Это особенно важно, если у пациента, например, опухоли на двух почках или одна уже удалена.

«Решением проблемы риска нерадикального удаления опухоли и снижения функции почки после длительных резекций в условиях тепловой ишемии является выполнение хирургического вмешательства на удаленной из организма почке, подвергнутой консервации», – поясняют в онкоцентре.

До последнего времени такие пациенты могли пройти хирургическое лечение в специализированных клиниках Москвы и Санкт-Петербурга. Но в июле 2015 года подобная операция была проведена командой специалистов ГБУЗ СОКОД. Уникальную для Приволжского федерального округа операцию выполнил д.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе – М. О. Воздвиженский.

«Пациентка поступила в ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» с диагнозом: рак единственной правой почки и подозрение на метастаз рака в поджелудочную железу, – рассказывают в онкоцентре. – 28 июля в диспансере была выполнена симультанная экстракорпоральная резекция единственной правой почки с реимплантацией в контралатеральную подвздошную ямку, дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы. На 3 сутки после операции пациентка была переведена в отделение онкоурологии. При контрольном исследовании (УЗИ, КГ) и определении лабораторных показателей функция почки не нарушена, пациентка находится в удовлетворительном состоянии».

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.

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.

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 №141-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.

Артюхов, И. П. Здоровье профессорско-преподавательского состава вузов: проблемы и возможности управления (экспертная оценка) [Текст] / И. П. Артюхов, Н. А. Горбач, М. А. Лисняк // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – № 4. – С. 44-48.

В статье выявлены основные факторы, негативно влияющие на состояние здоровья преподавателей вузов («вредные привычки», «низкая личная ответственность за состояние собственного здоровья», «высокая рабочая нагрузка», «низкая физическая активность», «высокий уровень стрессовых ситуаций»), которыми можно управлять, используя внутренние (личностные) и внешние (административные) ресурсы. Определены направления охраны здоровья преподавателей («формирование здорового образа жизни», «совершенствование

профилактики заболеваний», «совершенствование организации психологической помощи»), а также мероприятия, способствующие улучшению здоровья преподавателей вуза («проведение мониторинга индивидуального здоровья сотрудника», «более углубленное обследование при проведении профосмотров» и «оснащение современной диагностической аппаратурой»).

Управление здоровьем преподавателей возможно за счет совершенствования профилактической помощи и организации психологической службы в вузе, обеспечивающих формирование личной ответственности за свое здоровье и помощь в преодолении психологических проблем, связанных с профессиональной деятельностью.

В современных условиях общественного развития возрастают требования к профессиональной компетентности и здоровью сотрудников в любой сфере деятельности. Однако следует подчеркнуть особую роль профессорско-преподавательского состава (ППС) вузов в выполнении миссии образовательного учреждения не только по подготовке высококвалифицированных специалистов для развития общества, но и по сохранению их здоровья. Здоровье является определяющим фактором развития профессиональной компетентности. Вместе с тем даже здоровье преподавателей медицинских вузов и организация медицинской помощи им вызывают озабоченность, так как среди них высока распространенность хронической патологии, формирующейся над влиянием комплекса факторов, включающих образ и условия жизни, на фоне постоянно возрастающих требований, ответственности и нагрузки. Были выявлены значимые проблемы и в состоянии здоровья ППС ведомственной вуза юридического профиля, который был выбран в качестве эталонного с максимальным уровнем здоровья, исходя из того, что при приеме на работу в ведомственный вуз осуществляется отбор по состоянию здоровья и профессионально-психологическим характеристикам. Следовательно, необходима оптимизация медицинской помощи ППС вузов, обоснование которой можно осуществить, опираясь на мнение экспертов.

Задачи исследования – оптимизация организации мероприятий по сохранению здоровья ППС вузов.

Исследование осуществлено поэтапно. На первом этапе было проведено пилотное исследование на базе КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Яснецкого. Было изучено мнение 18 экспертов, в качестве которых были приглашены члены диссертационного совета Д 208.037.03 по специальностям 14.01.11 – нервные болезни, 14.01.14 – стоматология, 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение, заведующие и профессора кафедр общественного здоровья и здравоохранения (ОЗиЗ) с курсом социальной работы, а также управления в здравоохранении Института последипломного образования. На следующем этапе были дополнительно сформированы 4 группы экспертов, включая представителей вузов Красноярск (руководящий состав, заведующие кафедрами, профессора и доценты – 32 эксперта), сотрудников кафедр ОЗиЗ медицинских вузов России (в основном заведующие кафедрами и профессора – 28 экспертов), организаторы здравоохранения (руководители учреждений здравоохранения Красноярск – 23 эксперта), сотрудников ведомственного вуза (руководящий состав, начальники кафедр – 13 экспертов). При формировании групп экспертов были соблюдены требования к их количественному составу и качественной однородности в соответствии с рекомендациями Е. Н. Шигана. Общее число экспертов составило 113 человек. Опрос экспертов осуществляли как при непосредственном контакте с ними, так и путем рассылки карт экспертного опроса по почте заведующим кафедрами ОЗиЗ медицинских вузов.

При подготовке и обработке материала использовали следующие методы: социологический (разработка информационно-регистрационных анкет – карт опроса экспертов, опрос экспертов), статистический, включая метод экспертных оценок.

Метод экспертных оценок был применен в классическом варианте. Карту опроса экспертов разрабатывали с учетом состояния здоровья ППС вузов оценивали в соответствии с критериями, исходя из подхода к интерпретации групп здоровья, предложенного Ю. П. Лисицыным: высокий уровень (отсутствие заболеваний, отличное самочувствие – I группа здоровья, здоровые), средний уровень (очень редкие заболевания, обычно хорошее самочувствие

– II группа, практически здоровые, с факторами риска), уровень ниже среднего (довольно частые заболевания или чувство нездоровья – III группа, больные в состоянии компенсации), низкий уровень (есть хронические заболевания, постоянно плохое самочувствие – IV группа, больные в состоянии декомпенсации).

В обязательном порядке по каждому вопросу определяли степень согласованности мнения экспертов по коэффициенту конкордации (W), рассчитанному по формуле, приведенной Е. Н. Шигапом, и оценивали его статистическую значимость по критерию χ^2 Пирсона. Коэффициент конкордации может колебаться от 0 до 1 (чем ближе коэффициент к 1, тем выше степень согласованности экспертов). Коэффициент считали статистически значимым, если искомое значение χ^2 превышало его табличный вариант при числе степеней свободы (n'), равном $n = 1$.

Для расчета показателей использовали компьютерную программу «Автоматизированная информационная система: Экспертные оценки. Блок анализа. (АИС «EXPERT-5»).

При анализе результатов опроса экспертов относительно уровня состояния здоровья ППС вузов было установлено, что почти у половины сотрудников уровень состояния здоровья ниже среднего и низкое.

Однако мнение данной группы экспертов не согласуется с результатами осуществленного ранее исследования самооценок здоровья эталонной группы ППС (была проанкетирована генеральная совокупность преподавателей ведомственного вуза). Отличным и очень хорошим (I группа здоровья) свое здоровье считали лишь $12,9 \pm 2,4\%$ преподавателей, хорошим (II группа) – $56,5 \pm 3,3\%$ посредственным (III группа) – $28,5 \pm 3,1\%$, плохим (IV группа) – $2,0 \pm 0,9\%$, тогда как по мнению экспертов, доля лиц I группы в 2 раза больше (23,3%). В то же время и доля IV группы (12,2%) определенная экспертами, в 6 раз превышала данные, полученные по самооценкам. Сложившуюся ситуацию во многом можно объяснить тем, что преподаватели ведомственного вуза являются аттестованными сотрудниками правоохранительных органов и при выявлении у них серьезных проблем со здоровьем признаются не годными к прохождению службы и подлежат увольнению.

Необходимость развития направления «совершенствование организации психологической помощи» обусловлена еще и значимостью вышеуказанного фактора «личная ответственность за состояние собственного здоровья», низкий уровень которого негативно сказывается на состоянии здоровья преподавателей, и в то же время, по мнению экспертов, он достаточно управляем. Следует подчеркнуть, что одним из основных факторов, по мнению экспертов, в формировании здорового образа жизни является «осознание личной ответственности сотрудника за свое здоровье».

Среди наиболее значимых медико-социальных мероприятий, способствующих улучшению охраны здоровья преподавателей вузов, экспертами были указаны «проведение мониторинга индивидуального здоровья сотрудника», «более углубленное обследование при проведении профосмотров» и «оснащение современной диагностической аппаратурой».

В рамках исследования был осуществлен анализ мнения экспертов относительно степени необходимости совершенствования форм организации медико-профилактической помощи преподавателям вуза. По мнению экспертов, в совершенствовании в первую очередь нуждаются именно профилактическая помощь (ранговые места 2,4-4,3) и санаторно-курортное лечение (ранговые места 2,6-3,8). Кроме того, эксперты обозначили необходимость совершенствования диагностического и лабораторного обследования (ранговые места 3,0-4,2) и амбулаторно-поликлинической помощи в целом (ранговые места 3,0-4,9). Необходимость совершенствования психологической помощи, по мнению экспертов, занимает срединное положение (ранговые места 3,4-5,2). На последние позиции эксперты вывели необходимость совершенствования деятельности регистратуры (ранговые места 4,8-6,2), а также стационара, как дневного (ранговые места 5,0-5,9), так и круглосуточного (ранговые места 5,4-7,3).

В процессе исследования на основании согласованного мнения экспертов были определены наиболее значимые психологические проблемы, связанные с профессиональной деятельностью, которые могут угрожать преподавателям вуза. Первые позиции занимают

«хроническое утомление» (ранговые места 1,7-3,6), «нарастающая неудовлетворенность характером работы» (ранговые места 2,7-3,9) и «профессиональная деформация личности» (ранговые места 2,8-4,1). Кроме того, возможны эмоциональные проблемы, такие как «повышенная раздражительность» (ранговые места 3,4-5,1) и «снижение настроения» (ранговые места 4,4-5,2), а также физиологические — «нарушения ночного сна» (ранговые места 4,5-5,4).

Таким образом, анализ результатов комплексного исследования с привлечением расширенного состава экспертов показал, что у значительной части ППС вузов уровень состояния здоровья ниже среднего и низкий. Выявлены основные факторы, негативно влияющие на состояние здоровья преподавателей («вредные привычки», «низкая личная ответственность за состояние собственного здоровья», «высокая рабочая нагрузка», «низкая физическая активность», «высокий уровень стрессовых ситуаций»), которыми можно управлять, используя внутренние (личностные) и внешние (административные) ресурсы.

Опираясь на согласованное мнение экспертов, определили направления охраны здоровья преподавателей вузов, которые нуждаются в совершенствовании в первую очередь («формирование здорового образа жизни», «совершенствование профилактики заболеваний», «совершенствование организации психологической помощи»), а также наиболее значимые мероприятия, способствующие улучшению охраны здоровья преподавателей вуза («проведение мониторинга индивидуального здоровья сотрудника», «более углубленное обследование при проведении профосмотров» и «оснащение современной диагностической аппаратурой»).

При формировании здорового образа жизни следует учитывать выявленные ведущие факторы, влияющие на мотивацию преподавателей вуза вести здоровый образ жизни («осознание личной ответственности сотрудника за свое здоровье» и «поощрение здорового образа жизни администрацией вуза»).

Управление здоровьем ППС вузов возможно за счет совершенствования профилактической помощи и организации психологической службы в вузе. При этом деятельность психологической службы должна быть направлена в первую очередь на формирование личной ответственности у преподавателей за свое здоровье, а также оказание помощи ППС в преодолении психологических проблем, связанных с профессиональной деятельностью («хроническое утомление», «нарастающая неудовлетворенность характером работы» и «профессиональная деформация личности»).

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>