

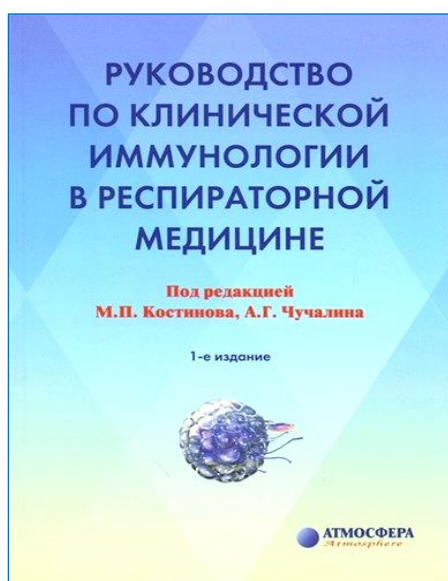


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№11 (ноябрь), 2021



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	23

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Пивень, Д. В. Что изменилось для медицинских организаций в связи с принятием нового Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности / Д. В. Пивень, И. С. Кицул, И. В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 9. – С. 4-10.

Знаковым годом для продолжающейся в течение последних нескольких лет реформы контрольно-надзорной деятельности стал 2021 год. Безусловно, произошедшие в сфере контроля и надзора изменения напрямую касаются как деятельности здравоохранения страны вообще, так и работы отдельных медицинских организаций в частности. Прежде всего, следует отметить кардинальное изменение и обновление нормативно-правовой базы, регламентирующей контрольно-надзорную деятельность. Принимая во внимание, что все без исключения медицинские организации в силу специфики своей деятельности практически постоянно находятся в поле зрения органов государственного контроля (надзора) в сфере здравоохранения, все руководители медицинских организаций должны быть хорошо сориентированы в произошедших изменениях.

В качестве основных документов в сфере государственного контроля (надзора), появившихся и/или вступивших в силу в 2021 году и имеющих принципиально важное значение для всех медицинских организаций, необходимо назвать следующие:

1) Федеральный закон от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» (далее Федеральный закон № 248-ФЗ о госконтроле);

2) Федеральный закон от 11.06.2021 № 170-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации»;

3) Постановление Правительства РФ от 29.06.2021 г. № 1048 «Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности»;

4) Постановление Правительства РФ от 30 июня 2021 г. № 1066 «О федеральном государственном контроле (надзоре) за обращением медицинских изделий»;

5) Постановление Правительства РФ от 29 июня 2021 г. № 1049 «О федеральном государственном контроле (надзоре) в сфере обращения лекарственных средств»;

6) Постановление Правительства РФ от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации».

В настоящей статье рассмотрены произошедшие в сфере контроля и надзора изменения применительно к обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской деятельности – главной составляющей в деятельности каждой медицинской организации. Конечно, прежде всего, указанные изменения отражены во вступившем в силу с 01.07.2021 г. Положении о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённом Постановлением Правительства РФ от 29.06.2021 г. № 1048 (далее Положение о госконтроле 2021). Остановимся на отдельных и очень важных положениях этого во многом новаторского документа, имеющих принципиальное значение для медицинских организаций.

В новом Положении о госконтроле 2021, в сравнении с предыдущим, которое, напомним, было утверждено Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152, более развёрнуто и подробно обозначен предмет государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности (далее Госконтроля (надзора)). А именно в нём сказано, что предметом Госконтроля (надзора) являются:

а) соблюдение медицинскими организациями (в том числе медицинскими работниками) ... обязательных требований в сфере охраны здоровья ... (далее – контролируемые лица), в том числе:

- прав граждан в сфере охраны здоровья;
- порядка оказания медицинской помощи, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, порядка проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
- стандартов медицинской помощи;
- порядка и условий предоставления платных медицинских услуг, за исключением обязательных требований, отнесенных к предмету федерального государственного надзора в области защиты прав потребителей;
- ограничений, налагаемых на медицинских работников, руководителей медицинских организаций, фармацевтических работников и руководителей аптечных организаций, при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- требований к предоставлению социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона «О государственной социальной помощи»;
- требований к обеспечению доступности для инвалидов объектов инфраструктуры и предоставляемых услуг в сфере охраны здоровья;
- соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи;

б) соблюдение лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности».

Указанные выше и подлежащие Госконтролю (надзору) требования отличаются от таковых, утверждённых ранее Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152, следующими новациями.

1. Если ранее осуществлялся Госконтроль (надзор) соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов оказания медицинской помощи, то сейчас в одном блоке наряду с порядками оказания медицинской помощи указано, что предметом Госконтроля (надзора), помимо этого, являются положения об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, правила проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных видов диагностических исследований, диспансеризации, диспансерного наблюдения. То есть спектр подлежащих контролю обязательных для соблюдения требований стал существенно шире.

2. Теперь в Положении о госконтроле 2021 установлено, что предметом Госконтроля (надзора) является также соблюдение установленного порядка и условий предоставления платных медицинских услуг. Отметим, что требования к предоставлению платных медицинских услуг являются весьма сложными и многоаспектными, что потребует от медицинских организаций максимально ответственного подхода к их соблюдению.

3. В новом Положении о госконтроле 2021 одним из предметов госконтроля определено соблюдение требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Напомним, что в утверждённом ранее Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 Положении о госконтроле речь шла только о Госконтроле (надзоре) за организацией и проведением внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. То есть ранее для контролирующих органов главным был сам факт наличия такого контроля в медицинской организации, не более того! Теперь же в рамках Госконтроля (надзора) будет проверяться выполнение требований конкретного

документа, а именно Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённых приказом Минздрава России от 31.07.2020 г. № 785н.

4. Принципиально важной новацией в Положении о госконтроле 2021 является и то, что к предмету Госконтроля (надзора) теперь отнесено «соответствие оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи». Напомним, что в настоящее время главным документом, регламентирующим работу с указанными критериями, является приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». В этой связи необходимо обратить внимание всех руководителей медицинских организаций на раздел II данного приказа, который называется «Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи». Именно в этом разделе определены критерии качества медицинской помощи, соблюдение которых прямо зависит от эффективности действий организаторов здравоохранения. Кроме того, часть утверждённых Минздравом России критериев практически полностью совпадает с отдельными позициями, являющимися теперь предметом Госконтроля (надзора) в соответствии с Положением о госконтроле 2021. Например, к таковым относятся: соблюдение стандартов медицинской помощи, порядка проведения диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров.

5. С 1 июля 2021 года в соответствии с Положением о госконтроле 2021 к предмету Госконтроля (надзора) отнесено соблюдение требований к предоставлению социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона «О государственной социальной помощи». На практике это означает, что Росздравнадзором теперь будет контролироваться обеспечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в соответствии со стандартами медицинской помощи необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения в объеме не менее, чем это предусмотрено перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, сформированным в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

6. Ещё одной важной новацией, которая получила своё отражение в Положении о госконтроле 2021, следует назвать то, что к контролируемым лицам теперь отнесены не только медицинские организации, как это было ранее, но и медицинские работники. В этой связи отнесение к предметам Госконтроля (надзора) указанного выше соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи представляется вполне обоснованным.

Как и в предыдущие годы, в Положении о госконтроле 2021 закреплено то, что Росздравнадзор в целях управления рисками причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям, а это в первую очередь – жизнь и здоровье граждан, при осуществлении Госконтроля (надзора) относит объекты контроля к одной из следующих категорий риска причинения вреда (ущерба) (далее – категории риска): а) чрезвычайно высокий риск; б) высокий риск; в) значительный риск; г) средний риск; д) умеренный риск; е) низкий риск. Периодичность проведения плановых контрольных (надзорных) мероприятий в отношении объектов контроля также, как и ранее, меняется в зависимости от присвоенной категории риска и варьирует от одного раза в календарном году для категории чрезвычайно высокого риска, до одного раза в шесть лет для категории умеренного риска. При этом в отношении объектов контроля, отнесенных к категории низкого риска, плановые проверки не проводятся.

Между тем, в том же разделе Положения о госконтроле 2021, где речь идёт о проведении плановых контрольных (надзорных) мероприятий, в соответствии с Федеральным законом № 248-ФЗ о госконтроле теперь указан и перечень видов контрольных (надзорных) мероприятий, одно из которых может быть реализовано органами Росздравнадзора в соответствии с установленной периодичностью Госконтроля (надзора). Определены следующие виды контрольных (надзорных) мероприятий: инспекционный визит; выездная проверка; контрольная закупка; документарная проверка. Характеристика и особенности осуществления Госконтроля (надзора) с учётом видов контрольных (надзорных) мероприятий прописаны в разделе IV Положения о госконтроле 2021. Кратко остановимся на некоторых из них.

Так, значительное внимание в организации контрольных (надзорных) мероприятий уделено фотосъемке, аудио- и видеозаписи. Указано, что в случае проведения или контрольной закупки, или выездной проверки, или инспекционного визита для фиксации доказательств нарушений обязательных требований могут использоваться фотосъемка, аудио- и видеозапись. При этом следует отметить, что фотосъемка, аудио- и видеозапись должны осуществляться с использованием служебного оборудования, о чем делается запись в документах, оформляемых по результатам контрольного (надзорного) мероприятия. Материалы, полученные в результате фотосъемки, аудио- и видеозаписи, прилагаются к документам, оформляемым по итогам контрольного (надзорного) мероприятия. Ещё одна важная деталь заключается в том, что фиксация нарушений обязательных требований при помощи фотосъемки должна производиться не менее чем двумя снимками каждого из выявленных нарушений обязательных требований. Проведение аудио- и видеозаписи в ходе контрольного (надзорного) мероприятия должно осуществляться с уведомлением в начале и в конце записи о дате, месте, времени начала и окончания осуществления записи. В ходе записи подробно фиксируются и указываются место и характер выявленного нарушения обязательных требований. На основании изложенного выше можно заключить, что к проведению фотосъемки, аудио- и видеозаписи, которые могут осуществлять надзорные органы, предъявляются весьма серьёзные требования. Необходимо отметить, что неукоснительное соблюдение указанных требований имеет важное значение как для надзорных органов, так и для медицинских организаций.

В разделе IV Положения о госконтроле 2021 представлен также перечень контрольных (надзорных) действий, которые осуществляют надзорные органы при проведении контрольных (надзорных) мероприятий. Необходимо отметить, что понятие «контрольные (надзорные) действия», осуществляемые при проведении контрольных (надзорных) мероприятий введено в Положение о госконтроле 2021 в соответствии с требованиями Федерального закона № 248-ФЗ о госконтроле. Так, при проведении выездной проверки и инспекционного визита могут совершаться следующие контрольные (надзорные) действия: осмотр, опрос, получение письменных объяснений, истребование документов. В ходе документарной проверки могут совершаться такие действия, как получение объяснений в письменной форме, истребование документов, экспертиза. Экспертиза также может быть проведена и при выездной проверке.

Следует подчеркнуть, что самая подробная характеристика и особенности проведения контрольных (надзорных) мероприятий, а также содержание осуществляемых при них контрольных (надзорных) действий представлены в Федеральном законе № 248-ФЗ о госконтроле.

Достаточно развёрнуто говорится в Положении о госконтроле 2021 и о контрольной закупке. В Положении о госконтроле 2021 чётко сказано, что контрольная закупка проводится в целях проверки соблюдения медицинской организацией порядка и условий предоставления платных медицинских услуг. При этом проводится контрольная закупка без предварительного уведомления контролируемого лица. А это, в свою очередь, должно определять режим постоянной готовности со стороны каждой медицинской организации, представляющей платные медицинские услуги, к проведению такой проверки. Контрольная закупка может проводиться с использованием почтовой связи, сетей электросвязи, в том числе сети Интернет, а также сетей связи для трансляции телеканалов и (или) радиоканалов (далее Дистанционная контрольная закупка). В ходе контрольной закупки может совершаться контрольное (надзорное) действие – осмотр. Крайне важно, что контрольная закупка (за исключением Дистанционной контрольной закупки) должна проводиться в присутствии 2 свидетелей либо с применением видеозаписи. В

случае необходимости в целях фиксации процесса контрольной закупки при ее проведении применяются фотосъемка, аудио- и видеозапись. Таким образом, Положение о госконтроле 2021 определяет целый блок требований к такому виду контрольных (надзорных) мероприятий, как контрольная закупка. Руководители медицинских организаций, т.е. руководители контролируемых лиц, безусловно, должны хорошо ориентироваться в указанных выше требованиях.

Впервые значительное внимание в Положении о госконтроле 2021 уделено профилактике рисков причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям. Как уже было отмечено выше, в первую очередь к данным ценностям относится жизнь и здоровье граждан. Этим вопросам полностью посвящён раздел III Положения о госконтроле 2021. Практически все положения данного раздела являются весьма значимой новацией не только для надзорных органов, но и для медицинских организаций, так как именно с ними по вопросам профилактики рисков причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям и будут взаимодействовать надзорные органы. Положение о госконтроле 2021 гласит, что «Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения может проводить следующие профилактические мероприятия:

- а) информирование;
- б) обобщение правоприменительной практики;
- в) объявление предостережения;
- г) консультирование;
- д) профилактический визит».

В отношении объявления предостережения в Положении о госконтроле 2021 сказано, что при наличии у Росздравнадзора сведений о готовящихся нарушениях обязательных требований или признаках нарушений обязательных требований и (или) при отсутствии подтвержденных данных о том, что нарушение обязательных требований причинило вред (ущерб) охраняемым законом ценностям либо создало угрозу причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям, Росздравнадзор объявляет контролируемому лицу предостережение о недопустимости нарушения обязательных требований (далее – Предостережение) и предлагает принять меры по обеспечению соблюдения обязательных требований. При этом оговаривается, что контролируемое лицо вправе в течение 15 рабочих дней со дня получения Предостережения представить в Росздравнадзор возражение в отношении указанного Предостережения. В указанном возражении контролируемое лицо должно обосновать позиции в отношении указанных в Предостережении действий (бездействия), которые приводят или могут привести к нарушению обязательных требований.

Очень важной новацией для всей системы отечественного здравоохранения является то, что в Положении о госконтроле 2021 закреплена обязанность Росздравнадзора проводить в качестве одного из профилактических мероприятий консультирование. Определён перечень следующих конкретных вопросов, по которым должностные лица Росздравнадзора осуществляют консультирование:

- а) наличие и (или) содержание обязательных требований в сфере охраны здоровья;
- б) периодичность и порядок проведения контрольных (надзорных) мероприятий;
- в) порядок выполнения обязательных требований в сфере охраны здоровья;
- г) выполнение предписания, выданного по итогам контрольного мероприятия».

Консультирование может осуществляться должностным лицом Росздравнадзора по телефону, посредством видео-конференц-связи, на личном приеме в ходе проведения профилактического мероприятия, контрольного (надзорного) мероприятия. Важно отметить, что в ходе консультирования не может предоставляться информация, содержащая оценку конкретного контрольного (надзорного) мероприятия, решений и (или) действий должностных лиц Росздравнадзора, а также результаты проведенной в рамках контрольного (надзорного) мероприятия экспертизы. Также следует иметь в виду, что по итогам консультирования информация в письменной форме контролируемыми лицами и их представителям не предоставляется, за исключением случаев поступления запроса о предоставлении ответа в письменной форме в сроки, установленные Федеральным законом «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

Ещё одной профилактической мерой, реализуемой надзорными органами в сфере здравоохранения, является профилактический визит. В Положении о госконтроле 2021 указано, что профилактический визит проводится инспектором в форме профилактической беседы по месту осуществления деятельности контролируемого лица либо путем использования видеоконференц-связи. В ходе профилактического визита контролируемое лицо информируется об обязательных требованиях, предъявляемых к его деятельности либо к принадлежащим ему объектам контроля, их соответствии критериям риска, основаниях и о рекомендуемых способах снижения категории риска, а также о видах, содержании и об интенсивности контрольных (надзорных) мероприятий, проводимых в отношении объекта контроля, исходя из его отнесения к соответствующей категории риска. Руководителям медицинских организаций необходимо знать, что Положением о госконтроле 2021 определены и обязательные профилактические визиты, которые в обязательном порядке проводятся в отношении:

а) объектов контроля, отнесенных к категориям чрезвычайно высокого, высокого и значительного риска;

б) контролируемых лиц, приступающих в течение одного года, предшествующего принятию решения о проведении обязательного профилактического визита, к осуществлению деятельности в сфере охраны здоровья (получивших лицензии, переоформивших лицензии в связи с осуществлением не указанных в ранее действовавшей лицензии работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность, и (или) осуществлением медицинской деятельности по адресу, не указанному в лицензии).

Необходимо отметить, что проведение обязательных профилактических визитов уже нашло своё отражение в Положении о лицензировании медицинской деятельности, утверждённом Постановлением Правительства РФ от 1 июня 2021 г. № 852.

Таким образом, на основании изложенного выше можно сделать следующие выводы.

7) Положением о госконтроле 2021 определён более широкий перечень вопросов, которые теперь являются предметом государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. А это, в свою очередь, требует максимально тщательной проработки и анализа Положения о госконтроле 2021 со стороны руководителей медицинских организаций.

8) Положение о госконтроле 2021 обеспечивает преемственность с Федеральным законом от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации», с одной стороны, и с Требованиями к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждёнными приказом Минздрава России от 31.07.2020 г. № 785н, с другой стороны.

Важнейшей особенностью Положения о госконтроле 2021 являются раскрытые в нём вопросы профилактики рисков причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям, к которым, в первую очередь, относится жизнь и здоровье граждан. Впервые профилактика рисков причинения вреда (ущерба) жизни и здоровью граждан закреплена для надзорных органов как важнейшее направление работы в сфере государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Кадыров, Ф. Н. Нормирование труда как один из эффективных инструментов управления медицинской организацией / Ф. Н. Кадыров, М. А. Иванова, А. М. Чилилов // Менеджер здравоохранения . – 2021. – № 9. – С. 88-93.

Вопросы нормирования труда приобретают все большую актуальность в связи с необходимостью решения обостряющихся кадровых и финансовых проблем на фоне продолжающегося распространения коронавирусной инфекции COVID-19, а также из-за предстоящего перехода на новую систему оплаты труда медицинских работников.

При этом нормирование труда может выступать как эффективный многоплановый инструмент управления персоналом медицинской организации.

Нормирование труда – право или обязанность организаций?

В соответствии с Трудовым кодексом работодателю предоставлено право установления норм труда. Статья 159 Трудового кодекса предусматривает применение систем нормирования

труда, определяемых работодателем с учетом мнения представительного органа работников или устанавливаемых коллективным договором. Это касается медицинских организаций как государственной, так и частной систем здравоохранения.

Вместе с тем, в отношении государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения Правительство Российской Федерации распоряжением от 26.11.2012 № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы» установило, что на уровне учреждений локальными нормативными актами должны быть утверждены с учетом мнения представительного органа работников системы нормирования труда в учреждении.

Таким образом, для государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения – нормирование труда является и правом, и обязанностью.

При этом нормирование труда отвечает и внутренней потребности медицинских организаций. Изменение медицинских технологий, широкая автоматизация и т.д. требуют пересмотра норм труда – как минимум в части норм численности, лежащих в основе штатных расписаний.

Нормирование труда выступает одним из методов повышения удовлетворенности пациентов организацией медицинской помощи и оптимизации деятельности медицинских организаций

Нормы труда как основа для разработки показателей и критериев оценки эффективности деятельности работников в рамках эффективного контракта

Особую значимость нормирование приобрело в связи с введением эффективного контракта: установление показателей и критериев оценки деятельности работников предполагало обоснование выбора и значения этих показателей, чему и должно способствовать нормирование.

Актуально нормирование с данных позиций и сейчас, особенно на фоне предстоящего перехода на новую систему оплаты труда. В связи с этим рассмотрим, как соотносятся между собой нормы труда с показателями и критериями оценки эффективности деятельности работников.

Показатели и критерии оценки эффективности деятельности работников используются для оценки работы сотрудника в целях начисления ему заработной платы (выплат стимулирующего характера). Нормы же труда – это мера труда – объем работы, обязательный для выполнения в рамках трудового договора.

Выполнение норм труда входит в обязанности работника, а достижение показателей и критериев не является обязательным (если иное не прописано в трудовом договоре с работником).

За невыполнение норм труда, как будет показано ниже, могут быть применены дисциплинарные взыскания. При недостижении показателей и критериев оценки деятельности работник получит меньший размер оплаты труда.

Оптимальным является установление объемных показателей и критериев оценки деятельности работников (хотя бы некоторых из них) на основании норм труда. Тогда достижение установленных значений показателей будет стимулироваться и дисциплинарными мерами (взысканиями) в рамках трудового законодательства, и материально (в рамках выплат стимулирующего характера при введении эффективного контракта). Стимулирование будет двусторонним, сочетающим как наказание (при невыполнении норм труда), так и поощрение (при превышении норм труда). Это является предпосылкой для достижения максимальной эффективности системы стимулирования.

Нормы труда как инструмент решения кадровых проблем.

Ключевая проблема, на решение которой были направлены «майские» Указы Президента 2012 года – улучшение кадровой ситуации в здравоохранении и других отраслях социальной сферы. В Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» четко определено, что программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда работников бюджетного сектора экономики принималась «в целях сохранения кадрового потенциала» (подпункт е) пункта 1).

Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» поручает Правительству Российской

Федерации разработать комплекс мер, направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей» (подпункт г) пункта 2).

Итак, цель принятия «майских» Указов – сохранение и улучшение кадрового потенциала, призванного обеспечить укрепление здоровья населения и т.д.

К сожалению, на практике часто приходилось сталкиваться с сокращением численности работников с целью повышения заработной платы оставшимся. Такие меры прямо противоречили целям, установленным Указами Президента.

Тем не менее, нужно быть реалистами. В условиях кризиса и недостатка финансовых средств зачастую не обойтись без определенных сокращений, проводимых в рамках «оптимизации» и т.д. Однако при этом необходимо, чтобы оптимизация была без кавычек – реальной, обеспечивающей повышение эффективности использования ресурсов и т.д., а не простым урезанием ставок. Сокращение кадров не должно привести к уменьшению доступности и качества медицинской помощи.

Можно ли решить проблему сохранения кадрового потенциала при сокращении численности работников? Как это ни парадоксально, можно. И способствовать этому во многом может как раз нормирование труда.

Кадровый потенциал можно оценивать по «головам» – по численности работников тех или иных должностей или специальностей (в том числе, в расчете на определенную численность населения, например, на 10 тыс. жителей). Но это будет лишь номинальный кадровый потенциал, не характеризующий реальную эффективность труда работников.

Но кадровый потенциал можно и нужно оценивать еще и по объему деятельности, который могут обеспечить сотрудники: количество посещений, исследований, УЕТ и т.д. в расчете на врача и/или средний медицинский персонал. Это будет реальный кадровый потенциал.

Если 9 оставшихся работников смогут выполнять тот или даже больший объем работы, что и 10 имевшихся ранее, реальный кадровый потенциал не сократится.

Нормирование как раз и позволяет в ряде случаев повысить нагрузку на законных основаниях за счет повышения интенсивности или производительности труда. Например, в случае пересмотра норм труда в связи с изменившейся технологией оказания медицинской помощи (компьютеризация, внедрение более совершенного оборудования, технологий, автоматизация технологических процессов в системе здравоохранения и т.д.).

Нормирование труда как инструмент «бережливого производства».

Применение принципов «бережливого производства», создание «бережливых поликлиник» (которые в последнее время официально именуется «новой моделью медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» – тренд последнего времени.

При этом принципы бережливого производства тесно связаны с нормированием труда. Действительно, «бережливое производство» по своей сути является формой проявления научной организации труда (НОТ), которую активно пытались внедрять в Советском Союзе. В этом смысле «бережливое производство» не несет ничего нового. Это «хорошо забытое старое».

Но это абсолютно правильный подход. Это западный (японский) подход к НОТ.

Безусловно, есть и некоторые отличия. Например, бережливое производство охватывает рационализацию использования не только трудовых, но и материальных и финансовых ресурсов. Научная организация труда затрагивает эти виды ресурсов лишь косвенно. Кроме того, принципы бережливого производства ориентируются в основном на сокращение расходов, на экономию. Между тем, повышение эффективности может быть достигнуто не только при сокращении, но и при увеличении расходов в форме правильно выбранных направлений инвестиций.

Научная организация труда – это процесс совершенствования организации труда на основе достижений науки и передового опыта. Термином «НОТ» характеризуют обычно улучшение организационных форм использования «живого труда» в рамках отдельно взятого трудового коллектива (например, организации) или общества в целом.

Научная организация труда, наряду с другими направлениями, включает в себя, в том числе и такие, как:

- нормирование труда (хронометраж и т.д.);
- оценку должностных обязанностей (введение профессиональных стандартов и т.д.);
- стимулирование работников (эффективный контракт);
- повышение квалификации (аттестация, аккредитация, непрерывное медицинское образование и т.д.)

В основе бережливого производства лежит определение основных типов потерь. Основная задача – исключить потери, тем самым оптимизировав процесс, сделать его более эффективным. Сократить потери – значит устранить все, что увеличивает затраты времени, денежных и материальных ресурсов, необходимых для выполнения работы.

И нормирование труда, являясь частью НОТ, одновременно выступает и одним из направлений выявления и сокращения потерь – в части использования трудовых ресурсов.

Обязанность работника выполнять нормы труда.

Нормирование труда является действенным инструментом повышения эффективности труда работников не только за счет рационализации трудового процесса, но и создания действенных механизмов воздействия на работника.

Стимулирование работников предполагает не только поощрение, но и меры негативного воздействия (наказания).

За невыполнение норм труда к работнику могут применяться дисциплинарные взыскания вплоть до увольнения.

Часть 5 статьи 81 Трудового кодекса определяет, что одним из оснований расторжения трудового договора по инициативе работодателя может быть неоднократное неисполнение работником без уважительных причин трудовых обязанностей, если он имеет дисциплинарное взыскание.

В соответствии со статьей 192 Трудового кодекса «за совершение дисциплинарного проступка, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, работодатель имеет право применить следующие дисциплинарные взыскания:

- замечание;
- выговор;
- увольнение по соответствующим основаниям».

Таким образом, за неисполнение работником трудовых обязанностей на него может быть наложено дисциплинарное взыскание в виде замечания или выговора, а при дальнейшем неисполнении трудовых обязанностей он может быть уволен.

Возникает закономерный вопрос: а является ли невыполнение норм труда неисполнением трудовых обязанностей?

Да, является. Во-первых, статья 21 Трудового кодекса, посвященная правам и обязанностям работника, устанавливает, что работник обязан выполнять установленные нормы труда. Поэтому невыполнение норм труда является неисполнением работником своих должностных обязанностей.

Во-вторых, целесообразно в заключаемом трудовом договоре с работником (в разделе, посвященном обязанностям работника) четко прописывать, что обязанностью работника является выполнение норм труда, оговаривая, что именно для данного работника является нормой труда (объем оказанных услуг в определенных единицах, стоимость оказанных услуг и т.д.), а также величину этих норм.

В случае же, когда на момент подписания трудового договора (дополнительного соглашения к трудовому договору) нормы труда для конкретных работников еще не были установлены, в трудовом договоре можно прописать, что «обязанностью работника является выполнение норм труда, устанавливаемых в соответствии с принятым в учреждении положением о системе нормирования труда». Когда положение о нормировании закрепит, что является

нормой для данного работника, и когда эта норма труда будет в установленном порядке за 2 месяца доведена до него, она станет обязательной для исполнения.

Тогда при невыполнении работником норм труда администрация будет иметь полное право применять меры дисциплинарного воздействия – вплоть до увольнения.

Указанные выше формулировки направлены на конкретизацию трудовых отношений с работниками, предполагая требования не просто выполнения определенной трудовой функции, но и указание на то, что именно включает в себя данная функция, а применительно к нормированию – еще и объем выполняемой работы. Нормирование труда позволяет более четко регламентировать трудовые отношения с работниками в части интенсивности их труда.

Однако при этом необходимо учитывать еще один нюанс: допустимость применения дисциплинарных взысканий определяется тем, насколько администрация учреждения обеспечила нормальные условия работы для выполнения норм труда. Статья 163 Трудового кодекса устанавливает: «Работодатель обязан обеспечить нормальные условия для выполнения работниками норм выработки. К таким условиям, в частности, относятся:

- исправное состояние помещений, сооружений, машин, технологической оснастки и оборудования;
- своевременное обеспечение технической и иной необходимой для работы документацией;
- надлежащее качество материалов, инструментов, иных средств и предметов, необходимых для выполнения работы, их своевременное предоставление работнику;
- условия труда, соответствующие требованиям охраны труда и безопасности производства».

Последствия невыполнения норм труда по вине работника и по вине работодателя различны.

Использование норм труда для введения сдельных систем оплаты труда.

Одна из проблем, с которыми часто сталкиваются государственные (муниципальные) учреждения, заключается в том, что системы оплаты труда, устанавливаемые на региональном уровне, зачастую не предполагают применения сдельных систем оплаты труда. Проблема может усугубиться при введении новой системы оплаты труда медицинских работников. Дело в том, что требования, устанавливаемые в рамках полномочий, предоставленных Правительству Российской Федерации в соответствии с частями 8 и 9 статьи 144 Трудового кодекса Российской Федерации, введенными в конце 2020 года, не упоминают возможности использования сдельных систем оплаты труда.

Между тем, при оказании платных медицинских услуг, а также в целом ряде случаев при работе в системе обязательного медицинского страхования, в целях стимулирования работников возникает необходимость применения сдельных систем оплаты труда.

Тем не менее, грамотное использование положений трудового законодательства позволяет в целом ряде случаев обойти эти ограничения. И способствовать этому может нормирование труда.

Часть 1 статьи 285 Трудового кодекса определяет, что оплата труда лиц, работающих по совместительству, производится пропорционально отработанному времени, в зависимости от выработки либо на других условиях, определенных трудовым договором. Таким образом, оплата труда совместителей может осуществляться:

- повременно;
- сдельно;
- в соответствии с другими системами оплаты труда, например, по так называемым бестарифным системам (в зависимости от финансовых показателей – в процентах от стоимости оказанных услуг, маржинального дохода и т.д.).

Это прямые нормы Трудового кодекса, которые не могут быть ограничены ни федеральными, ни региональными нормативными правовыми актами. Поэтому для

совместителей может быть установлена сдельная система оплаты труда. Учитывая, что платные услуги зачастую оказывают именно совместители (внутренние или внешние), это позволяет хотя бы для данной категории работников снять проблему ограничений по введению сдельных систем оплаты труда.

Однако наибольший интерес представляет часть 2 статьи 285 Трудового кодекса, которая определяет, что при установлении лицам, работающим по совместительству с повременной оплатой труда, нормированных заданий оплата труда производится по конечным результатам за фактически выполненный объем работ. Другими словами, даже если совместитель формально («де-юре») остается на повременной системе оплаты труда, при установлении ему норм труда (нормированных заданий) оплата труда может производиться в зависимости от объема выполненных работ – то есть, «де-факто», по сдельной системе. При этом объем работы может определяться в натуральных показателях, в условных единицах (УЕТы и т.д.), в стоимостных показателях.

Нормирование труда зачастую рассматривается лишь как инструмент установления рациональных норм труда. Между тем, нормирование труда – эффективный инструмент управления трудовыми и материально-техническими ресурсами.

В условиях высокой степени распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и дефицита медицинских кадров нормирование труда приобретает особую актуальность для оптимизации оказания медицинской помощи.

Зуенкова, Ю. А. Актуальные вопросы доказательного управления государственного и муниципального здравоохранения / Ю. А. Зуенкова, Д. И. Кича // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 9. – С. 11-20.

Доказательства эффективности и результативности принимаемых управленческих решений в здравоохранении любой системы или модели, играют важную роль в функционировании как отдельных медицинских организаций, так и системы здравоохранения в целом. В современном здравоохранении принятие клинических решений на основе доказательной медицины стало эталоном качества. Управление на основе доказательств имеет место в сфере финансов и маркетинга и выражается в виде соответствующих отраслевых инструментов и показателей. Отдельные финансовые и маркетинговые метрики применяются в управлении соответствующих структурных подразделений медицинских организаций. В то же время практика принятия управленческих решений на основе доказательств в сфере здравоохранения пока не описана, также как и ее методологический инструментарий.

Последние десятилетия ознаменовались широким притоком в систему здравоохранения управленческих инноваций из других отраслей, таких как машиностроение, маркетинг, финансы. Широкое распространение в западных странах получила концепция ценностно-ориентированного здравоохранения. С начала 2000-х в системах здравоохранения развитых стран применяется методология бережливого производства, основанная Таити Оно в 1943 и впервые примененная в машиностроительном производстве компании Тойота. Позднее эта методология была усовершенствована госкорпорацией Росатом и с 2016 года стала применяться в российском здравоохранении как проект «бережливая поликлиника».

В то же время анализ доказательной базы эффективности применяемых инструментов «бережливости» в медицине показал, что масштабных многоцентровых исследований на эту тему не проводилось. В научной литературе описаны главным образом небольшие пилотные проекты о повышении пропускной способности медицинских кабинетов и госпитальных палат, предлагаются мероприятия по быстрым изменениям без оценки последствий в долгосрочной перспективе. Число подобных публикаций стремительно росло на протяжении последних двух десятилетий.

Анализ доказательности публикаций показал, что из 177 статей, опубликованных по теме «бережливого подхода» в рецензируемых журналах за 10 лет, только в 34 анализировалось влияние на конечные результаты, и менее чем в трети использовался статистический анализ для оценки динамики конечных результатов. Авторы делают выводы о существующем разрыве

между числом публикаций и уровнем доказательности влияния методологии Lean в здравоохранении на конечные результаты.

В то же время в своей статье о доказательной эффективности различных инструментов менеджмента в медицине J. DtiliFraine et al. делает выводы, что улучшению клинических результатов после внедрения бережливой медицины посвящено только три работы, имеющих высокий уровень доказательности.

Аналогичная попытка адаптировать финансовую методику калькуляции затрат, предложенную в 1986 году R. Kaplan и M. Parter также не привела к успеху. Метод расчета затрат на основе временной активности фактически оказался слишком трудоемким и малоприменимым в здравоохранении с практической точки зрения, поскольку процессно-ориентированные методы учета затрат не масштабируемы, особенно в медицинских учреждениях со сложными или расходящимися путями пациента.

Приведенные выше примеры подчеркивают важность применения доказательного подхода при принятии управленческих решений в здравоохранении и необходимость разработки принципов и методов оценки управленческих инноваций из других отраслей для использования в практическом здравоохранении.

Концепция принятия управленческих решений на основе доказательств, или доказательного менеджмента, впервые была представлена в конце 1990-х годов. Идея управления на основе доказательств не является новой и берет свое начало от доказательной медицины. Также как и доказательная медицина, доказательный менеджмент скорее представляет собой образ мышления нежели конкретный академический предмет. Цель доказательного управления – поиск, оценка и внедрение результатов менеджмента, которые должны позволить улучшить медицинскую помощь, повысить эффективность и объективность управления в сфере здравоохранения.

Концепция «доказательного менеджмента» в законченном виде впервые была представлена в 2006 году Джеффри Пфедфером и Робертом Саттоном, профессорами Стэнфордского университета, на страницах журнала одной из лучших школ бизнеса «Harvard Business Review». Д. Пфедфер и Р. Саттон адаптировали удачный опыт использования доказательной медицины к управлению в здравоохранении и развили теорию менеджмента на качественно новом уровне. Авторы представляют подходы к поиску и применению надежной, проверенной информации, представляя аргументы в пользу достижения лучших результатов организации.

Согласно определению Центра доказательного менеджмента, управление на основе доказательств – это принятие кадровых, организационных и прочих управленческих решений в результате критической оценки информации, на основании совокупности наиболее достоверных научных данных, посредством четко сформулированных вопросов и с учетом мнений экспертов и прочих участников.

На сегодняшний день доказательный менеджмент признан наилучшим подходом к принятию решений. Тем не менее, согласно литературным данным, эта концепция не получила широкого распространения в здравоохранении. В отличие от концепции доказательной медицины, которая на сегодняшний день повсеместно применяется в клинической практике, попытки адаптации концепции доказательного менеджмента к сфере здравоохранения за рубежом оказались малоуспешны.

Kovner и другие сторонники доказательного менеджмента полагали, что практика принятия доказательных решений в здравоохранении должна улучшить показатели работы медицинских организаций.

Согласно исследованию, проведенному в 2016 г в США, около 90% руководителей медицинских организаций в той или иной степени руководствовались принципами доказательного менеджмента, тогда как согласно более раннему исследованию в 2006 г. большинство относились отрицательно к данной идее. Авторами была показана статистическая значимая связь между использованием доказательного подхода и отношением к данной идее. Практика использования доказательного подхода при принятии управленческих решений была более распространена среди руководителей высшего звена, нежели среди руководителей среднего звена.

Согласно тому же исследованию, размер организации и уровень принятия доказательных решений не имеют прямой зависимости. Средние по размеру организации с количеством сотрудников 100-300 человек реже использовали доказательный менеджмент, чем более мелкие и крупные организации. Вероятно, более высокий уровень принятия доказательных решений в небольших организациях был связан с необходимостью выживания или более высокой степенью управляемости.

Источники доказательств и уровень их доказательности – одна из ключевых проблем применения доказательного подхода в управлении здравоохранения. В отличие от доказательной медицины, где уровень доказательности источников напрямую связан с дизайном исследования, и где имеется ясная пирамида уровней доказательности, в менеджменте подобной иерархии источников доказательств нет.

Согласно исследованиям и опросам, на практике наиболее часто руководители используют собственный опыт и данные организации. Почти все руководители были единодушны во мнении, что пирамида доказательств, принятая в доказательной медицине, не подходит для менеджмента. Необходима адаптация пирамиды к реальной практике управления, а доказательства могут базироваться не только на данных исследований, но и прочих данных.

Наиболее часто (ежедневно и еженедельно) руководители медицинских организаций руководствовались собственным профессиональным опытом (87%), внутренними данными компании (84%), ценностями и мнениями стейкхолдеров (63%), мнением экспертов (50%).

По данным Ruiling et al (2017), кейс-стади (75%), данные научной литературы (75%), количественные данные (70%) и качественные исследования (68%) – доказательства, к которым руководители обращались раз в месяц и реже. Причем 35% опрошенных никогда не использовали для принятия управленческих решений результаты рандомизированных исследований, 13% никогда не используют систематические обзоры и мета-анализы, а 10% не используют кейс-стади и научные данные.

Несмотря на то, что решения руководителей медицинских организаций влияют на качество и безопасность медицинской помощи, удовлетворенность качеством медицинских услуг, эффективность работы медицинских учреждений, тем не менее российских публикаций, посвященных данной проблеме, мало. Отдельные статьи посвящены обзору международного опыта доказательного менеджмента, применению доказательного подхода к аккредитации специалистов здравоохранения, внедрению методического подхода к результативности руководителей коммерческих медицинских учреждений. Однако исследований практики применения доказательного подхода российскими руководителями медицинских организаций не проводилось, что определяет актуальность настоящего исследования.

Был проведен контент-анализ публикаций, посвященных изучению применения доказательного подхода в медицине. На основании контент-анализа и данных литературы были выделены ключевые гипотезы, на базе которых был составлен опросник для врачей. В рамках курса переподготовки врачей-руководителей по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в период с января по март 2021 года было проведено исследование руководителей медицинских организаций о доказательном подходе в формате онлайн-анкетирования. Онлайн-опросник был разослан руководителям — главным врачам и заведующим отделениями медицинских организаций государственной формы собственности из разных регионов России. В исследовании приняли участие 58 респондентов. Опросник был анонимный, состоял из общей и специальной частей. Общая часть включала вопросы о демографии респондентов, их опыте управления, образовании, размере медицинской организации. В специальной части оценивались осведомленность респондентов о доказательном подходе, их отношение к доказательной практике управления, источниках информации при принятии ими решений, выяснялось их мнение о роли корпоративной культуры в формировании практики доказательного управления. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы статистической обработки данных jamovi (Version 1.2). Перед анализом все данные были проверены на наличие пропущенных значений, выбросов и нормальности (где это уместно). Наблюдений с пропущенными значениями не было. Был проведен корреляционный анализ Спирмена для оценки взаимосвязей между практикой

использования доказательного подхода и демографическими характеристиками участников, характеристиками медицинской организации.

В рамках данного исследования респондентов спрашивали о том, чем они руководствуются при принятии управленческих решений. В частности им предлагались такие варианты как: «данные научной литературы», «внутренние данные организации», «мнение коллег», «собственный опыт», «интуиция», «мнение внешних экспертов отрасли», «опыт других организаций» и «реальные данные». Большинство респондентов 21 (36,2%) основывали свои управленческие решения на 3 источниках данных, 13 (22,4%) на четырех источниках, 10 (17,2%) на 5 источниках и только 3 (5%) руководителя принимали во внимание шесть источников информации. Данными научной литературы пользовались 22 (38%) человека, 33 (56,9%) использовали внутренние данные компании, 21 (36,2%) принимали во внимание мнение коллег, 47 (81%) руководствовались собственным опытом, 12 (20,7%) основывали свое решение на интуиции, 35 (60,3%) регулярно прибегали к консультации с внешними экспертами, у 22 (37,9%) решения базировались на бенчмаркинге, а 8 (13,8%) учитывали также «реальные данные».

Чем старше был возраст руководителя, тем меньше источников информации они принимали во внимание при принятии управленческих решений ($r = -0,292$, $p = 58$, $p < 0,032$), а также чем больше был опыт управления ($r_5 = 0,303$, $p = 58$, $p < 0,021$) и выше должность руководителя ($r = 0,244$, $p = 58$, $p < 0,065$), тем больше руководители полагались на собственный опыт, нежели на другие источники информации. Напротив, молодые руководители чаще прибегали к советам внешних экспертов ($r_5 = -0,267$, $p = 58$, $p < 0,042$) и опирались на «реальные данные» ($r = -0,244$, $p = 58$, $p < 0,065$). Характерно, что руководители, имеющие экономическое образование в дополнение к медицинскому, реже прибегали к консультациям с внешними экспертами ($r_5 = -0,288$, $p = 58$, $p < 0,028$).

Анализ не показал связи между профилем образования руководителей, их опытом и знанием концепции доказательного подхода в управлении.

Отношение к доказательному менеджменту.

Из опрошенных 29 (50%) респондентов были согласны с тем, что менеджмент должен базироваться на доказательствах, еще столько же выразили сомнение, что наличие доказательств всегда необходимо. 49 (84,5%) человек были согласны с тем, что принятие доказательных решений позволяет улучшить показатели работы. При этом, связь между результатами организации и принятием доказательных решений скорее отмечали более молодые руководители ($r = -0,298$, $p = 58$, $p < 0,023$).

В то же время 10 (17,2%) человек считали, что поиск доказательств негативно скажется на результате, поскольку решение не будет принято вовремя, 35 (60,3%) человек были лишь отчасти согласны с этим, а 13 (22,4%) полагали, что поиск доказательств не является препятствием успешному результату даже, если решение будет принято позднее.

Трудности в процессе принятия управленческих решений.

Наиболее сложным в принятии управленческих решений для большинства руководителей было использование данных на практике – так считали 29 (50%) опрошенных. 15 (25,8%) человек испытывали трудности с корректной интерпретацией данных, а 9 (15,5%) – со сбором данных. Еще 4 (6,9%) человека отметили, что наиболее сложно для них критическое осмысление ситуации, а 1 (1,7%) человек отметил сопротивление персонала.

Тренировка навыка принятия управленческих решений.

«Принятие взвешенных управленческих решений – навык, которому можно научиться», – так считали 53 (91,4%) руководителя. Лишь 5 (8,6%) человек отметили, что принятие управленческих решений – врожденное свойство личности.

Большинство респондентов – 51 (88%) – считали, что практика разбора кейсов (решения ситуативных управленческих задач) позволяет улучшить навык принятия управленческих решений. К такому подходу в образовании были более склонны руководители, имеющие дополнительное образование в области менеджмента (МВА или EMBA) ($r = 0,209$, $p = 58$, $p < 0,115$).

18 (31%) опрошенных регулярно обобщали свой управленческий опыт и делились выводами с коллегами, а привычка обобщать опыт была непосредственно связана с опытом руководителя ($r_5 = 0,214$, $p = 58$, $p < 0,107$). 27 (46,5%) респондентов обобщали опыт только для

себя и делали это лишь время от времени, 13 (22,4%) человек признали, что редко занимаются анализом результатов своих управленческих решений.

Роль корпоративной культуры в принятии управленческих решений.

Большинство опрошенных 44 (75,8%) признали важную роль корпоративной культуры в формировании привычки принятия решений на доказательной основе. 44 (75,8%) респондента считали, что в их организации недостаточно ресурсов для принятия взвешенных управленческих решений, 5 (8,6%) признали, что условия для принятия доказательных решения отсутствуют, 3 (5,1%) человека затруднились дать ответ и только 6 (10,3%) считали, что в их организации есть все условия для принятия решений.

Степень обучаемости организации и ее готовности к изменениям 12 (20,7%) опрошенных оценили как высокую или очень высокую, 34 (58,6%) сочли ее средней и 12 (20,7%) полагали, что обучаемость организации низкая. Примечательно, что руководители, имеющие большой опыт управления, чаще отмечали готовность организации к изменениям и обучению ($r_5 = 0,345$, $p = 58$, $p < 0,008$).

Решения принимаются постоянно, на всех иерархических уровнях общества и в повседневной жизни человека. Социальная сфера, такая как здравоохранение, является одной из наиболее сложных для оценки результативности и эффективности принимаемых решений. С другой стороны, негативные последствия неверно принятых управленческих решений ощущаются в здравоохранении наиболее остро и влекут за собой иногда необратимые последствия для общественного здоровья.

Управленческие инновации, доказавшие свою эффективность в определенной отрасли, не всегда могут быть с легкостью перенесены на другие сферы деятельности. Модели менеджмента требуют адаптации их к новой области деятельности и специфике отрасли. Большая часть данных об экономических и социальных явлениях отражает лишь отдельные моменты времени и редко раскрывает универсальные истины. Наш экономический, социальный и политический мир не статичен. Новые ситуации требуют их осмысления менеджерами.

Единственный способ избежать ошибки в управлении заключается в тщательном изучении результатов деятельности организаций, особенно причин их роста или падения. Такой анализ является базой принятия эффективных решений на основе доказательств. Но тогда возникает вопрос: «Как, в отличие от практической медицины, основанной на доказательствах, добывать подтверждения наиболее эффективных управленческих решений, какие показатели корректности выбора того или иного решения в управлении здравоохранением, взять за ключевые?»

Доказательный менеджмент как подход не ограничивается изучением статей, применением стандартов или управленческих процедур, которые можно выучить и воспроизвести. Менеджмент на основе доказательств – центральный вектор управления деятельностью организации, главной идеей которого является осмысленный подход руководителя к доступной информации с целью обеспечения эффективности и определения дальнейших действий.

Принятие доказательных управленческих решений требует учета и анализа множества факторов и оценок условий, в которых осуществляется процесс управления медицинскими организациями и их внутреннее состояние (на микроуровне) и процесс управления здравоохранением (на макроуровне).

При этом следует учитывать постулаты управления кадровыми, финансовыми и материальными ресурсами конкретного объекта управления, с учетом условий места и времени. В этом случае становится необходимым учет системного характера здравоохранения и «потенциала доказательств в соотношении с доказательствами потенциала» медицинской организации.

Понятие «доказательный менеджмент» наряду с «доказательной медициной» прочно входит в медицинскую практику и здравоохранение стран мира со времен второй половины XX века. В оценке доказательности принятия управленческих решений в сфере медицинской помощи, в отличие от практической медицины, задействованы такие компоненты, как критическая оценка опыта, интуиция, организационные и структурные факторы, ресурсы медицинской организации, внешние и внутренние условия.

Представленные данные – результаты первого в России исследования доказательного управления в муниципальном здравоохранении. В статье представлена существующая практика применения доказательного подхода при принятии управленческих решений руководителями медицинских организаций и исследована связь между практикой доказательного управления и демографическими характеристиками руководителей, характеристиками медицинской организации.

Настоящее исследование ставило задачу не только выявить связи между практикой доказательного управления и демографическими характеристиками руководителей, характеристиками медицинской организации, сравнив результаты с зарубежными данными, но также изучить роль корпоративной культуры, трудности при принятии решений и способы тренировки навыков управления.

Результаты показывают достаточно низкий уровень применения доказательного подхода в управлении здравоохранением среди российских врачей, причем образование не влияет на знание данного подхода. Анализ не показал связи между наличием второго экономического образования, степени MBA, EMBA и знанием концепции доказательного менеджмента. Результаты исследования позволяют говорить о необходимости реформирования системы непрерывного медицинского образования в области организации здравоохранения и включения доказательного менеджмента в образовательную траекторию руководителей медицинских организаций с целью повышения эффективности управленческих решений в государственном и муниципальном здравоохранении. Программы в области подготовки управленческих кадров в здравоохранении должны включать в себя кейсовый практикоориентированный подход к обучению, а руководителей необходимо обучать как поиску источников информации для принятия управленческих решений, так и правильной интерпретации данных, использованию их на практике. Анализ, обобщение результатов управленческих решений и обсуждение их с коллегами – важная часть как формирования управленческих компетенций, так и подготовки кадрового резерва.

При этом, для изменения профессионального поведения руководителей здравоохранения, реформирование образовательных программ должно дополняться поведенческим обучением, изменением социального сознания в пользу необходимости принятия решений на основе доказательств и фактов. Большая роль в трансформации управления отводится культуре медицинской организации, ее абсорбирующей способности и готовности к изменениям.

Иерархия наиболее популярных источников информации для принятия управленческих решений среди российских врачей оказалась сходна с аналогичными результатами исследования, проводимого в США – большинство руководителей опирается в первую очередь на собственный опыт, а в четверку наиболее популярных источников данных входят внутренние данные организации, научная литература, консультации экспертов.

Для развития единых принципов принятия решений в здравоохранении необходима разработка методологического инструментария и гармонизация подходов к использованию доказательной базы.

Цифровизация и информатизация государственного и муниципального здравоохранения очевидно будет способствовать накоплению данных для принятия управленческих решений. Все более широкое распространение в здравоохранении получают системы поддержки принятия клинических решений, которые вероятно должны быть дополнены в будущем функционалом, облегчающим принятие решений и в области управления.

К ограничениям данного исследования можно отнести небольшой размер выборки и ее низкую потенциальную репрезентативность, возможное некорректное толкование вопросов респондентами. Также коэффициент ранговой корреляции показывает слабую связь между признаками. Указанные ограничения требуют проведения более обширных и углубленных исследований вопроса доказательного управления в здравоохранении.

Иванов, А. В. Организаторы здравоохранения о возможности использования аутсорсинга в медицинских организациях / А. В. Иванов, Л. И. Меньшикова, Ю. В. Бурковская // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 9. – С. 34-46.

Эффективное управление всегда являлось одним из приоритетных направлений улучшения качества медицинской помощи в конкретной медицинской организации. Руководитель медицинской организации должен сочетать выполнение плановых показателей деятельности с рациональным использованием как финансовых, материально-технических, так и кадровых ресурсов. Помимо этого, ему приходится находить баланс между повышением качества предоставляемых услуг населению, оптимизацией деятельности медицинских организаций и неуклонным ростом затрат. Реформирование и модернизация здравоохранения позволили обратить внимание на новое для нашей страны направление – аутсорсинг в здравоохранении, которое достаточно давно и успешно используется за рубежом.

В настоящее время использование аутсорсинга остается таким же открытым вопросом, как и использование немедицинского персонала в медицинских организациях. Аутсорсинг не регламентирован российским законодательством, и поэтому возникает множество справедливых вопросов. Например, какие именно функции медицинской организации можно и нужно передать на аутсорсинг? Рационально ли функции, переведенные на аутсорсинг, укомплектовывать лицами с медицинским образованием, тем самым увеличивая дефицит медицинских работников в лечебно-диагностическом процессе? Многие процессы и вспомогательные функции осуществляются лицами с немедицинским образованием. Возможно ли передавать на аутсорсинг их деятельность? В первую очередь имеются в виду такие должности, как медицинский регистратор, IT-специалист, бухгалтер, повар, специалист по ремонту медицинского/немедицинского оборудования и др.

Соотношение числа административно-управленческого и вспомогательного персонала к основному персоналу, равно как и доля оплаты их труда в медицинских организациях, не должно превышать 40%. Если данный показатель превышен, то, несомненно, перевод функций определенного направления на аутсорсинг позволит держать его на регламентируемом уровне. Кроме того, аутсорсинговая компания берет на себя все вопросы, связанные с укомплектованием необходимым персоналом, выплатой заработной платы, что снимает с медицинской организации часть проблем. Цель данной работы заключается в изучении мнений организаторов здравоохранения о возможности перевода отдельных направлений деятельности медицинской организации на аутсорсинг.

Предметом исследования явились суждения организаторов здравоохранения о возможности использования аутсорсинга в медицинской организации. В рамках исследования было проведено социологическое исследование по специально разработанной анкете, состоящей из 2 блоков. Первый блок включал в себя вопросы о респонденте, во втором содержались вопросы по использованию аутсорсинга в медицинской организации. Анкета была модифицирована и валидизирована в ходе пилотного исследования. По характеру проведения исследование являлось не экспериментальным, аналитическим, с использованием индивидуальных данных, по времени – поперечным, одномоментным.

Включение участников исследования в выборочную совокупность осуществлялось методом квотной выборки по 5 статистическим параметрам: пол, возраст, образование, место работы, стаж работы. После проверки полноты и качества заполнения всех пунктов анкеты в исследование были включены 124 анкеты организаторов здравоохранения, имеющих высшее медицинское образование и стаж работы в сфере здравоохранения 10 и более лет.

Участники анкетирования были разделены на две группы: в первую (далее – 1 группа) вошли лица, принимающие управленческие решения, в количестве 54 человек (43,5% от общего числа анкетированных). В нее были включены руководители, заместители руководителей и заведующие отделениями медицинских организаций, а также сотрудники ФОМС. Вторую группу (далее – 2 группа) составили лица, не принимающие управленческих решений, всего – 70 человек (56,5%). В эту группу вошли врачи, имеющие подготовку по организации здравоохранения и общественному здоровью, профессорско-преподавательский персонал профильных кафедр медицинских ВУЗов и научные сотрудники.

Для изучения настоящей ситуации в медицинских организациях (далее – МО) и возможного прогнозирования с дальнейшими рекомендациями, респондентам задавались вопросы, касающиеся аутсорсинга в целом и их мнения об этом направлении в здравоохранении. Ответы респондентов по заданным вопросам анализировались как в целом в группе участников, так и в сравнении полученных результатов между двумя группами.

Анализ полученных результатов показал, что ответы участников, включенных в 1 и 2 группы, в основном, сопоставимы и показывают общее положительное отношение к аутсорсингу.

Респондентам был задан вопрос о возможности или невозможности передачи тех или иных функций, выполняемых медицинскими организациями, на аутсорсинг.

Большинство респондентов как 1, так и 2 группы отметили, что на аутсорсинг можно передать уборку территорий (94,4% (ДИ 95%: 86,0-102,9%) и 94,3% (ДИ 95%: 87,7-100,9%) соответственно). Также единодушно большинство респондентов считают, что на аутсорсинг можно передать охрану медицинской организации (93,5% (ДИ 95%: 88,4- 98,6%)). В 1 группе такой выбор сделали 96,3% (ДИ 95%: 87,8-104,7%), а во 2 группе - 91,4% (ДИ 95%: 84,8-98,1%) анкетированных.

Юридическое сопровождение деятельности медицинской организации можно передать на аутсорсинг по мнению 53,7% (ДИ 95%: 45,3-62,2%) участников группы и 41,4% (ДИ 95%: 34,8-48,1%) участников группы.

По мнению всех респондентов, нельзя передавать на аутсорсинг планово-экономическую деятельность (69,4% (ДИ 95%: 65,3-73,4%)). С этим согласны 70,4% (ДИ 95%: 63,7-77,1%) участников 1 группы и 68,6% (ДИ 95%: 65,3-73,4%) респондентов 2 группы. Мнения участников исследования, с выбором ответов более 50% из предложенных вариантов, представлены на рис. 4. Невозможность передачи на аутсорсинг ведение кадрового делопроизводства отметило 68,5% (ДИ 95%: 64,5-72,6%) всех респондентов, в 1 группе такое мнение у 72,2% (ДИ 95%: 65,5-78,9%), во 2 группе у 65,7% (ДИ 95%: 64,5-72,6%) участников.

Так 37,9% всех респондентов, 31,5% (ДИ 95%: 24,8-38,2%) участников 1 группы и 42,9% участников 2 группы (ДИ 95%: 33,8-42,0%) полагают, что такая функция как юридическое сопровождение не может быть передана компаниям-аутсорсерам.

Около трети всех респондентов считают, что уборку помещений не нужно передавать на аутсорсинг. Данное мнение сложилось у 33,3% (ДИ 95%: 26,6-40,0%) участников 1 группы и 31,4% респондентов 2 группы (ДИ 95%: 28,2-36,3%) (рис. 5).

Результаты исследования демонстрируют относительно схожий взгляд респондентов на те функции, которые можно и нельзя передавать на аутсорсинг в обеих группах.

Наиболее часто на аутсорсинг передают такие функции, как услуги прачечной (64,3% (ДИ 95%: 62,1-66,5%)), обслуживание медицинского оборудования (57,3% (ДИ 95%: 55,0-59,3%)), обслуживание автотранспорта МО (46,4% (ДИ 95%: 44,2-48,6%)), обслуживание немедицинского оборудования и коммуникаций (46,4% (ДИ 95%: 44,2-48,6%)), уборка территорий (35,7% (ДИ 95%: 33,5-37,9%)).

Если сравнить ответы на вопросы руководителей медицинских организаций о том, какие функции МО могут быть переданы на аутсорсинг, с тем, что уже фактически передано, можно сделать вывод о совпадении ответов. Таким образом, можно заключить, что значительная часть того, что может быть передано, в данный момент уже находится на аутсорсинге. Однако анализ влияния аутсорсинга на эффективность деятельности МО требует дополнительных исследований.

В последние годы в Российской Федерации постоянно проводятся реформы, направленные на совершенствование механизма управления здравоохранением; внедрения инноваций, ориентированных на увеличение технологичности процесса оказания медицинской помощи, оптимизацию кадрового состава медицинских организаций, в т.ч. с использованием механизма аутсорсинга.

Аутсорсинг весьма распространен в зарубежном здравоохранении в отличие от российской практики. Вместе с тем, аутсорсинг позволяет снять с медицинской организации часть неосновных функций, напрямую не касающихся медицинской деятельности, имеющих вспомогательное значение в оказании медицинской помощи. А.О. Боровик и О.А. Боровик (2014)

сравнили услуги медицинского аутсорсинга в развитых странах и в Российской Федерации, на основании чего ими были выделены самые популярные направления аутсорсинга в нашей стране: организация лечебного питания, транспортные услуги, работа с медицинскими отходами, услуги охраны, услуги прачечной, лабораторные исследования. Такие направления актуальны и сейчас, что подтверждается мнением организаторов здравоохранения, представленном в данном исследовании.

По мнению Д.М. Кочеткова (2016), руководитель должен понимать механизм внедрения аутсорсинга в своей организации, риски, положительные и отрицательные стороны, модели внедрения аутсорсинга. С.О. Каланджян с соавторами (2016) считают, что негативные стороны аутсорсинга могут заключаться в полной или частичной зависимости от той организации, которой были переданы определенные функции медицинской организации. В связи с этим может быть затруднено получение необходимой информации, связанной с этой функцией, возможны различные проблемы во взаимодействии с организацией-аутсорсером: резкое возрастание цен на услуги, низкое качество предоставляемых услуг, сложности в исполнении договора/контракта (рост цен, технические сбои и т.д.). Н.В. Алексеева и О.А. Воропинова (2019) подчеркивают, что явными преимуществами аутсорсинга являются экономия (средств, времени, ресурсов, обучения персонала), внедрение отлаженных практик и инновационных технологий, концентрация на основном виде деятельности и др.

Не менее важна и экономическая составляющая аутсорсинга, которая позволяет обеспечить максимум качества при минимуме затрат. По мнению Кочуровой Л. И. и др. (2020), организация, в данном случае медицинская, перераспределяет свои внутренние ресурсы (кадровые, финансовые и др.) в сторону того, на чем она специализируется, на оказание медицинской помощи и не тратит данные ресурсы на ту деятельность, которая необходима для функционирования, но не является основной. Любая организация должна провести экономический анализ обоснованности внедрения аутсорсинга.

Различные регионы нашей страны имеют как положительный, так и отрицательный опыт перевода ряда функций медицинской и социальной организации на аутсорсинг. Так, например, Шпанькова Е.В. (2012) описала практический опыт аутсорсинга питания на примере психоневрологического интерната. Были выявлены как достоинства передачи этой функции на аутсорсинг, так и недостатки. Преимуществом данного вида аутсорсинга стало перенаправление сэкономленных средств на другие необходимые нужды организации, передача всей ответственности за питание аутсорсеру. Отрицательным моментом при передаче питания на аутсорсинг являлась необходимость постоянного контролирования исполнения контракта, зависимость от аутсорсера, затруднения в получении необходимой информации, при неуспешном исполнении контракта значительные трудности при расторжении договора с компанией-аутсорсером, необходимости организации питания своими силами либо поиском нового аутсорсера.

По мнению участников данного исследования, организация лечебного питания не является популярным направлением, которое нужно передать на аутсорсинг. Эта позиция занимает 10 место из предложенных 16 вариантов. Анализ экономической составляющей переведенного на аутсорсинг питания пациентов медицинских организаций Башкирии в 2019 году показал, что приготовление пищи на пищеблоке поварами, состоящими в штате медицинской организации, обходится дешевле, а блюда получаются вкуснее и качественнее, что вызывает меньше нареканий от пациентов в отличие от питания, приготовленного компанией-аутсорсером. В то же время во Владимирской области отмечен положительный опыт перевода лечебного питания части медицинских организаций на аутсорсинг в 2019 году, что способствовало распространению такой практики в стационарах в 2020 году. Это помогло медицинским организациям сконцентрироваться на своей основной деятельности и значительно сэкономить средства бюджета.

Третье место в рейтинге направлений, которое можно передать на аутсорсинг, респонденты отдали услугам прачечной. Еще в 2011 году был описан как положительный (уменьшение затрат), так и отрицательный (увеличение затрат) опыт использования аутсорсинга в данном направлении в областных и центральных районных медицинских организациях Свердловской области.

Обслуживанию автотранспорта МО респонденты отвели четвертое место в рейтинге возможности передачи части функций на аутсорсинг. Наиболее показательным положительным примером в этом направлении является опыт Пермского края, Чувашии, Вологодской, Архангельской и Ульяновской областей, где, благодаря данной инициативе, был обновлен автопарк, урегулирована система оплаты предоставляемой услуги.

Календжян С.О., Ермакова С.Э. (2016), Боровик А.О., Боровик О.А. (2012) считают, что сущность аутсорсинга имеет два ключевых направления – экономия времени и затрат на предоставляемые услуги и возможность сосредоточиться на основной деятельности, тем самым повысив ее качество. А привлечение к партнерству частных компаний будет способствовать снижению определенной финансовой нагрузки на государственные структуры.

Конечно, существуют и определенные трудности при использовании аутсорсинговых компаний в медицинских организациях. Это и конфиденциальность информации о пациентах, врачебной информации, что усложняет внедрение сторонних IT-специалистов, обслуживание высокотехнологичного медицинского оборудования специалистами, не имеющими определенного уровня образования, а также деятельность, связанная со спецификой утилизации медицинских отходов. Однако эти проблемы можно решить подготовкой специалистов необходимого уровня и осуществления конкурентоспособных мотивационных тактик.

При принятии управленческого решения о передаче тех или иных функций МО на аутсорсинг руководитель в обязательном порядке должен провести тщательный анализ практического опыта других медицинских организаций. Таким образом, можно будет избежать проявления отрицательных сторон аутсорсинга, расширить его объемы и спектр функций, которые могут быть переданы компаниям-аутсорсерам, тем самым способствовать сосредоточению на профильной деятельности МО и повышению качества оказываемых услуг населению.

Выводы.

Большинство респондентов (66,1%) считают, что внедрение аутсорсинга в медицинской организации необходимо, поскольку это положительно повлияет на эффективность ее деятельности (39,6%), является новой тенденцией в управлении медицинской организацией (26,6%).

Участники анкетирования отметили, что на аутсорсинг можно передать такие позиции, как уборка территорий (94,4%), охрана медицинской организации (93,5%), услуги прачечной (91,1%), обслуживание автотранспорта медицинской организации и обслуживание немедицинского оборудования и коммуникаций (по 87,1%), обслуживание оргтехники (85,5%) и обслуживание медицинского оборудования (79,8%).

По мнению респондентов, нельзя передавать на аутсорсинг такие функции, как планово-экономическая деятельность (69,4%), ведение кадрового делопроизводства (68,5%), закупки/контракты (58,1%), ведение бухгалтерии (57,3%), юридическое сопровождение деятельности медицинской организации (37,9%).

Самыми распространенными функциями, которые в медицинских организациях уже переданы на аутсорсинг, являются услуги прачечной (64,3%), обслуживание медицинского оборудования (57,3%), автотранспортные услуги (46,4%), обслуживание немедицинского оборудования и коммуникаций (46,4%), уборка территорий (35,7%).

Сравнительный анализ мнений респондентов 1 и 2 групп о необходимости внедрения аутсорсинга в медицинских организациях, о процессах, которые можно/нельзя передавать на аутсорсинг, показал их сопоставимость и схожесть по всем вариантам предложенных ответов.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Манукиян, Е. Воздушная оборона : [бороться с коронавирусом помогут «электронные носы»] // Российская газета. – 2021. – 3 нояб. (№ 250). – С. 5.

Определять коронавирус можно будет в восемь раз быстрее благодаря новым тестам, которые разработали российские ученые. Например, сдать анализ и получить его результаты можно будет сразу на приеме у врача. А на вокзалах и стадионах установят специальные приборы – «электронные носы» для определения вируса в воздухе. Об этом «РГ» рассказал руководитель Центра постгеномных технологий при Федеральном медико-биологическом агентстве Герман Шипулин, где разработали устройство.

Что такое «электронный нос»?

Герман Шипулин: «Электронный нос» – так называется проект. Для того чтобы противостоять росту заболеваемости COVID-19, ученые нашего центра разрабатывают технологию обнаружения коронавируса за 10-20 секунд в воздухе. Доказано, что пациенты, которые инфицированы ковидом, выдыхают особые соединения. Человеку потребуется выдохнуть в специальный раструб, и «электронный нос» определит, болен он или нет. Если поставить такие «электронные носы» вдоль аэропорта, стадионов, на вокзалах, то можно будет формировать свободные от коронавируса пространства.

Как работают новые тесты и чем они отличаются от тестов ПЦР?

Герман Шипулин: ПЦР уже устаревает. Казалось бы, результат за полтора-два часа – скорость бешеная. Но пандемия показала, что этого недостаточно. Мы придумали, как ту же реакцию проводить за 10-15 минут по технологии *lamp* – изотермической амплификации нуклеиновых кислот. В отличие от доступных сегодня экспресс-полосок, определяющих коронавирус, наш быстрый тест максимально точный, потому что технология *lamp*, как и ПЦР, относится к молекулярной диагностике. Точно так же в биоматериале мы находим вирус, выделяем его РНК. Но отправлять анализ в лабораторию и долго ждать результата больше не нужно. Любой врач сможет выполнить этот тест самостоятельно в присутствии пациента.

Кроме этого у нас почти готов еще один тест нового поколения NGS – next generation sequencing секвенирование следующего поколения. Он поможет определить вирус или инфекцию, если пациент заболевает неизвестной болезнью. Пациент лежит в больнице, его лихорадит. Мы понимаем, что это инфекционная болезнь, но не можем определить, какая. Если брать метод ПЦР, то он направлен на поиск в геноме патогена определенного участка, то есть такой тест поможет ответить на вопрос: есть корона вирус или нет. Но если человек болен, а вирус не обнаружен, то придется искать другой патоген, использовать для этого другой тест, другие реагенты. А вот NGS сразу подскажет, что человек заражен и каким вирусом.

Допустим. Но сколько существует вирусов и бактерий? Разве возможно определить все с помощью одного теста?

Герман Шипулин: Нужно просто выбрать минимальное количество стартовых участков, которые встречаются в геномах максимального количества известных вирусов. В дальнейшем при секвенировании мы сможем для начала определить семейство, к которому вирус относится, маловероятно, что новый патоген будет не похож ни на какой известный. А дальше, если начинать читать геном со знакомых участков, можно прочитать – отсекувенировать – и геном неизвестного возбудителя.

Например, когда возник SARS-CoV-2, его легко было определить, потому что коронавирусы – хорошо изученное семейство вирусов. На самом деле вирусов и бактерий, действительно, гораздо больше, чем нам известно. Считается, что только один процент бактерий расшифрован из тех, что есть в природе. Сколько существует вирусов, неизвестно.

Директор Центра инфекций и иммунитета – профессиональный «охотник за микробами» Ян Липкин из Колумбийского университета рассказывал, как человек из Австралии поехал в Хорватию ловить рыбу, его там кто-то укусил, он вернулся в Австралию и умер. Поскольку он завещал свое тело для трансплантации, его органы и ткани пересадили шести пациентам, и все шесть человек умерли. Липкин расшифровывал этот случай и выявил до тех пор никем не описанный аренавирус.

Будут ли новые тесты доступны всем, появятся они в аптеках?

Герман Шипулин: В будущем технологии молекулярной диагностики, возможно, и будут доступными для простого потребителя. Например, тест на коронавирус по технологии lamp мы пытаемся воплотить в виде кружки-робота индивидуального пользования. Пока в аптеках эти тесты не появятся, так же, как нет сегодня в продаже ПЦР-тестов. Да, некоторые аптеки пишут на витрине, что продают ПЦР-тесты, но это от неграмотности аптечных работников. То, что они продают, к ПЦР не имеет отношения. ПЦР делается только в лаборатории с помощью специальных приборов.

Как новые технологии будут использоваться в лечении?

Герман Шипулин: Чтобы быстро подобрать правильное лечение пациенту. С помощью таких технологий можно моментально проанализировать геном бактерии, понять, какой антибиотик ее убьет, и назначить больному именно его. Сегодня лекарственную чувствительность определяют гораздо дольше, это делают с помощью посева: получают от пациента бактерии, высевают на среды с антибиотиками и так выясняют, какой антибиотик подавляет рост. Это долго, и бывает, что не высевается ничего. Наш метод не требует культивирования и позволяет почти сразу выявить устойчивость к тем или иным препаратам.

В дальнейшем можно будет прийти в поликлинику с ангиной и выбрать наилучший антибиотик против того стрептококка, который в горле. Понятно, что для ангины это сначала будет дорого, но расшифровку внутрибольничной инфекции в будущем мы видим таким образом. И это будет не только диагностика пациентов, но и расследование эпидемических вспышек. Мы сможем сказать по геномным маркерам, как патоген попал в больницу, и направить больничных эпидемиологов на борьбу с конкретным возбудителем, который циркулирует в клинике или принесен случайным пациентом. В будущем молекулярная диагностика может полностью вытеснить бактериологию.

Когда уйдет коронавирус и ждать ли новых пандемий?

Герман Шипулин: Коронавирус, скорее всего, станет сезонным заболеванием. Раз в год от него нужно будет делать прививку. Самый главный урок пандемии в том, что мы должны заранее готовиться к следующим, которые неминуемо случатся. Есть только один простой путь подготовиться к ним – это создание коллекций патогенных микроорганизмов и заблаговременная разработка новых средств диагностики, профилактики и лечения еще не проявившихся, но в то же время потенциально опасных инфекций.

Дубов, Г. В России начали разработку собственной РНК-вакцины против COVID-19 // Медвестник. – 2021. – 17 нояб. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-nachala-razrabotku-sobstvennoi-RNK-vakciny-protiv-COVID-19.html> (дата обращения: 18.11.2021).

В центре микробиологии Роспотребнадзора начали разрабатывать РНК-вакцину против COVID-19. Схожая технология используется в вакцинах Moderna и Pfizer.

В Государственном научном центре прикладной микробиологии и биотехнологии (ГНЦ ПМБ) Роспотребнадзора начали разработку РНК-вакцины против COVID-19. Об этом сообщил директор центра Иван Дятлов на президентском совещании по развитию генетических технологий 17 ноября.

«При разработке живой вакцины против сезонного гриппа создан ряд рекомбинантных клонов для получения четырехвалентной живой инактивированной гриппозной вакцины. Для ряда вакцин также получены перспективные генно-инженерные белки: и крымской геморрагической лихорадки, и для компонента отечественной РНК-вакцины против ковида», — сказал Дятлов.

На основе мРНК-технологий созданы вакцины против COVID-19 производства Pfizer и Moderna.

Одна из приоритетных задач ГНЦ ПМБ – создать производство компонентов системы генетического редактирования для исследовательских работ и конструирования новых

препаратов, отметил Дятлов. В России уже создан ряд продуцентов ферментов, разработаны схемы организации выпуска препаратов.

«Если мы создадим систему производства компонентов системы CRISPR-Cas, то есть генетического редактирования, мы можем, например, на 70% уменьшить стоимость проведения этих работ. Пока все импортное», – отметил Дятлов.

Пимшин А. Космические технологии в хирургии // Медицинская газета. – 2021. – 10 нояб. (№44). – С. 11.

В Национальном медицинском исследовательском центре травматологии и ортопедии им. Г. А. Илизарова провели первую в регионе операцию по установке искусственного межпозвонкового диска.

Нейрохирурги взяли на вооружение технологию по замене дегенерирующего межпозвонкового диска на искусственный имплантат. Первым пациентом, прооперированным по новой методике, стал 22-летний Расул Ахьядов из Чеченской Республики. Молодой человек более шести лет страдал прогрессирующими болями в поясничном отделе позвоночника. Проведённая операция по удалению межпозвонковой грыжи не остановила дегенеративные изменения, болевой синдром усиливался. Из-за постоянной боли он не мог пройти более 5 м.

«Сейчас чувствую себя отлично, могу лежать в любом положении, боли прошли. В планах вернуться к спорту. Я с самого детства играю в футбольной команде, даже участвовал в соревнованиях. Но из-за грыжи пришлось прекратить», – говорит Расул.

Стоит отметить, что операции по установке искусственного межпозвонкового диска показаны для молодых, активных пациентов и даже для профессиональных спортсменов.

«Это можно назвать либо физиологической хирургией, либо активной хирургической реабилитацией. Суть в том, что молодым пациентам трудоспособного возраста, которые ведут активный образ жизни, максимально сохраняют амплитуду физиологических движений после операции. Пациенты не нуждаются в длительной реабилитации, и могут быстро вернуться к привычному образу жизни, и даже заниматься активными видами спорта», – подчёркивает и. о. директора центра кандидат медицинских наук Александр Бурцев. Протез диска представляет собой две титановые пластины, между которых расположено ядро, состоящее из эластичного полимера. Специалисты уточняют – при создании данного девайса были использованы передовые космические технологии.

«Этот диск имитирует весь спектр движений обычного нормального человеческого диска во всех шести плоскостях, что подтверждено исследованиями. Мы впервые смогли имплантировать искусственный диск поясничного отдела позвоночника пациенту молодого возраста, чтобы он в ближайшее время смог вернуться к активному ритму жизни», – отметил руководитель клиники патологии позвоночника и редких заболеваний центра кандидат медицинских наук Алексей Евсюков.

Неотъемлемая часть конкуренции // Медицинская газета. – 2021. – 10 нояб. (№44). – С. 13.

«Беспокоящие» варианты коронавируса действительно не дают покоя врачам и учёным (VOC – Variants Of Concern). Неудивительно на этом фоне, что их внимание привлекло сообщение сотрудников Университета Вандербильта (США), которые создали новые антитела с высокой потенцией нейтрализации VOC альфа-дельта и распознавания их спайков. Для этого они с помощью криоэлектронного микроскопа выявили очень консервативный эпитоп, или неизменный участок белковых «шпилек» вирусной оболочки. Это дало возможность идентифицировать в крови переболевших моноклональные антитела весьма широкого спектра анти-вирусного действия.

ВОЗ сообщила о создании новой группы экспертов с заданием всё же выяснить происхождение «нынешнего» коронавируса, о чём сообщил Scientist. Новость пришла на фоне сообщений о том, что на севере Лаоса обнаружили летучих мышей *Rhinolophus* с коронавирусом,

который генетически является ближайшим родственником COVID-19. Scientist задался и вопросом, что в иммунном ответе пациентов ухудшает тяжесть вирусного заболевания. Это важно на фоне того, что британская молодёжь проявляет весьма малый интерес к прививкам юношеским вариантом вакцин. Возможно, что нежелание тинейджеров вакцинироваться как-то связано с мнением, что лёгкое инфицирование вирусом их как-то защищает от болезни. Подтверждение этому пришло из Гарварда, где выяснили, что перенесённая инфекция COVID-19 действительно защищает макак резус от реинфицирования вариантами вируса.

В далёком 2005 г. Каталин Карико и Д. Вейсманн представили свой метод «защиты» вводимых в клетки РНК от реакции на них клеток первой – неспецифической – линии иммунной обороны (Immunity). Указанный подход лег в основу создания двумя компаниями РНК-вакцин. Одна из них называется modeRNA (известна как «Модерна») и базируется рядом с Гарвардом в Кембридже близ Бостона, другая же основана в 1949 г. в Нью-Йорке и называется Pfizer. Scientist представил большой обзор сравнительных характеристик вакцин двух компаний, которые обе высоко эффективны.

Однако они отличаются липидными оболочками наночастиц, в полость которых помещается информационная, или modeРНК, несущая информацию о синтезе спайкового белка вируса. Результаты вакцинирования указанными продуктами показывают обретение несколько отличающейся, но всё равно высокой антительной концентрации, а также различие в реакции иммунных клеток (Т-лимфоцитов хелперов и натуральных киллеров). Специалистов должен заинтересовать этот обзор, иммунным же биоинженерам будет интересен данный метод получения самых разных вакцин уже в ближайшем будущем.

Мещерский, А. Ультратонкий подход : [освоен новый метод удаления камней из жёлчного пузыря без хирургического вмешательства] // Медицинская газета. – 2021. – 17 нояб. (№45). – С. 5.

В Республике Дагестан под руководством главного научного сотрудника научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова доктора медицинских наук Станислава Будзинского прошла уникальная операция. Во время мастер-класса, посвящённого эндоскопической пероральной транспапиллярной холангиоскопии, он вместе с коллегами из Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи (Махачкала) впервые в России применил новейший ультратонкий эндоскоп и электрогидравлическую литотрипсию для расщепления и удаления крупных конкрементов не только из жёлчного протока, но и из жёлчного пузыря.

«Одноразовый ультратонкий аппарат диаметром 3 мм проводится через инструментальный канал обычного эндоскопа и доставляется к тому месту в двенадцатиперстной кишке, куда впадают протоки печени и поджелудочной железы. Дальше через него под визуальным контролем в просвет жёлчного протока вводится волокно для электрогидравлической литотрипсии и выполняется дробление камней с последующим эндоскопическим удалением их фрагментов, – говорит Станислав Александрович. – Ультратонкий аппарат фактически дублирует обычный эндоскоп: у него есть рабочие винты, каналы для подачи жидкости и проведения инструментов, в том числе щипцов для взятия биопсии, микрокорзинки для извлечения камней или зондаволокна для выполнения контактной литотрипсии. Все они достигают не более 1,2 мм в диаметре».

Первоначально специалистами планировалось дробление двух крупных камней лишь в жёлчном протоке. Однако в процессе операции они обнаружили ряд осложняющих моментов, что увеличило продолжительность вмешательства со стандартных 1-1,5 до 3,5.

«Нам предстояло раздробить в жёлчном протоке два крупных камня диаметром 15 и 20 мм. Но после их фрагментации и удаления полученных осколков во время контрольного осмотра билиарного тракта мы выявили у пациента соустье между жёлчным протоком и жёлчным пузырём. Так называемый синдром Мириззи, – объяснил С. Будзинский. – Это очень сложная клиническая ситуация, при которой через пролежень камни могут мигрировать из жёлчного пузыря в проток и обратно. Проведя ультратонкий эндоскоп через это отверстие в жёлчный

пузырь, нам удалось найти ещё 4 камня диаметром 20-27 мм. Посредством их поочерёдного дробления с помощью электрогидравлического литотриптора и удаления полученных фрагментов мы добились полной санации не только жёлчных протоков, но и просвета пузыря».

Специалист подчеркнул, что подобные малоинвазивные вмешательства ранее в нашей стране не проводились.

«В мировой практике нам не удалось пока найти описания такого способа лечения пациентов в столь сложной клинической ситуации, – добавил главный научный сотрудник лаборатории.

– Были варианты извлечения камней с помощью этого эндоскопа из жёлчного пузыря, но речь шла либо о единичных конкрементах, либо о совсем небольших. Мы же столкнулись со множеством крупных билиарных камней».

Теперь специалисты собираются обнародовать результаты своей работы на российских и зарубежных научных площадках.

«В медицинской практике при лечении крупного холедохолитиаза также возможно применение другого альтернативного малоинвазивного метода (дистанционной ударно-волновой литотрипсии), который является достаточно эффективным, когда речь идёт об одном крупном камне. Правда, обычно требуется 2-3 сеанса дробления – длительная процедура, – подчеркнул С. Будзинский.

– Но когда мы встречаемся со множеством конкрементов, процесс может растянуться и на 10 сеансов с перерывом в день-два между ними. А значит, пациент рискует задержаться в больнице на длительный срок. Кроме того, после контактной литотрипсии с применением электрогидравлики или лазера у больных возникает меньше осложнений».

На вопрос, почему в России ранее не применялся такой эффективный и современный способ лечения, специалист ответил, что это связано с новизной аппаратуры, её стоимостью, а также нехваткой специалистов высокого уровня, занимающихся данным разделом эндоскопической хирургии. Чтобы овладеть подобной «тонкой методикой», как охарактеризовал её С. Будзинский, требуются определённый набор знаний и достаточный опыт работы с данным оборудованием. Он подчеркнул, что в последние годы сам способ применения ультратонкого эндоскопа при лечении патологии жёлчных и панкреатических протоков постепенно начинает внедряться в клиническую практику, в том числе в настоящее время есть в наличии примерно в 20 клиниках страны.

Кислород всегда необходим // Медицинская газета. – 2021. – 17 нояб. (№45). – С. 14.

Китайскими учёными Хуачжунского университета науки и технологий разработаны фотосинтезирующие наночастицы, которые помогут спасти жертв инсульта, подпитав ткани их мозга кислородом. Это предотвратит массовую гибель нейронов и улучшит работу мозга впоследствии (произойдёт стимуляция роста новых сосудов).

Частицы испускают кислород при облучении инфракрасным светом. Известно, что без кислорода нейроны могут прожить всего 6-7 минут. Следовательно, в зонах, где было нарушено кровообращение, наблюдается массовая гибель клеток. Примечательно: многие клетки погибают уже после восстановления циркуляции кислорода. Как было показано, этого можно избежать, если снабдить клетки мозга кислородом с помощью наночастиц, наполненных колониями цианобактерий. Данные бактерии захватывают углекислый газ из окружающей среды и превращают его в кислород. И для этого им нужен только свет солнца. Таким образом, если подсветить бактерии, они начнут свою работу, даже находясь в тканях тела.

Наночастицы использовались как капсула, одновременно вмещающая бактерии, преобразующая ИК-излучение в другой тип света и не дающая потенциально опасным продуктам жизнедеятельности бактерий проникать в среду тела. Систему проверили на культурах нейронов и грызунах с искусственно вызванным инсультом.

Оказалось, наночастицы прекрасно выполняют свою работу – количество выживших нейронов увеличивалось почти в 2 раза в культуре клеток, а объём и площадь повреждённых участков мозга у мышей сократились на 51 и 60% соответственно. Наночастицы продолжали улучшать работу мозга и после того, как кровоснабжение было полностью восстановлено. Видимо, они уменьшали воспаления и способствовали росту новых сосудов.

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://miac.samregion.ru> – баннер «Заявка в библиотеку», «Виртуальная справочная служба»), по электронному адресу sonmb-sbo@miac.samregion.ru

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – четверг: с 9.00 до 18.00

Пятница: с 9.00 до 17.00

Суббота – воскресенье – выходной день

☎ (846) 979-87-90 – заведующий библиотекой

☎ (846) 979-87-90 – обслуживание читателей

☎ (846) 979-87-91 – справочно-библиографическое обслуживание

Сайт: <http://miac.samregion.ru>