

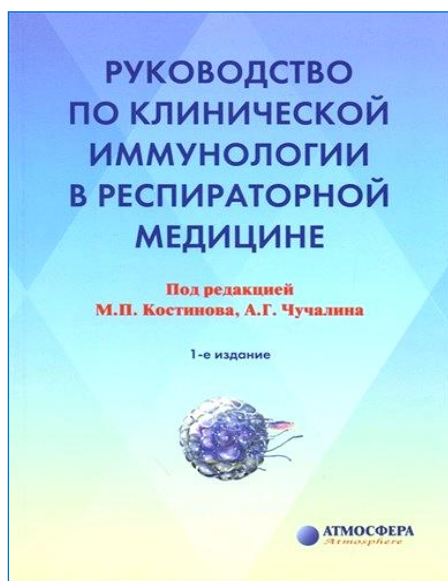


# Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

## Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 2 (февраль), 2020



## СОДЕРЖАНИЕ

<b>УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....</b>	<b>3</b>
<b>МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ .....</b>	<b>19</b>
<b>ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....</b>	<b>21</b>

## УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

*Пивень, Д. В. Требования к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности по приказу Минздрава России от 07.06.2019 г. № 381н: как обеспечить координацию работы службы по внутреннему контролю и врачебной комиссии / Д. В. Пивень, И. С. Кицул, И. В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 10. – С. 7-11.*

Знаковым событием в российском здравоохранении явился приказ Минздрава России от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (Зарегистрирован в Минюсте России 04.09.2019 № 55818) (далее Требования). Важнейшей особенностью этого документа является то, что он не просто определил задачи, мероприятия, показатели внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее Внутренний контроль), но и обеспечил тем самым реальную преемственность между содержанием Внутреннего контроля, с одной стороны, и направлениями государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, установленными статьями 88 и 89 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (далее Основы), с другой стороны. Именно необходимость обеспечения данной преемственности, её механизмы неоднократно отмечали и детально обосновывали в наших многочисленных публикациях, посвящённых теме Внутреннего контроля.

Теперь в пункте 2 Требований чётко указано, что организация и проведение Внутреннего контроля с учетом вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи и перечня работ, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, направлены на решение, в том числе, следующих задач:

- Обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности.

- Обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

- Обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований.

- Обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Основами.

- Обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям.

- Выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

Предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

- несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием, либо их осложнением;

- невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

- несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов.

Необходимо отметить и то, что Требования содержат достаточно широкий спектр положений по обеспечению безопасности медицинской деятельности. Так, пункт 17 Требований

определяет набор показателей, оценка которых должна выполняться медицинскими организациями в рамках Внутреннего контроля. При этом значительная часть указанных показателей конкретизирует направления работы медицинских организаций именно в части обеспечения и контроля безопасности медицинской деятельности, в том числе, к которым относятся: осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий и лекарственных препаратов; обеспечение эпидемиологической безопасности; осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников медицинской организации и т.д. Кроме того, в соответствии с Требованиями при проведении Внутреннего контроля в медицинской организации обязательно должен выполняться анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

Таким образом, основное содержание Внутреннего контроля, который обязана проводить каждая медицинская организация, теперь полностью корреспондирует с направлениями государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемого органами Росздравнадзора и органами управления здравоохранения. И в этом, без сомнения, заключается важнейшее достоинство утверждённых Требований.

Требования ставят перед медицинскими организациями и весьма непростые задачи, касающиеся непосредственно порядка организации и проведения Внутреннего контроля. В соответствии с Требованиями в зависимости от вида медицинской организации по решению руководителя медицинской организации Внутренний контроль организуется и проводится Комиссией (Службой) по внутреннему контролю (далее – Комиссия (Служба)), включающей работников медицинской организации, и (или) уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности (далее – Уполномоченное лицо).

К одной из наиболее сложных задач, решить которую при организации и проведении Внутреннего контроля обязана каждая медицинская организация, следует отнести задачу, сформулированную в пункте 6 Требований. Данный пункт прямо указывает на то, что медицинской организацией разрабатывается положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, регламентирующее, в том числе, функции и порядок взаимодействия Комиссии (Службы) и (или) Уполномоченного лица, руководителей и (или) уполномоченных работников структурных подразделений медицинской организации, врачебной комиссии медицинской организации в рамках организации и проведения внутреннего контроля. Отметим, что решение данной задачи, безусловно, необходимо!

Очевидно, что эффективность Внутреннего контроля, прежде всего, будет зависеть именно от качества взаимодействия между Комиссией (Службой) и (или) Уполномоченным лицом, с одной стороны, и Врачебной комиссией (далее ВК), с другой стороны. Почему это так важно?

Во-первых, никто не отменял такой функции ВК, как «организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации)», которая определена в Порядке создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утверждённом Приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н (далее Приказ № 502н). И сегодня во многих медицинских организациях именно ВК и выполняет функцию Внутреннего контроля. Естественно возникает вопрос: «Как действовать теперь?».

Во-вторых, следует отметить, что даже если в медицинской организации функция Внутреннего контроля никогда ранее и не была закреплена за ВК, то это абсолютно никак не умаляет сложности и необходимости решения поставленной в Требованиях задачи по обеспечению взаимодействия между Комиссией (Службой) и (или) Уполномоченным лицом, с одной стороны, и ВК, с другой стороны. Это связано с тем, что целый ряд других функций ВК, установленных Приказом № 502н, совпадает или с задачами, или с мероприятиями, или с показа-

телями, которые определены Требованиями к Внутреннему контролю. Назовём для примера только некоторые из указанных совпадений.

Оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов.

Оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации.

Разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов.

То есть, исходя из установленных Приказом № 502н для ВК функций, ВК при любых обстоятельствах обязана участвовать в организации и проведении Внутреннего контроля. И это совершенно не зависит от того, наделил ли ВК руководитель медицинской организации отдельной функцией Внутреннего контроля или нет. Тем более, что и в статье 48 Основ чётко указаны направления работы ВК, прямо касающиеся вопросов обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

В этой связи абсолютно обосновано и логично, что утверждённые Минздравом России Требования ставят перед медицинскими организациями задачу по обеспечению взаимодействия в работе по Внутреннему контролю между Комиссией (Службой) и (или) Уполномоченным лицом, с одной стороны, и ВК, с другой стороны. И эта задача – из разряда важнейших! Именно исходя из этого посыла, мы и рассмотрим механизмы организации такого взаимодействия.

Отметим, что при всей, казалось бы, схожести ряда функций ВК, с одной стороны, с функциями и задачами, стоящими перед Комиссией (Службой) по внутреннему контролю, с другой стороны, в соответствии с установленными Минздравом России Требованиями именно у Комиссии (Службы) по Внутреннему контролю и (или) Уполномоченного лица появились как новые и при этом весьма объёмные задачи Внутреннего контроля (все они были названы в начале данной публикации), так и совершенно новые механизмы планирования, проведения и учёта Внутреннего контроля, которым в Требованиях также уделено большое внимание. То есть создание в рассматриваемой ситуации Комиссии (Службы) по Внутреннему контролю это шаг, направленный, прежде всего, на совершенствование процесса Внутреннего контроля, т.е. совершенствование механизмов, технологий, оценки и анализа его проведения.

Следует подчеркнуть, что в целях выполнения поставленной Требованиями задачи по обеспечению взаимодействия в работе по Внутреннему контролю между Комиссией (Службой) и (или) Уполномоченным лицом, с одной стороны, и ВК, с другой стороны, необходимо, чтобы руководитель создаваемой в медицинской организации Комиссии (Службы) по Внутреннему контролю и (или) назначенное Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности являлись членами ВК. При этом целесообразно, чтобы руководитель Комиссии (Службы) по Внутреннему контролю и (или) Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности не просто входили в состав ВК для участия в решении всех поставленных перед ВК задач, а в составе ВК полностью отвечали за организацию и проведение Внутреннего контроля. В этом случае эти лица также будут максимально заинтересованы в максимальной координации с ВК своей деятельности в части планирования, осуществления мероприятий, учёта и отчётности по Внутреннему контролю.

Не менее важно обратить внимание и на то, что в Требованиях указано, что в зависимости от вида медицинской организации по решению руководителя медицинской организации внутренний контроль организуется и проводится Комиссией (Службой) по Внутреннему контролю, включающей работников медицинской организации, и (или) Уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности. В этой связи возникает вопрос: «Что предпочтительнее – Комиссия (Служба) по Внутреннему контролю или Уполномоченное лицо?». В каждой конкретной медицинской организации ответ на этот вопрос будет разным, так как зависит он от множества самых разных факторов, в т.ч. видов и объёмов осуществляемой деятельности, штатной структуры и численности медицинских работников и т.д. Но при этом необходимо обратить внимание на то, что Требования никак не ограничивают число лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля. Это очень важный фактор, так как в соответствии с должностными полномочиями в медицинской организации задачи по Внутреннему контролю всегда выполняли, выполняют и будут выполнять заместитель (и)

руководителя медицинской организации, руководители структурных подразделений, сами рядовые врачи, главные и старшие медицинские сёстры и т.д. Означает ли это, что всех названных выше лиц обязательно надо включать в состав Комиссии (Службы) по Внутреннему контролю? Конечно, нет! Кого непосредственно включить в состав Комиссии (Службы) или назначить Уполномоченным лицом решает руководитель медицинской организации. Но именно эти органы должны организовать работу по Внутреннему контролю, определив необходимые и достаточные объёмы участия в ней других работников медицинской организации.

С учётом изложенного следует подчеркнуть, что появление в медицинской организации в соответствии с Требованиями такого органа как Комиссия (Служба) по Внутреннему контролю или Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности никак не противоречит традиционно сложившейся в большинстве медицинских организаций трёхуровневой системе Внутреннего контроля, включающей, как известно, следующие уровни:

- первый уровень – руководители структурных подразделений;
- второй уровень – заместитель (и) руководителя медицинской организации;
- третий уровень – ВК.

Теперь же медицинская организация дополняется органом, который, с одной стороны, должен сосредоточиться исключительно на вопросах организации и проведения Внутреннего контроля и при этом, с другой стороны, данный орган в обязательном порядке взаимодействует по вопросам Внутреннего контроля, как со всеми необходимыми специалистами, так и с ВК медицинской организации. Отметим, что рассмотренные в настоящей статье формы указанного взаимодействия не являются исчерпывающими, и практическая реализация Требований со временем покажет и подскажет как данное взаимодействие сделать ещё более эффективным.

Таким образом, Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённые приказом Минздрава России от 07.06.2019 № 381н, являются документом, обеспечивающим развитие Внутреннего контроля, как в части его содержания, так и в части организационных решений и механизмов по его проведению.

\*\*\*

***Перепелова, О. В. Пациент-центрированность при оказании населению медицинских услуг. Как ценность и принцип деятельности / О. В. Перепелова, И. А. Петрова // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 10. – С. 12-17.***

В последние годы приобретают особую актуальность вопросы определения роли и нормативно закреплённого статуса пациента применительно к таким характеристикам современного здравоохранения как пациенториентированность и пациент-центрированность деятельности.

*Цель данного исследования* – определить базовые характеристики нормативного закрепления и приоритетные организационные технологии реализации принципа пациент-центрированности деятельности в здравоохранении.

Практическая реализация принципа пациенториентированности предполагает делать акцент на личностной индивидуальности человека, гендерно-возрастных и различиях людей, исходить из морбидного статуса пациента.

Обеспечение деятельностного пациент-центрированного принципа направлено на грамотное понимание и учет всего комплекса базовых характеристик законодательно закреплённого современного этико-правового статуса пациента.

Пациент-центрированность, в первую очередь, имеет дело с нормативным статусом пациента, понимание и реализация положений которого имеет особое значение при оказании платных медицинских услуг населению.

*Пациент как системообразующий субъект отрасли здравоохранения.*

В последнее время, в значительной степени в результате соответствующих действий (тематические публикации, журналистские расследования и др.) средств массовой информации, в общественном сознании утверждается идея о пациенте как о главном субъекте современного здравоохранения.

Идея в корне неверная, поскольку не может быть главным субъект, чей статус возникает исключительно в соотносительности с другими субъектами здравоохранения, в первую очередь с медицинскими работниками и медицинскими организациями.

Действительно, «пациент» – это не синоним понятий «заболевание» или «профессия», хотя чаще всего пациентами становятся заболевшие люди, а некоторые пациенты все чаще предпринимают попытки превратить статус пациента в источник зарабатывания денег. При этом всегда будет сохраняться известный профессиональный информационный дисбаланс в пользу медицинского работника, информационная асимметрия между врачом и пациентом.

С точки зрения норм действующего российского законодательства грамотное определение правового статуса пациента основано на том, что это – этико-правовой статус человека (гражданина), который возникает у него с момента начала его взаимодействия с медицинской организацией, медицинскими работниками и утрачивается им по окончании этого взаимодействия. И статус этот не зависит от наличия или отсутствия у человека какого-либо заболевания или расстройства, поскольку определения «больной» или «здоровый» характеризуют физическое состояние человека, а не его правовой статус.

Поэтому представляется, что не просто корректнее, но именно грамотно говорить о статусе пациента не как о «главном» субъекте здравоохранения, поскольку его правовой статус не самостоятелен, возникает во взаимоотношениях с другими физическими и юридическими лицами и ограничен во времени, но как о системообразующем субъекте отрасли, поскольку именно вокруг пациента организуются все виды профессиональной медицинской деятельности и все формы взаимоотношений с другими субъектами современного здравоохранения.

Конечно, так было далеко не всегда. Не просто субъектный, но именно равноправный с медицинским работником статус пациента начал активно утверждаться в мире со второй половины XX века (Нюрнбергский кодекс, Женевская декларация, Амстердамская декларация, Рекомендации ВОЗ о пациенте как активном участнике лечения и др.). В отечественном здравоохранении субъектный, равноправный с врачом статус пациента начинает законодательно оформляться в 1992-1993 годах в процессе вступления в действие Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ», нормативно закрепившего правовой паритет врача и пациента, Федерального закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», определивших целый ряд формулировок универсальных прав пациента и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в первой редакции закрепившего тринадцать общих прав пациента отдельной статьей.

Дальнейшее поступательное утверждение системообразующей роли и равного с врачом правового статуса пациента сопровождалось, с одной стороны, разработкой концептуального обоснования этой роли, а, с другой стороны, принятием целого ряда законодательных и подзаконных нормативных правовых документов, закрепляющих данный статус. Логическим шагом в развитии этого и являются концепции пациенториентированности и пациент-центрированности здравоохранения.

Базовая концептуальная формулировка новой – активной, субъектной, равноправной с медицинским работником роли пациента – прямо связана с повсеместным утверждением ценности автономии пациента и непатерналистской (коллегиальной, совещательной и пр.) модели взаимодействия врача и пациента, предполагающей такое предоставление пациенту терапевтически значимой информации, за которым следует перераспределение, в известном смысле уравнивание юридически значимой ответственности врача и пациента за совместно принимаемое решение о предстоящем пациенту медицинском вмешательстве.

Безусловно, и в пациент-ориентированной и в пациент-центрированной модели медицины, исходящей из признания приоритетной значимости и оценки правового статуса пациента, присутствует понимание неабсолютности автономии пациента.

Действительно, в клинической практике относительно тех пациентов, кто не может выразить собственную волю – пациенты, находящиеся в коматозном состоянии, а также неспособные к волеизъявлению в силу иных особых физических или психических состояний (деменция, психическое расстройство), либо возрастных ограничений (пациент – ребенок до 15 лет в отсутствии возможности связаться с его законными представителями) – действует норма оправданного патерналистского принятия решения консилиумом врачей, дежурным врачом с

обязательным последующим уведомлением вышестоящих ответственных лиц и законных представителей пациента о принятии такого решения и обоснованием выбора медицинского вмешательства.

*Характеристики ценностно-ориентированного здравоохранения.*

Смысл повсеместно внедряемой в настоящее время ценностно-ориентированной модели здравоохранения (Value-Based Healthcare) исходит из значимости не столько распределении финансов сообразно выполненным медицинским услугам, сколько из долговременной эффективности и удовлетворенность пациентов, что имеет прямое отношение к реализации принципов пациентоориентированности (далее – ПО) и пациент-центрированности (далее – ПЦ) деятельности.

Внедрение ценностно-ориентированного подхода в практическое здравоохранение в первую очередь предполагает:

– идеологически – обеспечение принятия пациентами (законными представителями пациентов) добровольного информированного решения о медицинском вмешательстве и оценку удовлетворенности пациентов оказанными услугами с точки зрения удовлетворенности долговременным эффектом;

– технологически – применение современных информационных технологий для сбора, хранения и использования данных о пациенте, в т.ч. телемедицины, с целью долговременного контроля за состоянием здоровья пациента.

Ценностно-ориентированный подход предопределяет прямую причинно-следственную связь между затратами на лечение и наиболее важными для пациента исходами – выздоровление, частичная или полная реабилитация, частота последующей обращаемости за медицинской помощью, рецидивы, продолжительность ремиссии, инвалидизация и др., одновременно соотносимыми с экономическими и социальными параметрами оценки эффективности оказанной медицинской помощи.

Именно поэтому оцениваются результаты лечения, действительно важные для человека, определяющие состояние его здоровья и качество жизни в целом.

С точки зрения рассматриваемых в статье вопросов особо важно, что в основе модели ценностно-ориентированного здравоохранения представлен пациент как получатель медицинских услуг. Данное обстоятельство приобретает еще большую значимость при оказании платных медицинских услуг, поскольку при получении платных медицинских услуг у пациента одновременно со статусом «пациента» возникает правовой статус «потребителя медицинских услуг», с особыми закрепленными в Федеральном законе «О защите прав потребителей» правами, в первую очередь информационного и гарантийного блока.

*Соотношение принципов пациентоориентированности и пациент-центрированности при оказании медицинской помощи.*

Предпринимаемый анализ начнем с замечания о том, что в зарубежных профессиональных и нормативных источниках не встречается понятие пациентоориентированности медицины. При том, что уже продолжительное время достаточно широко используется понятие пациент-центрированности медицинской деятельности.

Безусловно, когда речь идет об обосновании смещения ценностного и целевого вектора деятельности в медицине от пациентоориентированности к пациент-центрированности, имеется в виду не абсолютная и повсеместная замена одного деятельностного принципа другим. Речь идет о важности и неизбежности их комплементарности по отношению друг к другу при оказании качественных и безопасных медицинских услуг.

Однако, если реализация требований принципа ПО значим в локусе организации и оказания медицинской помощи, то обеспечение требований принципа ПЦ выходит в гораздо больший контекст гражданско-правового регулирования отношений и реализации общечеловеческих прав. И ответственность за нарушение требований принципа ПЦ (источники которого – нормы, представленные в различных отраслях права, нормы-рекомендации профессиональных этических кодексов) оказывается много более высокой в сравнении с нарушением требований принципа ПО (источники – деонтологические нормы-рекомендации, положения должностных инструкций и т.п.).



Пациентоориентированность/ПО – это, в первую очередь, про искреннее внимание, всестороннюю заботу, адресную коммуникацию. Однако, нельзя не отметить, что здесь есть опасность превращения идей ПО в «агитку», а технологий ПО – в «торговлю воздухом». В то время как пациент-центрированность/ПЦ – это, в первую очередь, про грамотное, должное, безопасное и ответственное взаимодействие.

Строго говоря, пациентоориентированность была в медицине всегда, она изначально присуща этому виду деятельности, по-другому здесь и быть не может. В настоящее время этот деятельностный принцип рассматривается в медицине, как правило, в контексте идей и требований сервисной логистики, деонтологии, психологии и маркетинга. Совокупность определяющих этот принцип деятельности идей – это в первую очередь «ожидания», «интерес», «удовлетворенность», «чувства», «профилактика эмоционального выгорания медицинских работников», «коммуникация», «имидж врача», «униформа» и им подобные.

Это такая этическая «перезагрузка» регулирования отношений и деятельности, возникающих в медицинской организации, которая в полной мере отражена в утверждении Н. Н. Петрова, основоположника отечественной онкологии: «Основная задача всякой медицинской деонтологии лежит в том, чтобы постоянно напоминать медицинским работникам, что медицина должна служить пользе больных людей, а не больные люди – пользе медицины... Опыт показывает, что подобные напоминания важны не только в медицине, но и во всех отраслях человеческой деятельности, ибо любые специалисты слишком легко и часто переоценивают роль своей специальности, забывая о тех, кому она должна служить». По сути дела, это и есть профессионально «вспомнить имя свое» – главные цели и базовые ценности своей профессиональной деятельности.

На государственном уровне программа пациентоориентированности начала активно развиваться в период 2013-2015 гг. На конференции Росздравнадзора «Медицина и качество» 30 ноября 2015 г. Минздрав РФ, Росздравнадзор, ФФОМС обозначили в качестве практической задачи переход российского здравоохранения на принцип пациентоориентированности. В настоящее время чаще всего в качестве объектов приоритетного применения принципов пациентоориентированности Министерством здравоохранения называется практика первичной медико-санитарной помощи, сельская медицина, мобильные формы работы и телемедицина.

Среди организационных технологий реализации данного принципа в первую очередь следует назвать сервисную логистику, управление пациентскими потоками, деятельность специализированных информационно-коммуникационных институтов, в первую очередь – федеральные и региональные колл-центры, «горячие линии», электронные регистратуры, формирующийся с конца 2016 г. институт страховых представителей.

Основными инструментами оценки, необходимой для реализации пациентоориентированного принципа деятельности являются проведение социологических опросов сотрудников и пациентов (их законных представителей), позволяющих, наряду с использованием других баз данных, составлять собственный медицинский и социально-демографический портрет пациентов. Особенно важно проведение данных опросов в целях анализа характеристик потребителей платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях, поскольку их выбор медицинской услуги определяет, как правило, более сложная, комплексная мотивация. Это тем более важно в контексте недавнего утверждения Росздравнадзора о том, что значительная часть нарушений в медицинских организациях госсектора связана с непредоставлением пациентам точной информации о видах и объемах гарантированных гражданам бесплатных медицинских услуг.

Другим важным инструментом реализации принципа пациентоориентированности является ревизия всех помещений медицинской организации с целью анализа их функционального использования, удобства расположения кабинетов, с учетом действительного движения потоков пациентов. Проведение мониторинга очередей (система видеонаблюдения, «контрольная» фотосъемка в течение дня), организация возможности пациентам оставлять свои отзывы, заполнив анкету на бумажном носителе или в онлайн-режиме, в том числе на мониторе в фойе медицинской организации. Создание комфортных условий пребывания пациентов в учреждении, организация дополнительных услуг (инфомат, кофе-автомат, оплата медицинских услуг с помощью платежных карт, ксерокс-услуги для пациентов и т.д.)

*Пациент-центрированность/ ПЦ как этико-правовая ценность.*

Современный человек становится все более информированным, требовательным и активным, год от года увеличивается правозащитная деятельность населения.

Применительно к пациенту эти характеристики приобретают особо яркую практическую окраску в связи со все возрастающими высокими ожиданиями, связываемыми с медицинскими и сервисными услугами. Современная нормативная правовая база эту ситуацию закрепляет, поэтому медицинский и обслуживающий персонал, сотрудники отделов платных медицинских услуг организаций здравоохранения должны выстраивать свои отношения с пациентами и их законными представителями таким образом, чтобы максимально исключать вероятность нарушений норм права и профессиональной медицинской этики.

Пациент-центрированность как принцип деятельности обязывает рассматривать пациента как равноправного субъекта взаимоотношений, имеющего законодательно закреплённый этико-правовой статус – совокупность прав и обязанностей и соответствующим образом взаимодействовать с ним.

Вот почему принцип пациент-центрированности ПЦ с полным на то основанием можно рассматривать и как исходное положение при определении методологии эффективного управления деятельностью в медицинской организации, и как базовый этико-правовой ориентир ежедневной практической работы, проводимой в медицинской организации.

Особую остроту вопросы реализации принципа пациент-центрированности приобретают при организации и оказании платных медицинских услуг населению в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, поскольку в качестве конституционной нормы в Российской Федерации законодательно закреплена бесплатность ее предоставления в государственных и муниципальных медицинских организациях за счет бюджета, страховых и других легальных поступлений.

На наш взгляд показательно, что аналогичные данной норме обязательства государства закреплены, наряду с РФ, в основных законах еще двух государств. В Конституции Республики Куба (ст. 49 Конституции Республики Куба), страны, в которой действительно все еще удается придерживаться этого принципа, обеспечивая при этом бесплатность и качество предоставляемой медицинской помощи. И в Конституции Северокорейской Республики (ст. 72 Конституции КНДР), страны, в которой качество жизни и качество медицинской помощи, несмотря на ее действительную бесплатность, остается невысоким.

В контексте нашей темы важно учитывать, что в ст. 41 Конституции РФ под бесплатностью понимается не «безвозмездность» как таковая. Напротив, в тексте статьи точно указываются основные источники финансирования медицинской помощи, то есть, условно говоря, ответственные «субъекты оплаты». Следовательно, речь в конституционной норме в первую очередь идет о гарантированности и доступности медицинской помощи с точки зрения отсутствия финансовых преград в ее получении в государственных и муниципальных медицинских организациях.

В ходе реализации в медицинской организации принципа пациент-центрированности в качестве базовой ценности и нормы взаимодействия, во-первых, должно быть четко разъяснено медицинскому и обслуживающему персоналу учреждения и представлено в текстах внутриучрежденческих документов и в информационно-справочных материалах, используемых при проведении с медицинским персоналом занятий по медицинскому праву и профессиональной медицинской этике, – понимание того, что «становясь пациентом, человек не перестает быть человеком» и его недопустимо рассматривать как носителя «больной печени» либо «кошелька».

Во-вторых, в результате закрепления и реализации принципа пациент-центрированности деятельности, особенно при оказании платных медицинских услуг, должно с особым вниманием к этому повсеместно – утверждаться требование недопустимости навязывания пациенту не положенных ему либо избыточных медицинских и сервисных услуг. Поскольку именно здесь нередко, особенно у руководителей медицинских организаций, возникает соблазн превратить медицинского работника в «коробейника», щедро «раздающего» лечение, консультации коллег, а порой и недуги. Данный запрет вносится в текст принимаемых на собрании трудового коллектива медицинской организации Этических правил или Этического кодекса.

Все это приобретает еще большую значимость на фоне представления 5 сентября 2019 г. Росздравнадзором итогов внеплановых проверок медицинских организаций в 2019 году. Как оказалось, более миллиона рублей штрафов было выписано за нарушения в информировании пациентов об оказании – порядки и условия получения медицинской помощи по программе государственных гарантий.

Высокая оценка учреждения, фиксируемая в собственном опыте пациента, в официальных онлайн-рейтингах, проявляющаяся в последующих рекомендациях конкретного учреждения, объективно формируется вместе с пациентами и их законными представителями.

Пациент-центрированность/ПЦ деятельности – это совокупная характеристика такого принципа развития системы здравоохранения в целом и действий медицинских работников в частности, когда пациент не просто находится в центре деятельности и отношений, но сами виды деятельности и комплекс возникающих взаимоотношений определяются не исключительно морбидным статусом пациента и его психологическими особенностями, но его правовым статусом и социальными характеристиками, поскольку особая интегративная роль пациента закреплена в нормах современного российского законодательства о здравоохранении.

Основа основ в настоящее время – это восстановление доверия пациентов, населения профессиональному медицинскому сообществу. Любое действие медицинского работника и обслуживающего персонала медицинской организации должно повышать в глазах пациента ценность их взаимодействия. Поэтому оно должно быть этически выдержано и юридически, в результате повышения медико-правовых компетенций медицинских работников, выверено.

#### *Выводы.*

В настоящее время происходит закрепление смещения пациенториентированного принципа деятельности в сфере медицины к принципу пациент-центрированности, от сервисной логистики, маркетинга и психологии к нормам права и этическим требованиям взаимодействия медицинского персонала и пациентов.

Особое внимание этой трансформации деятельностных принципов должно быть уделено в ходе организации и оказания платных медицинских услуг, поскольку здесь, как правило, пациентские ожидания и требования особо высоки, равным образом более высока и пациентская правозащитная активность в случае возникновения конфликтов.

\*\*\*

***Евстифеева, Г. Главные изменения для начмедов в 2020 году. Как перестроить работу и проинструктировать подчиненных / Г. Евстифеева, Е. Ривкина // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2020. – № 1. – С. 12-17.***

*Станет больше лицензионных требований к меддеятельности – актуализируйте локальные акты.*

Нормативные акты, которые регулируют меддеятельность – правила лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований, положения об организации медпомощи по видам, порядки медреабилитации и санаторно-курортного лечения, медэкспертиз, осмотров и освидетельствования, станут лицензионными требованиями. Пока лицензионное требование - соблюдать порядки медпомощи.

Требование вносить информацию в систему маркировки лекарств также может стать лицензионным. Его планируют включить в перечень правил при ведении меддеятельности с 1 января 2020 года, но депутаты предлагают сдвинуть срок до июля.

*Какие риски для клиники.* Будет больше оснований для санкций. За нарушение лицензионных требований клиники могут оштрафовать на 250 тыс. руб. (ст. 14.1 и 19.20 КоАП).

*Как перестроить работу.* Пропишите в локальных актах новые лицензионные требования, когда документ утвердят. Проведите аудит подзаконных актов по каждому виду меддеятельности, который есть в лицензии вашей медорганизации. Например, у клиники лицензия на медпомощь по эндокринологии. Поднимите порядки оснащения, стандарты и клинические рекомендации по эндокринологии. Проверьте, как врачи ведут документацию и выполняют требования. Чтобы снизить число типичных ошибок, разместите шаблоны в МИС. Проведите инструктаж.

Смотрите, как врачи выполняют правила и положения при внутренней экспертизе историй болезней. По результатам страховых экспертиз разбирайте типичные нарушения в историях болезни, сообщайте подчиненным о штрафах.

Обучите персонал алгоритму работы в системе маркировки лекарств. Проконтролируйте, что в клинике закупили нужное оборудование.

*ФОМС откроет офисы в клиниках – будьте готовы урегулировать поток претензий в досудебном порядке.*

В 2020 году ФФОМС откроет в регионах филиалы по защите прав застрахованных. Сотрудники будут разрешать конфликты в досудебном порядке между клиникой и пациентами, которые застрахованы в другом субъекте страны, и жителями своего региона, которые не смогли получить качественную медпомощь в другом городе. А также информировать граждан об услугах по ОМС и помогать составлять претензии.

*Какие риски для клиники.* Главная претензия граждан из других регионов – отказ в медпомощи. Количество таких жалоб возрастет, ведь готовить их помогут страховщики. Работа представителей улучшит и юридическое обоснование требований.

Вместо привычных эмоций пациентов клиники получают материально-правовые претензии. Например, юристы подскажут, как применить к медпомощи по ОМС Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Клиники в свою очередь опасаются, что медпомощь по полису, который выдали в другом регионе, не оплатят. Это миф, подробнее об этом далее.

*Как перестроить работу.* Проинструктируйте персонал о правах застрахованных на медпомощь, особенно иногородних. Напомните, что экстренную и неотложную амбулаторную помощь нужно оказать всем гражданам России, которые предоставили полис ОМС и документ, удостоверяющий личность. Если гражданин живет не там, где зарегистрирован, он имеет право прикрепиться к поликлинике по месту пребывания. Отказывать клиника не имеет права (ч. 2 ст. 11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Если поступила претензия, проверьте, входит ли медпомощь, в которой отказали, в базовую программу ОМС на 2020-2021 годы. Это позволит установить, обоснованна претензия или нет.

Поручите врачам сразу передавать жалобы уполномоченному по внутреннему контролю. А уполномоченному - организовать внеплановую проверку и рассмотреть обращение в срок.

Что касается опасений клиник, что медпомощь иногородним не оплатят, – сложностей не должно быть. Минздрав детально прописал, что страховые обязаны ее оплатить, и указал, как клинике передать информацию о таких пациентах, в порядке расчетов за медпомощь, оказанную застрахованным за пределами субъекта РФ (раздел 10 приказа от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»).

*Начинается переход на электронные трудовые — отладьте взаимодействие с кадрами.*

С 1 января 2020 года медорганизации начнут вести электронные трудовые книжки. Переход на них нужно завершить до конца года. Работникам, которые устраиваются на работу в 2021 году впервые, бумажные трудовые уже не оформляют.

*Какие риски для клиники.* Будьте готовы к сопротивлению персонала. Плюс с 2021 года будет сложно установить реальный стаж у соискателей с электронными книжками. Как решить эту проблему, расскажем далее.

*Как перестроить работу.* Объясните работникам, что в течение 2020 года они должны решить, нужно ли им вести бумажную книжку. Поручите сотрудникам написать заявление и подайте в кадры свое, если решили, что хотите продолжить вести две трудовые – в бумажном и электронном варианте. Предупредите, что если работник не подаст заявление до 31 декабря 2020 года, то работодатель продолжит вести трудовую книжку в бумажном варианте.

Убедите персонал, что персональные данные будут в безопасности. Если сотрудник решит оставить только электронный вариант, бумажную трудовую можно получить на руки, и сведения не потеряются. Чтобы снять сопротивление перед новым, напомните о положительных сторонах. Например, что не придется разыскивать бывших работодателей и собирать справки о стаже, если потеряют книжку.

Предупредите обладателей двух трудовых книжек, чтобы до 31 декабря 2020 года определились, на какой работе останутся основным работником, а на какой перейдут в совместители. Если сотрудник останется на двух работах основным и другой работодатель опередит вашу клинику с отчетом в ПФР, отчет не примут и клиника попадет под санкции. Предложите уволиться, забрать трудовую и на следующий день оформиться совместителем.

Чтобы получить сведения о стаже кандидата без бумажной трудовой, придется просить соискателя взять их на сайтах ПФР, Госуслуги или в МФЦ.

Попросите кадровиков внести изменения в правила внутреннего трудового распорядка. В разделе «Прием на работу» в перечне документов указать: «Трудовую книжку или сведения о предыдущей трудовой деятельности, за исключением работников, принимаемых на работу впервые».

\*\*\*

***Хмелевская, Е. Новое в работе медорганизаций с 2020 года. Карта контроля для руководителя // Здравоохранение. – 2020. – № 1. – С. 24-35.***

В 2020 году в медорганизациях начнут проверять внутренний контроль по новым правилам Минздрава. Посмотрят, как клиники соблюдают требования к работе в системе маркировки лекарств, внедряют профстандарты. Есть много других важных изменений.

*Что отдать на контроль заместителям.*

*Внутренний контроль качества.* Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности меддеятельности Минздрав установил осенью 2019 года (приказ от 07.06.2019 № 318н «Об утверждении Требований»). Новых правил много, понятно, что клиники не успевают все быстро внедрить. Но и проверочные листы Росздравнадзора пока не скорректировали с учетом новых правил. По прогнозам контрольного ведомства, это произойдет в первом квартале 2020 года.

Внутренний контроль – лицензионное требование. За ошибки клинику могут оштрафовать. Санкции за грубые нарушения доходят до 250 тыс. руб. (ст. 14.1, а также 19.20 КоАП).

Участие в системе маркировки лекарств. С 1 января клиники должны вносить в систему маркировки лекарств информацию о лекарственных препаратах для медицинского применения, которые они используют. Участие в системе маркировки планируют сделать лицензионным требованием к клиникам.

Если проигнорировать новые правила, медорганизация не сможет работать с лекарствами с маркировкой знаками DataMatrix. Немаркированные остатки лекарств клиники вправе использовать до истечения их срока годности.

*Новые требования к паллиативной помощи.* В середине 2019 года клиники обязали оказывать паллиативную помощь пациентам с учетом нового Положения. В нем определили показания для этого типа помощи, сроки для услуг, порядок, по которому направляют пациентов на лечение и выдают им лекарства. Проследите, чтобы сотрудники соблюдали новые требования в 2020 году.

*Что отдать на контроль кадровой службе.*

*Профстандарты.* С 2020 года профстандарты необходимо внедрить во всех медорганизациях независимо от формы собственности. Соответствовать профстандартам должны названия должностей и требования к квалификации тех работников, которые получают компенсации, льготы или имеют ограничения (абз. 3 ч. 2 ст. 57 ТК). Обязательны указанные в профстандарте требования к квалификации, если их установил иной нормативный правовой акт (ст. 195.3 ТК). Остальные требования – рекомендательные.

За неправильное оформление трудового договора клинику могут оштрафовать на сумму до 100 тыс. руб. (ч. 4 ст. 5.27 КоАП).

*Электронные трудовые книжки.* В 2020 году клиники начинают передавать сведения о трудовой деятельности в электронном виде. В течение года сотрудники решают, должен ли работодатель продолжать вести трудовые книжки. Если не будет заявления до конца 2020 года, кадровая служба должна сохранить бумажный вариант документа и вести его.

У работодателей новая обязанность – направлять сведения о трудовой деятельности в Пенсионный фонд. Нужно передавать информацию о работнике, месте его работы, трудовой функции, переводах на другую постоянную работу, об увольнении.

При увольнении сотрудник получит бумажную электронную книжку, если ее по-прежнему ведут. Если нет, нужно будет оформить сведения о трудовой деятельности за период работы на бумаге или в форме электронного документа.

*Что отдать на контроль юристу.*

*Паспорт антитеррористической защищенности.* В 2020 году этот документ должен быть у клиник, которые расположены в частях зданий, строений и сооружений с отдельными входами и выходами. Ранее паспорт защищенности оформляли только те клиники, которые занимали целые здания или комплексы зданий. Требования к антитеррористической защищенности объектов (территорий), которые относятся к сфере деятельности Минздрава, изменили в 2019 году (утв. постановлением Правительства от 13.01.2017 № 8).

Сейчас Госдума рассматривает законопроект о новых штрафах за нарушение требований к антитеррористической защищенности объектов. Санкции будут и за препятствование деятельности сотрудников, ответственных за безопасность» (законопроект № 371897-7). Штрафы для должностных лиц – от 30 тыс. до 50 тыс. руб. либо дисквалификация на срок до 3 лет, для юридических лиц – от 100 тыс. до 500 тыс. руб.

Минздрав предложил ввести для клиник дополнительные обязанности. Ведомство хочет обязать проверять поступающую на объект почту, контролировать вентиляцию. Медорганизации, в которых в результате теракта пострадавших может быть больше 1000 человек или ущерб больше 100 млн. руб., обяжут устанавливать технические средства обнаружения запрещенных предметов. Проект поправок – на [regulation.gov.ru/p/97165](http://regulation.gov.ru/p/97165).

*Новые требования к МИС.* С января 2020 года вступил в силу приказ Минздрава, который регламентирует требования к региональным государственным медицинским информационным системам и системам медорганизаций. Необходимо проверить МИС на соответствие, заменить или обновить устаревшие.

\*\*\*

***Баранкина, Т. А. Реализация принципов бережливого производства в медицинской организации при оказании платных услуг / Т. А. Баранкина, А. О. Фетисов, О. Н. Якименко // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 1. – С. 22-29.***

В программе развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года утверждено создание пациентоориентированной системы, направленной не только на решение проблем со здоровьем, но и полной удовлетворенностью пациентов качеством медицинских услуг. В 2016 году Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Управлением внутренней политики Президента России при участии госкорпорации «Росатом» запущен пилотный проект «Бережливая поликлиника». Его целью является оптимизация процессов, направленных на повышение удовлетворенности пациентов, доступности оказываемых услуг, увеличение эффективности и устранение существующих временных, финансовых и иных потерь за счет применения принципов и инструментов бережливого производства путем создания новой модели медицинской организации. Использование опыта организации медицинских услуг на платной основе позволило быстрее сформировать пациентоориентированную систему при оказании первичной медико-санитарной помощи населению.

*Материал и методы.*

Материалами являлись законодательная и нормативная базы, регулирующие оказание медицинских услуг на платной основе, методические рекомендации по внедрению принципов бережливого производства в медицинских организациях Российской Федерации и Красноярского края; внутренние нормативные документы ФГБУ «ФСНКЦ ФМБА России» – медицинской организации, подведомственной Федеральному медико-биологическому агентству. В процессе работы использовались математический, аналитический, описательный методы.

*Результаты и обсуждение.*

Внедрение в систему здравоохранения города Зеленогорска, представленную ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России, проекта «Бережливая поликлиника» (далее БП) в октябре 2017 года

показало, что принципы организации платных услуг могут быть применимы при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

В методических рекомендациях среди проблем, которые не решаются методами БП, названы:

- недостаточное финансирование медицинских организаций;
- уровень заработной платы медицинского персонала;
- взаимоотношения с системой оказания платных медицинских услуг;
- обучение медперсонала ИТ-навыкам;
- психологические особенности поведения посетителей МО.

Анализируя опыт работы лечебно-профилактического учреждения Филиал ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница № 42» (далее ЛПУ) с 2013 по 2018 годы, представляется возможным обсудить пути решения названных проблем с использованием опыта развития системы оказания медицинских услуг на платной основе.

В соответствии с ПП РФ от 13.01.1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» Федеральное медико-биологическое агентство в 2010 году разрешило ФГБУ ФСНКЦ предоставлять дополнительно к гарантированному объему медицинской помощи платные медицинские услуги населению на избранные виды деятельности в соответствии с имеющейся у учреждения лицензией. При этом, среди источников финансирования рассматривались возможные варианты – договоры с организациями, средства добровольного медицинского страхования (ДМС), оплата наличными денежными средствами при заключении договора с физическим лицом.

Последовательно выстроенная законодательная база, начиная с федерального уровня до локальных актов ЛПУ, определили Порядок, Положение, форму договоров и всю систему документооборота при оказании медицинских услуг на платной основе. Решения администрации ЛПУ, принятые по результатам проверок контролирующих органов и обращений пациентов, позволили за восемь лет доработать нормативные пробелы и устранить практические недочеты в организации, приносящей доход деятельности (ПДД).

Однако, именно внедрение в систему здравоохранения проекта «Бережливая поликлиника» в октябре 2017 года показало, что принципы организации платных услуг могут быть легко перенесены на всю систему оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

Разработка и внедрение любой новой медицинской услуги – это всегда новый подпроект, который необходимо встроить в уже существующую модель работы медицинской организации. При этом задействованы все участники подпроекта – от руководителя отдела платных услуг и заведующего поликлиникой до администратора регистратуры. В рабочей группе четко определяются исполнители каждого процесса, прописываются информационные потоки, продолжительность каждого этапа, исходя из построения логической цепи «вход - выход».

Определяющим в применении инструментов проектного менеджмента в КБ № 42 стало сотрудничество с предприятием-заказчиком системы «Росатом», практикующим процессный подход к развитию своих производственных систем. Перед МО стояла задача – для сотрудников Электрохимического завода (ЭХЗ) в городе Зеленогорске разработать диагностические комплексы и углубленные медицинские осмотры по полисам ДМС. Поскольку об оказании услуг договаривались три стороны – МО, ПО «ЭХЗ» и страховая компания (СК), а получателем услуги является физическое лицо – пациент, требовался четкий, логически выстроенный алгоритм, понятный для всех участников проекта.

Набор услуг для ранней диагностики онкологических заболеваний предлагается «на входе» врачом-терапевтом пациентам с высокой степенью риска (возраст старше 35 лет, стаж работы на предприятии более 10 лет) по результатам периодического медицинского осмотра (ПМО). Медицинский осмотр проводится для работников ЭХЗ на основании государственного задания для КБ № 42 и выполняется за счет федерального бюджета (ФБ), а вот углубленные исследования организуются с учетом формирования рациональных потоков пациентов. Поэтому пациент при заключительном посещении врача-терапевта получает бланк «приглашения» на углубленный медицинский осмотр и направляется с ним в Центр консультативной медицины (ЦКМ).

ЦКМ – структурная единица отдела платных услуг, представляющая собой отдельный колл-центр и регистратуру для записи пациентов на платной основе, расположена вне здания городской поликлиники, имеет выделенное помещение с качественно отремонтированными и оснащенными кабинетами.

Работа ЦКМ построена на трех китах платной деятельности:

1. Врачи приходят на консультации по расписанию, в свободное от основной работы время, в том числе по субботам; получают сдельную оплату труда дополнительно к окладу.

2. Маршрут потоков граждан, получающих платные медицинские услуги, не пересекается с пациентами, получающими медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой государственных гарантий и нуждающимися в амбулаторно-поликлинической помощи в неотложной форме.

3. Медицинские услуги оказываются в условиях повышенного сервиса, что позволяет увеличить поток созданных ценностей для пациента (ПСЦ):

- пациент не ожидает в очереди (нет потерь времени);
- время приема установлено локальным актом не менее 30 минут (есть возможность получить больше информации при общении со специалистом);
- на все назначенные исследования можно записаться тут же (информационный цикл замкнулся).

В нашем случае поток создаваемых ценностей определяется на микроуровне, на конкретных рабочих местах одного подразделения МО не только для пациентов, но и для работников тоже. Медицинскую деятельность организует заведующий подразделением – опытный врач-терапевт высшей категории. Инфраструктура ЦКМ содержится полностью за счет приносящей доход деятельности, на работу в инфраструктуру привлекаются сотрудники с высокой компьютерной грамотностью, дважды в году проводятся тренинги по корпоративной этике и решению конфликтных ситуаций с учетом психологических особенностей поведения платных посетителей.

Наработанный опыт реализации Программ углубленных медицинских осмотров (онкоскрининг, кардиоскрининг) для работников ЭХЗ позволяет расширить предложение диагностическими комплексами за рамками ПМО (эндокринологический, пульмонологический, гинекологический, урологический), также реализуемыми за счет средств ДМС.

Планируемые результаты участия в Программах:

- для пациента – уверенность в своем здоровье (либо возможность заняться профилактикой осложнений);
- для работодателя – забота о состоянии здоровья своих сотрудников, понимание уровня стабильности трудового потенциала;
- для исполнителя – возможность применения комплексного подхода к углубленному исследованию состояния здоровья ключевых работников градообразующего предприятия.

Все предложенные Программы и комплексы, а также отдельные медицинские услуги через ЦКМ доступны абсолютно всем пациентам по самообращению за счет личных средств, средств ДМС и по договорам с предприятиями. В Центре работает процедурный кабинет, ведут прием врачи: невролог, кардиолог, пульмонолог; для приемов гинеколога, уролога и проктолога организован специализированный кабинет. Все приходящие специалисты работают по расписанию, посетить врача-терапевта можно в течение всего рабочего дня без предварительной записи. За шесть месяцев 2019 года на базе ЦКМ проведено 2 612 консультативных приемов, выполнено 2 869 процедур и манипуляций. В том же здании находится физиотерапевтическое отделение, услуги которого доступны с 8.00 до 20.00.

Проект создания отдельной структуры для оказания медицинских услуг на платной основе можно считать успешно реализованным – через полтора года с момента создания показатели его работы позволили говорить об окупаемости вложенных средств, сформированный потребителями спрос позволяет расширять перечень предлагаемых услуг и специалистов.

Более сложной стала реализация подобных проектов на среднем – региональном уровне, в нормативном регулировании которых принимали участие региональные исполнительные органы Красноярского края. Речь идет о проведении медицинских осмотров (МО) с целью освидетельствования на право управления автотранспортом и владения оружием. Особенностью



этих МО является необходимость создания учетной записи и назначений сразу в двух электронных информационных системах: МИС Qms – медицинская информационная система (МИС), которой пользуется КБ № 42, и электронные регистры, созданные Красноярским медицинским информационно-аналитическим центром (КМИАЦ) для использования (просмотра) силовыми структурами, контролирующими оборот оружия и безопасность движения на дорогах.

Были изучены и оптимизированы перемещения всех участников всех процессов по кабинетам, поэлектронным регистрам, по требуемым документам и необходимой информации.

Проведены расчеты по времени освидетельствования. При обращении в первой половине дня заявитель проходит полный медицинский осмотр на право управления автомобилем до конца рабочего дня за 3-4 часа. При обращении за освидетельствованием на оружие пациенту придется утром следующего дня обратиться в лабораторию поликлиники на химико-токсикологическое исследование (ХТИ). Выполнение требований ФЗ № 441н и письма МЗ Красноярского края требует отказа от применения тест-полосок врачами-наркологами (качественное определение), что привело к существенному увеличению стоимости услуги и ее продолжительности (количественные измерения).

Обращение в ПНД (психо-наркологический диспансер) является самым «узким» местом во всех организуемых нами медицинских осмотрах, поскольку, являясь структурным подразделением КБ № 42, диспансер расположен в отдельно стоящем здании, по адресу осуществления лицензируемого вида деятельности и с собственной картотекой обращений. Однако прием врачей-психиатров и наркологов организован так, что с 11.00 до 19.00 всегда есть врач-специалист на платном приеме по любому поводу обращения за справкой. Вся информация представлена на стендах; в городской поликлинике возле кабинета платных услуг, где производится первичное обращение за назначением услуг во всех регистрах и собственной МИС.

Оба обсуждаемые освидетельствования заканчиваются в том же кабинете, где и начинались; здесь проводят регистрацию выданных терапевтами заключений.

С точки зрения оптимизации перемещения пациента самым сложным оказалась работа с врачами-терапевтами, которым необходимо было пересмотреть алгоритм работы по выдаче заключений. Не все согласились изменить многолетние привычки, заставляя подстраиваться пациентов «под себя» – «ничего страшного, подойдут еще раз...». Старшему поколению тяжело перестраиваться на линейные процессы, направленные на ПСЦ пациента, вплоть до нежелания выполнять приказы. При тотальном дефиците кадров единственным правильным решением рабочей группы было перемещение исполнителя-отказника на другой процесс с узкозаданными параметрами.

Применение проектного управления, по мнению авторов, стало необходимым ещё в 2012 году, при вступлении в силу Приказа Минздравсоцразвития от 12.04.2011 г. № 302н. Потребность в новых методах планирования возникла в связи с тем, что на территории городской поликлиники (четырёхэтажное здание) стали пересекаться потоки больных и здоровых, платных и «бесплатных» пациентов. В тот же период в КБ № 42 стали внедрять МИС Qms, что заставило более скрупулезно структурировать информацию по оказанию медицинских услуг. Решения о том, кто и где будет создавать эпизоды посещений к врачу в МИС и делать назначения, в какой момент услуги будут оплачены, где будут выдаваться бланки строгой отчетности, и кто их будет заверять, стали приниматься уже с учетом существования разных информационных и клиентских потоков.

Несмотря на то, что оказание услуг на платной основе осуществляется в государственном медицинском учреждении, есть четкое понимание того, что для пациента на платной основе необходим поток новых ценностей: скорость, комфорт, доступ к информации. Но при этом не должны ущемляться права пациентов, обратившихся за медицинской помощью.

В результате преобразований появился кабинет организации платных услуг, основными требованиями к сотрудникам которого стали: знание нормативных документов по организации медицинских осмотров, высокая компьютерная грамотность, коммуникабельность и стрессоустойчивость. Весь медицинский персонал, принимающий участие в оказании платных услуг, получает сдельную оплату труда; работники обслуживающей инфраструктуры получают заработную плату за счет приносящей доход деятельности.

Процесс привлечения врачей-терапевтов к платным приемам (как к организованным, так и по самообращению), после тщательного анализа претерпел существенные изменения.

Приведенные для сравнения на рис. 4 показатели фактической функции врачебной должности (ФВД = количество принятых пациентов за год) позволяют проанализировать не только загруженность, но и доход каждого исполнителя из числа медицинского персонала. В 2016 году работали шесть врачей, красным выделены физические лица, принятые на 2 ставки за счет ПДЦ. Один из врачей работал на полную ставку с медицинской сестрой, количество принятых пациентов составило 4 297, фонд заработной платы от оказанных услуг распределялся согласно утвержденного в ЛПУ Положения (ЕФОТ = врач + медсестра), двое других устроены по 0,5 ставки за счет ПДЦ. Один из них по основному месту работы трудится на бюджетной ставке, а вот третий врач выбрал вариант работы на 0,5 ставки за счет ПДЦ, но без медицинской сестры (ЕФОТ = врач). Соответственно, его ФВД = 3452, а заработная плата практически равна сумме заработанных средств первого терапевта.

Такое подробное обсуждение приведено в нашем случае для того, чтобы показать мотивацию врачей к увеличению нагрузки за рамками основного рабочего времени, – материальная составляющая наравне с профессиональной сегодня является наиболее важным стимулятором. С учетом всех выявленных обстоятельств принято решение об изменении порядка привлечения врачей к оказанию платных услуг. Для этого необходимо обеспечить равномерное распределение потоков между врачами-терапевтами и возможность получения дополнительного дохода за счет ротации кадров. В 2018 году к платным приемам смогли привлечь уже девять врачей-терапевтов (допускаются врачи, имеющие сертификаты по профпатологии, выполняющие объемные показатели по ОМС, не имеющие жалоб от пациентов и нареканий от администрации ЛПУ).

Анализируя представленные данные о причинах обращения необходимо отметить, что в кабинет платных услуг обращаются только физические лица-заявители; коллективные медицинские осмотры по заявкам юридических лиц организуются отделом платных услуг. Сравнение статистических данных за 2016 год и показателей кабинета платных услуг в 2018 году дает достоверную картину реализации прав пациента на получение медицинской услуги «на иных» условиях, которых за два года стало в 2,5 раза больше.

Главным результатом проекта по формированию в городской поликлинике собственной инфраструктуры, обслуживающей пациентов на платной основе, стало отсутствие их обращений в регистратуру. Карточками и назначениями коллективных медосмотров занимается только один из регистраторов; не работающий с электронной очередью.

Но такие достижения стали возможны только в процессе реализации проекта «Бережливая поликлиника», стартовавшего в ноябре 2017 года. В частности, снята одна из самых болезненных тем амбулаторной помощи населению – очередь в регистратуру. Для этого регистратуру сделали безбарьерной, установили там электронное табло с расписанием врачей, которое работает в онлайн-режиме. Для удобства посетителей установлены инфоматы, внедрено электронное расписание работы врачей, организована навигация в холле, на дверях кабинетов и на этажах поликлиники по направлению потоков пациентов. Холл поликлиники на первом этаже превратили в зону комфортного пребывания, установили бесплатные тонометры, функционирует табло для слабослышащих пациентов, привлекли к работе администратора зала (немедицинский работник).

Возвращаясь к собственно понятию «проект», который подразумевает совокупность мероприятий, направленных на достижение уникальных результатов в рамках ограниченных ресурсов, можно сказать, что, создавая инфраструктуру обслуживания платной деятельности, администрация ЛПУ занимается исключительно проектами по улучшению процессов обеспечения медицинскими услугами населения, не касаясь профессиональной части вопроса. Ответственность за качество медицинской помощи по-прежнему входит в компетенцию врачей. Использование опыта реализации медицинских услуг на платной основе позволило быстрее сформировать пациентоориентированную систему при оказании первичной медико-санитарной помощи населению. Применение принципов и инструментов бережливого производства приводит к решению проблем сегодняшней системы здравоохранения – эффективному использованию кадрового потенциала медицинской организации, возможности дополнительного заработка медицинских работников в рамках одного ЛПУ.

## МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

*Лозовская, И. Глаза умеют говорить // Российская газета. – 2020. – 7 февраля (№26). – С. 11.*

С руководителем отдела орбитальной хирургии ФГБНУ «НИИ глазных болезней» профессором Ярославом Грушей говорим о мало известной, но достаточно частой глазной патологии. Эту патологию глаз не всегда знают. Более того, ее порой побаиваются сами офтальмологи.

Если совсем коротко, то это заболевание глаз и окружающих их тканей, возникающее на фоне различных патологий щитовидной железы. У человека вдруг глаза начинают выкатываться из орбит. В народе это обычно называют пучеглазием. И, признаюсь, редко обращаются за помощью, считая это неким косметическим дефектом, с которым можно жить. Да, глаза начинают краснеть. Да, появляется так называемое двоение. Но далее – все хуже и хуже. Падает острота зрения вплоть до полной слепоты. И тогда заявляет о себе поражение зрительного нерва. Это один из самых трагических диагнозов в мировой офтальмологии. До недавнего времени часть таких пациентов становилась инвалидами по потере зрения на один или два глаза.

А теперь благодаря нашему сотрудничеству со специалистами из Национального центра эндокринологии удастся вовремя выявить данную патологию и провести медикаментозное лечение. Разработаны эффективные операции на глазной орбите, глазных мышцах, на веках, которые проводят офтальмологи. Если операция на орбите, то она проходит под общим наркозом. Если на глазных мышцах или веках, то общее обезболивание не требуется. Продолжительность операции почти два часа.

Название этого нового вида спасения глаз и зрения – декомпрессия наружной стенки орбиты.

Эти операции спасения зрения вы начали проводить 15 лет назад. Их не сразу и не все приняли. Более того, вас за них немало ругали, Продолжают и сейчас? Или теперь уже даже можно получить квоту на ее проведение? Уточню: проведение именно в вашем центре. Хотя пучеглазием страдают повсеместно. У вас есть положительный прогноз? Или вы так и будете тем исключением, к которому трудно попасть с тяжелой патологией?

Общая ситуация изменилась. Правда, и сейчас не известно, сколько квот мы получим на этот вид медицинской помощи. А уже февраль. В прошлом году мы узнали о наличии федеральных квот на лечение разных заболеваний глаз в нашем центре только в конце февраля. Очень бы не хотелось повторения ситуации. Нельзя, чтобы пациенты в ожидании квот слепли. Если диагностирована эндокринная офтальмопатия, если поражена роговица или зрительный нерв, если медикаментозная терапия не помогла, то промедление с проведением операции грозит слепотой. Квоту на нашу операцию ждать ни в коем нельзя.

\*\*\*

*Буш, Е. От лоскутной кройки к пересадке органа // Медицинская газета. – 2020. – 5 февраля (№5). – С. 11.*

Через три года в России могут начать проводить трансплантацию донорской матки. По словам заведующего кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова академика РАН Марка Курцера, за рубежом такие операции уже выполняются, и нам надо подтянуться до мировых стандартов. Речь идет о восстановлении репродуктивной функции у женщин, страдающих абсолютной формой маточного бесплодия при которой иные способы лечения, кроме пересадки донорского органа, безрезультатны.

В нашей стране внедрять данную технологию поручено Федеральному сибирскому научно-клиническому центру ФМБА России (Красноярск), а помогать коллегам будет академик М. Курцер, специалисты Федерального медицинского биофизического центра им. А. И. Бурназяна и шведские хирурги, имеющие самый большой опыт трансплантации матки. Как уточнили в Красноярском ФСНКЦ, научно-исследовательский проект по оптимизации методов пересадки матки рассчитан на 3 года. Помимо отработки собственно технологии забора и

трансплантации донорской матки необходимо, прежде всего, внести в федеральные нормативные акты, регламентирующие трансплантологию в РФ, дополнение – включить матку в перечень органов, разрешённых для трансплантации.

Кстати, это не первый столь сложный рубеж, который предстоит преодолеть красноярским гинекологам. Несколько лет назад здесь внедрили и с тех пор успешно выполняют при бесплодии реконструктивные операции по методике японского профессора Хисао Осада.

– При тяжёлых формах аденомиоза тела матки, когда из-за разрастания эндометрия полностью поражена мышечная ткань органа, мы выполняем трёхлоскутовую реконструкцию тела матки. Сначала убирается основной массив новообразованной ткани, а затем из неё же формируется новый орган.

На сегодняшний день это – безальтернативный вариант лечения для такой группы пациентов. После курса реабилитации женщины могут планировать беременность, – поясняет заведующий кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии Красноярского ГМУ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого профессор Виталий Цхай.

При благоприятном стечении обстоятельств уже через три года сибирские хирурги перейдут от технологии «лоскутной кройки и шитья» к полной замене матки донорским органом.

\*\*\*

***Федорова, А. Хирургическая точность становится цифровой // Комсомольская правда. – 2020. – 19 февр. (№18). – С. 7.***

В Самарском онкоцентре успешно прошла клинические испытания система AUTOPLAN. Пока одни ученые неустанно ищут лекарства от рака, другие совершенствуют радикальные меры борьбы с недугами – технологию хирургических вмешательств. Даже самые лучшие врачи не волшебники: у них нет третьего глаза и других суперспособностей, позволяющих видеть пораженный орган насквозь. Но этого и не нужно: в арсенале хирургов появилась навигационная система AUTOPLAN, разработанная в Самарском государственном медицинском университете. Систему используют в нейрохирургии, эндокринной хирургии и травматологии в ведущих клиниках России и Самарской области. Первые операции провели и в зарубежных медицинских центрах.

*Виртуальный двойник.*

В Самарском областном онкологическом диспансере с помощью AUTOPLAN провели около сотни оперативных вмешательств – умный «помощник» позволяет оперировать даже сложнодоступные опухоли. На днях операцию с применением навигационной системы сделали пациенту с опухолью теменно-затылочной области.

С помощью новой системы врачи получили возможность удалять даже самые труднодоступные опухоли.

– Опухоль находится в глубине, в подкорковых структурах, и для того чтобы правильно и четко ее удалить, мы используем навигационную систему AUTOPLAN, – рассказал врач-онколог нейрохирургического отделения СОКОД Андрей Николаенко. – Сначала делается доступ, затем с помощью системы навигаций хирургический инструментарий наводится на опухоль. Операция проводится только под микроскопом, потому что в нейроонкологии крайне важна точность до сотых долей микрон, чтобы не повредить здоровый мозг.

Система планирования и хирургической навигации, разработанная самарскими учеными, позволяет создавать 3D-модель органа пациента перед операцией. Виртуальный двойник формируется на основе данных компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии. Врач может предварительно оценить объем вмешательства, спланировать его проведение, увидеть особенности анатомии конкретного человека. Во время операции изображение виртуального органа совмещается с реальным. Для этого используются монитор компьютера и очки дополненной реальности. Если на операционном столе при дыхании и пульсации сосудов, положение тела меняется, система автоматически подстраивается и передает информацию хирургу, который оценивает анатомию в режиме онлайн. Все это позволяет выполнять операции точнее и быстрее, уменьшить кровопотерю и повреждение тканей, тем самым снизив риски возникновения осложнений и сократив восстановительный период.

*Медицина без границ.*

Проект AUTOPLAN создан в Институте инновационного развития – подразделении СамГМУ. Это первая хирургическая система, которая разработана и зарегистрирована в России. Ее уже успешно используют в Институте хирургии имени Вишневского, Российском научном центре хирургии имени академика Петровского, Национальном медицинском исследовательском центре нейрохирургии имени академика Бурденко. Конечно, система нашла успешное применение на своей родине: в областной больнице им. В. Д. Середавина, больнице Пирогова, в Самарском онкоцентре и Тольяттинской городской больнице № 5. Передовой опыт не сдерживается границами России – медики из Германии также выразили готовность использовать разработку самарских ученых в области цифровой медицины.

– Совместная работа врачей, технологов, производителей и позволила на стыке получить такой эффективный инструмент, – отметил ректор СамГМУ, профессор РАН Александр Колсанов. – Наш продукт сопоставим по функционалу и удобству использования с ведущими иностранными аналогами, а по некоторым позициям даже опережает их.

Развитие цифровой медицины – один из факторов, благодаря которому Самарская область за два года смогла подняться на два пункта – с 18-й на 16-й – в рейтинге качества жизни регионов, который опубликован «РИА Новости». А главное – поднялся уровень здоровья и жизни людей, на себе испытавших возможности цифровых медицинских технологий.

\*\*\*

***Во Вьетнаме впервые в мире трансплантировали руку от живого донора // Медвестник : портал российского врача. – 2020. – 25 февр. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Vo-Vetname-vpervyye-v-mire-transplantirovali-ruku-ot-jivogo-donora.html> (дата обращения: 25.02.2020).***

Вьетнамские хирурги провели первую в мире трансплантацию руки с кистью от живого донора. Операция длилась восемь часов, она была выполнена 21 января 31-летнему мужчине из Ханоя. Хирурги соединили 36 мышц, две большие кости и множество других тканей. Сразу после операции пациент смог пошевелить пальцами пересаженной руки.

Главный врач военного госпиталя Ханоя, где была выполнена операция, профессор Май Хонг Банг сообщил, что пациент активно проходит реабилитацию, функции кисти и предплечья у него постепенно восстанавливаются. Подобный успех открывает новые возможности в развитии трансплантологии, и теперь пересадка конечностей возможна не только от доноров, у которых диагностирована смерть мозга, но и от живых, цитирует ТАСС публикацию в армейской вьетнамской газете «Куан дой нян зан».

Ранее этому пациенту, получившему производственную травму, была ампутирована нижняя часть левой руки, предплечье которой было сломано и деформировано, а рана не заживала. Донором стал мужчина, тоже пострадавший на производстве. Из-за серьезности травмы и угрозы заражения крови врачи были вынуждены ампутировать ему руку. Однако часть ее сохранилась здоровой и была использована для пересадки другому пациенту.

По словам руководившего операцией хирурга профессора Нгуен Тхе Хоанга, в мире выполнено 89 трансплантаций конечностей, но все они были получены от доноров с умершим мозгом.

## ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

***Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2020 г. N 8 "Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года" // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – 2020. – 17 февр. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73421912/> (дата обращения: 25.02.2020).***

*Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года*

*I. Общие положения.*

Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года (далее - Стратегия) определяет цели, задачи и принципы государственной политики Российской Федерации в области общественного здоровья, направленные на обеспечение национальных интересов и реализацию стратегических национальных приоритетов в сфере формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний у населения Российской Федерации на долгосрочную перспективу.

Согласно Прогнозу долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года акцент государственной демографической политики на формирование здорового образа жизни, на меры по снижению масштабов злоупотребления алкогольной и табачной продукцией, на профилактику алкоголизма, табакокурения и наркомании позволит улучшить показатели смертности.

Правовую основу Стратегии составляют Конституция Российской Федерации, Федеральный закон от 28 июня 2014 г. N 172-ФЗ "О стратегическом планировании в Российской Федерации", Стратегия национальной безопасности Российской Федерации, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 г. N 683, Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. N 1662-р, Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. N 1873-р, План мероприятий на 2016-2020 годы по реализации первого этапа Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2016 г. N 2539-р, а также иные нормативные правовые акты и документы, в том числе документы Всемирной организации здравоохранения.

*II. Современное состояние проблемы формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в Российской Федерации.*

Неинфекционные заболевания являются ведущей причиной временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения как в мире, так и в Российской Федерации. К неинфекционным заболеваниям относятся сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, хронические болезни органов дыхания и сахарный диабет. В 2018 году вклад в общую смертность болезней системы кровообращения составил 46,8%, новообразований - 16,3%, болезней органов пищеварения - 5,2% болезней органов дыхания - 3,3%.

Высокий уровень смертности от неинфекционных заболеваний приводит к большим экономическим потерям, обусловленным как прямыми затратами на оказание медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, так и экономическим потерям вследствие сокращения трудовых ресурсов из-за преждевременной смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности. По оценкам Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины, совокупный экономический ущерб от неинфекционных заболеваний в России составляет около 3,6 трлн рублей, что эквивалентно 4,2% ВВП, причем большая его часть была обусловлена трудопотерями и сокращением численности населения из-за преждевременной смертности.

Основой профилактики и контроля неинфекционных заболеваний является здоровый образ жизни. Здоровый образ жизни – это образ жизни человека, направленный на предупреждение возникновения и развития неинфекционных заболеваний и характеризующийся исключением или сокращением действия поведенческих факторов риска, к числу которых относятся употребление табака, вредное потребление алкоголя, нерациональное питание, отсутствие физической активности, а также неадаптивное преодоление стрессов. По данным Глобального опроса взрослых о потреблении табака, проведенного совместно Федеральной службой государственной статистики и Всемирной организацией здравоохранения (далее - ВОЗ), с 2009 по 2016 гг. в России распространенность курения снизилась с 39,4% до 30,9%, в том числе среди мужчин - с 60,7% до 50,9%, а среди женщин - с 21,7% до 14,3%.

Согласно Глобальному обследованию потребления табака среди молодежи, проведенному ВОЗ в 2015 г., выявлено резкое снижение распространенности потребления табака среди подростков 13-15 лет почти в 2 раза по сравнению с 2004 годом, почти в 3 раза снизилось курение сигарет. Кроме того, значительно снизился уровень пассивного курения (воздействия вторичного табачного дыма) в домах и общественных местах. В домах этот показатель снизился с 34,7% в 2009 г. до 23,1% в 2016 г.

Вместе с тем распространенность курения в России все еще остается критически высокой. Курение является фактором риска, вносящим наибольший вклад в преждевременную смертность и инвалидность от целого ряда злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых заболеваний, а также болезней органов дыхания.

По данным ВОЗ, среди людей в возрасте 20-39 лет примерно 13,5% всех случаев смерти связаны с алкоголем. Научные исследования, проведенные в Российской Федерации, показывают, что для нашей страны вклад алкоголя в смертность трудоспособного населения, особенно мужчин, может быть существенно выше. По данным Минздрава России, в 2018 году заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами в Российской Федерации составила 1 376 344 человек. Потребление алкоголя является также причиной сердечно-сосудистых, отдельных форм онкологических заболеваний и заболеваний органов пищеварения.

Основной причиной развития ожирения и артериальной гипертонии является нерациональное питание, прежде всего, высокий уровень потребления сахара, насыщенных жирных кислот и соли. По данным Росстата, в 2017 г. более половины россиян (55%) имели избыточную массу тела, а 20,5% населения страдали ожирением. Особое опасение вызывает увеличение числа детей и подростков с ожирением: так, в целом по России этот показатель увеличился на 5,3% за 2017 год. Среди несовершеннолетних с избыточной массой тела или ожирением артериальная гипертония выявляется значительно чаще, чем среди детей с нормальной массой тела. Основными принципами рационального питания являются: ежедневное потребление фруктов и овощей (не менее 400 грамм в день), сокращение свободных сахаров (до менее 10% от общей потребляемой энергии, что эквивалентно 50 г. в день), потребление жиров в количестве менее 30% от общей потребляемой энергии, потребление соли менее 5 г в день.

Недостаточная физическая активность является важным фактором риска неинфекционных заболеваний. По данным Минспорта России, по состоянию на 1 января 2018 г. регулярно занимались физической культурой и спортом лишь 36,8% россиян.

В последние годы наблюдается тенденция к повышению уровня информированности граждан о факторах риска развития неинфекционных заболеваний, а данные социологических опросов показывают повышение интереса граждан к ведению здорового образа жизни и сохранению здоровья.

Важным является также своевременное выявление заболеваний, что создает условия для их эффективного лечения. С 2013 года в России были возобновлены массовые профилактические медицинские осмотры и диспансеризация населения. В 2018 году профилактические осмотры и диспансеризацию прошли 61,9 млн граждан, в том числе 26,7 млн детей. Диспансеризация позволила увеличить долю раннего выявления злокачественных новообразований и составила 56,4% на первой и второй стадиях, что привело к снижению одногодичной летальности до 22,2% и повышению пятилетней выживаемости до 54,4%.

Во всем мире наблюдается рост тревожных и депрессивных состояний, риск возникновения которых напрямую связан с социально-психологическими факторами. Широкое распространение среди населения приобретают психосоматические заболевания, в развитии и течении которых существенная роль также принадлежит психологическим факторам, недостаточной стрессоустойчивости, длительному психоэмоциональному напряжению. Развитие этих нарушений не только существенно снижает качество жизни, но и приводит к длительной нетрудоспособности, присоединению сопутствующих заболеваний, в том числе и зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ. По этой причине предотвращение психических и поведенческих расстройств является важным направлением в профилактике неинфекционных заболеваний среди населения Российской Федерации.

Учитывая изложенное, сокращение бремени неинфекционных заболеваний возможно посредством последовательной государственной политики в области общественного здоровья.

Системные меры на данном направлении могут обеспечить существенное снижение смертности от неинфекционных заболеваний и увеличение продолжительности жизни граждан Российской Федерации в долгосрочной перспективе.

### *III. Основные цели, принципы и задачи Стратегии*

Целью Стратегии является снижение заболеваемости и предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний, увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни за счет увеличения доли лиц, ведущих здоровый образ жизни.

Стратегия базируется на следующих принципах:

системный подход при формировании мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику и контроль неинфекционных заболеваний, в том числе с применением информационных технологий;

научная обоснованность мер, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику и контроль неинфекционных заболеваний;

непрерывность и последовательность в разработке и реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику и контроль неинфекционных заболеваний, недопустимость снижения уровня защиты здоровья граждан;

взаимодействие органов государственной власти с общественными организациями и бизнес-сообществом в целях реализации мероприятий Стратегии;

обеспечение межведомственного взаимодействия при реализации Стратегии на федеральном, региональном и муниципальном уровнях;

учет общепризнанных принципов и норм международного права, включая право Евразийского экономического союза.

Основными задачами Стратегии являются:

формирование здорового образа жизни населения и профилактика неинфекционных заболеваний;

контроль неинфекционных заболеваний.

### *IV. Основные направления решения задач Стратегии:*

Формирование здорового образа жизни населения и профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется путем:

– формирования органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления среды, способствующей ведению здорового образа жизни, посредством разработки и реализации региональных и муниципальных программ общественного здоровья;

– выявления и тиражирования лучших муниципальных и региональных программ общественного здоровья;

– повышения ответственности работодателей за здоровье работников через систему экономических и иных стимулов, разработки и принятия корпоративных программ по укреплению здоровья;

– совершенствования деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений, осуществляющих профилактику неинфекционных заболеваний, включая внедрение новой модели центров общественного здоровья;

– разработки и реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у детей и молодежи;

– повышения эффективности преподавания основ здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в рамках школьной программы;

– создания условий, обеспечивающих возможность вести здоровый образ жизни, систематически заниматься физической культурой и спортом;

– повышения уровня профессиональной подготовки специалистов по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний (общественного здоровья);

– проведения коммуникационных кампаний, направленных на повышение ответственности граждан за свое здоровье, осознание ценности человеческой жизни и здоровья, формирование культуры здоровья в различных возрастных и социальных группах;



- разработки и реализации программ информирования беременных и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка, включая важность грудного вскармливания;
  - разработки нормативных правовых мер, направленных на повышение защищенности граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака, а также сокращения бремени заболеваний и социальных последствий, связанных с потреблением алкоголя;
  - снижения избыточного потребления гражданами соли, сахара, насыщенных жиров;
  - увеличения потребления овощей и фруктов, пищевых волокон, рыбы и морепродуктов;
  - ликвидации микронутриентной недостаточности, прежде всего, дефицита йода;
  - разработки программ популяризации рационального питания;
  - разработки мер по стимулированию предпринимательства и государственно-частного партнерства в области формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний;
  - разработки и реализации мер по укреплению психического здоровья, включая профилактику жестокого обращения и суицидов;
  - разработки и реализации комплекса мер по профилактике суицида среди несовершеннолетних;
  - совершенствования системы организации питания детей в образовательных организациях;
  - разработки и реализации мероприятий по профилактике хронических неинфекционных заболеваний у людей старшего возраста, включающих повышение физической активности данной категории граждан, сокращения потребления ими алкоголя и табака;
  - увеличения охвата населения мероприятиями по укреплению здоровья с участием общественных организаций, в том числе профессиональных союзов и объединений работодателей;
  - проведения прикладных и фундаментальных научных исследований в области общественного здоровья.
- Контроль неинфекционных заболеваний осуществляется путем:
- повышения охвата населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией;
  - повышения охвата профилактическим консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных поведенческих и биологических факторов риска;
  - расширения практики выявления факторов риска и их коррекции, а также пропаганды здорового образа жизни медицинскими работниками;
  - улучшения выявляемости и профилактики депрессивных, тревожных и постстрессовых расстройств;
  - совершенствования диспансерного наблюдения, в том числе дистанционного диспансерного наблюдения с применением информационных технологий за пациентами с неинфекционными заболеваниями, включая психические расстройства;
  - повышения доступности психологической и психотерапевтической помощи;
  - повышения доступности медицинской помощи при никотиновой зависимости и алкоголизме;
  - разработки и внедрения программ, направленных на повышение числа лиц, контролирующих артериальное давление в целях профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе посредством медицинских изделий с функцией дистанционной передачи данных;
  - совершенствования системы организации лечебного и профилактического питания для детей с хроническими заболеваниями;
  - повышения информированности граждан о возраст-ассоциированных заболеваниях и информирование общества по вопросам качества жизни граждан его поколения;
  - ранней диагностики возраст-ассоциированных неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития.

*V. Перспективы формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний.*

Перспективы формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний зависят от следующих факторов:

- состояние социально-экономического развития;
- обеспеченность условиями для ведения гражданами здорового образа жизни, а также уровнем мотивированности населения в отношении здорового образа жизни;
- принятие дополнительных мер, направленных на снижение распространенности и негативного воздействия поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний, включая новые вызовы и угрозы в сфере общественного здоровья.

В зависимости от степени реализации этих факторов выделяются два сценария развития в долгосрочной перспективе - консервативный и целевой.

Консервативный сценарий характеризуется стагнирующим уровнем потребления алкогольной и табачной продукции, связанным с этим потенциально возможным повышением уровней заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний.

Целевой сценарий характеризуется усилением системы общественного здоровья с постепенным устойчивым сокращением уровня потребления алкогольной и табачной продукции, а также связанных с ними случаев временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения от неинфекционных заболеваний.

*VI. Механизм реализации Стратегии.*

В целях реализации Стратегии Правительством Российской Федерации утверждается план ее реализации.

Реализация задач Стратегии осуществляется на основе многостороннего взаимодействия между органами государственной власти, общественными организациями, включая профессиональные союзы, объединения работодателей, организациями науки и образования.

Общая координация работ по реализации Стратегии осуществляется Межведомственным советом по общественному здоровью при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, в состав которого войдут представители федеральных и региональных органов государственной власти, общественных организаций, представителей профессиональных союзов, объединений работодателей, профессиональных некоммерческих организаций, создаваемых медицинскими работниками и фармацевтическими работниками, организаций науки и образования, а также некоммерческих организаций в сфере агропромышленного комплекса.

*VII. Итоги реализации Стратегии.*

Реализация Стратегии согласно целевому сценарию предполагает достижение следующих результатов:

- увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни;
- сокращение распространенности потребления табака взрослым населением до 26%, детским населением – до 10%;
- сокращение подушевого потребления алкоголя в Российской Федерации до 9 литров;
- увеличение доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, до 55,5%;
- увеличение обращаемости в медицинские организации по вопросам здорового образа жизни до 3 260 тыс. человек;
- сокращение темпов прироста первичной заболеваемости ожирением до 5%;
- сокращение смертности в трудоспособном возрасте до 340 случаев на 100 тыс. населения;
- увеличение доли больных артериальной гипертензией, контролирующей артериальное давление, до 37%;
- увеличение доли посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями до 51,5%.

## 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@medlan.samara.ru](mailto:sonmb-sbo@medlan.samara.ru).

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с «Прейскурантом цен на платные услуги, выполняемые работы» услуга по копированию статей оказывается на платной основе (сайт МИАЦ <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 – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

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>