

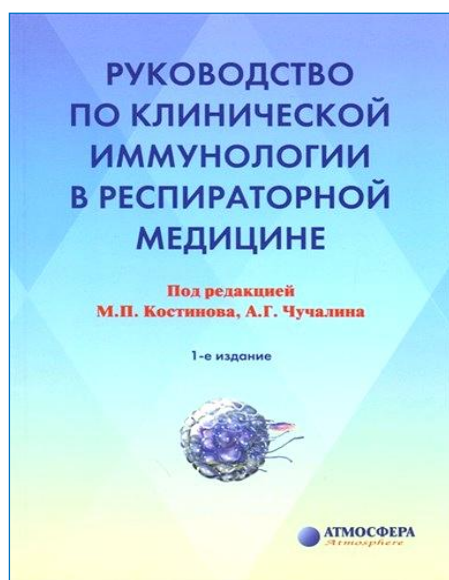


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

**Медицина и здравоохранение:
проблемы, перспективы, развитие**

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

№2 (февраль), 2021



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|----------------------------------|----|
| УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ..... | 3 |
| МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ | 19 |

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Платонова, Н. И. Национальные, федеральные и региональные проекты и целевые программы как инструмент решения приоритетных задач российского здравоохранения // Главный врач: вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2021. – № 1. – С. 8-18.

В статье рассмотрены цели, задачи и порядок разработки национальных и федеральных проектов и целевых программ в области здравоохранения. Представлена информация о национальном проекте "Здравоохранение" и восьми входящих в его структуру федеральных проектах.

В настоящее время в управлении здравоохранением все большее распространение приобретают программно-целевые методы и проектный менеджмент. Причинами этой тенденции являются комплексность медико-социальных проблем, необходимость системной межотраслевой и межрегиональной координации и повышения эффективности программных мероприятий. В условиях ограниченности бюджетных средств национальные и федеральные проекты, а также региональные программы позволяют концентрировать материальные, кадровые и финансовые ресурсы для решения наиболее актуальных и значимых вопросов в области охраны здоровья населения.

Программно-целевой метод становится важнейшим инструментом осуществления государственной социально-экономической политики, в т. ч. и в области здравоохранения. Под программой (проектом) в настоящей статье понимается комплекс взаимосвязанных проектов, программ и мероприятий, объединенных общей целью и координируемых совместно в целях повышения общей результативности и управляемости в условиях временных и ресурсных ограничений. Другими словами, нужно достичь четко обозначенную измеряемую запланированную цель в определенные сроки, не превысив при этом смету расходов. Соответственно руководители проектов (программ) отвечают за 3 аспекта их реализации: сроки, расходы и качество результат.

Национальные и входящие в них федеральные проекты в сфере здравоохранения представляют собой увязанный по ресурсам, исполнителям и срокам осуществления комплекс медицинских, научно-исследовательских, социально-экономических, правовых, организационно-хозяйственных и других мероприятий, направленных на эффективное решение задач в области охраны здоровья населения РФ. Их важнейшей особенностью является определение приоритетных проблем и путей их решения с учетом возможностей финансирования на федеральном, региональном или местном уровнях. Таким образом, программно-целевое управление позволяет не только концентрировать ресурсы на приоритетных направлениях, но и осуществлять комплексный подход к решению наиболее актуальных проблем здравоохранения на основе межотраслевого взаимодействия.

Национальные и входящие в них федеральные проекты в области охраны здоровья населения стимулируют участие субъектов РФ в решении проблем здравоохранения на своих территориях на основе софинансирования или принятия и реализации собственных аналогичных программ (проектов).

В настоящее время сформирована нормативно-правовая и методологическая база, определяющая правила рассмотрения, утверждения, реализации и финансирования национальных, федеральных и региональных проектов (программ). В частности, утверждены Правила разработки, реализации и оценки эффективности отдельных государственных программ Российской Федерации, Методические указания по разработке национальных проектов (программ), Методические рекомендации по организации проектной деятельности в федеральных органах исполнительной власти.

При разработке национальных проектов и региональных программ выделяют следующие этапы:

- отбор проблем для программной разработки;
- принятие решения о разработке целевой программы (проекта) и ее формирование;
- экспертиза и оценка целевой программы;

- утверждение целевой программы;
- управление реализацией целевой программы (планирование, организация, координация и контроль за ходом ее выполнения).

Согласно действующему законодательству инициаторами постановки проблем в области здравоохранения для решения программными методами на федеральном уровне могут выступать любые юридические и физические лица, а также общественные организации. Однако, как правило, в этом качестве в основном выступает Минздрав России и подведомственные ему учреждения.

В настоящее время в названиях документов федерального уровня "программы" заменены на "проекты", при этом их сущность, механизмы разработки и реализации в целом не изменились.

Отбор проблем для их программной разработки и решения на федеральном уровне определяется следующими факторами:

- значимость проблемы;
- невозможность комплексно решить проблему в приемлемые сроки и необходимость государственной поддержки для ее решения;
- принципиальная новизна и высокая эффективность технических, организационных и иных мероприятий, необходимых для широкомасштабного распространения прогрессивных достижений;
- необходимость координации межотраслевых связей для решения данной проблемы.

При обосновании необходимости решения проблем программными методами на федеральном уровне учитываются приоритеты и цели социально-экономического развития РФ, результаты анализа экономического и социального состояния страны. В соответствии с утвержденным порядком предложения должны содержать:

- наименование проблемы и анализ причин ее возникновения;
- возможные способы решения проблемы;
- потребность в финансовых ресурсах и возможные источники их обеспечения (федеральный бюджет, бюджеты субъектов РФ, внебюджетные средства);
- предварительную оценку социально-экономической эффективности и последствий от реализации программы;
- государственных заказчиков и разработчиков целевой программы (проекта), сроки и стоимость подготовки программы.

Минэкономразвития России совместно с Минфином России и другими заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ на основе прогнозов социально-экономического развития страны подготавливает предложения по решению наиболее значимых проблем программными методами на федеральном уровне и направляет их в Правительство РФ. Правительство РФ на основе представленных предложений принимает решение о подготовке соответствующей целевой программы (проекта), сроках и стоимости ее разработки, определяет государственного заказчика.

Государственный заказчик несет ответственность за своевременную и качественную подготовку и реализацию целевой программы (проекта), подготавливает исходное задание на ее формирование, управляет действиями разработчиков, осуществляет управление исполнителями программы после ее утверждения, обеспечивает эффективное использование средств, выделяемых на реализацию программы.

Целевая программа состоит из следующих разделов:

- содержание проблемы и обоснование необходимости ее решения программными методами;
- основные цели и задачи, сроки и этапы реализации программы;
- система программных мероприятий.

В качестве примера проведения экспертизы и последующего контроля реализации региональных целевых программ в области здравоохранения можно привести Правила проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных

программ модернизации первичного звена здравоохранения, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 09.10.2019 N 1304.

- ресурсное обеспечение программы (за счет средств федерального бюджета и внебюджетных источников, бюджетов субъектов РФ и с распределением расходов по регионам страны);
- механизм реализации программы;
- организация управления программой и контроль за ходом ее реализации;
- оценка эффективности программы;
- паспорт целевой программы.

К проекту целевой программы (проекта) прилагаются пояснительная записка, бизнес-план с социально-экономическим и технико-экономическим обоснованиями, предварительная бюджетная заявка на ассигнования из федерального бюджета для финансирования программы на очередной год, лист согласования с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и, при необходимости, соглашения (договоры) о намерениях между государственным заказчиком программы с предприятиями, организациями, органами государственной власти субъектов РФ, подтверждающие финансирование программы из внебюджетных источников, бюджетов субъектов РФ.

Минэкономразвития России и Министерство финансов РФ оценивают представленный проект целевой программы (проекта), обращая при этом особое внимание на:

- приоритетный характер проблемы, предлагаемой для программного решения;
- обоснованность и комплексность программных мероприятий, сроки их реализации;
- необходимость привлечения внебюджетных средств, средств бюджетов субъектов РФ для реализации программы в увязке с возможностями ее государственной поддержки за счет централизованных ресурсов;
- эффективность механизма осуществления программы;
- социально-экономическую эффективность программы в целом, ожидаемые конечные результаты реализации программы.

Минэкономразвития России с участием Министерства финансов подготавливает заключение по проектам целевой программы и предварительной бюджетной заявки. С учетом замечаний и предложений государственный заказчик целевой программы совместно с ее разработчиками производит доработку проекта программы. Доработанный проект целевой программы повторно направляется в Минэкономразвития России.

В случае положительной оценки Минэкономразвития России по согласованию с Минфином России представляет проект целевой программы (проекта) на утверждение в Правительство РФ. В настоящее время паспорта национальных проектов утверждаются президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам

Следует отметить, что в последнее время все чаще раздаются критические замечания и выступления, касающиеся научной обоснованности поставленных количественных целей, механизмов реализации национальных проектов и эффективности использования финансовых средств, чему есть объективные и субъективные причины.

Социальная эффективность реализации мероприятий программ (проектов) в области здравоохранения должна выражаться в улучшении качества и увеличении продолжительности жизни больных, сохранении трудового потенциала, формировании основ здорового образа жизни, снижении социальной и психологической напряженности в обществе вследствие угрозы распространения социально значимых заболеваний.

Национальный проект "Здравоохранение".

В настоящее время реализуется национальный проект "Здравоохранение", включающий 8 федеральных проектов. Паспорт национального проекта "Здравоохранение" утвержден президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24.12.2018 N 16). Паспорт был разработан в соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.2018 N 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития

РФ на период до 2024 года" с учетом того, что в 2024 году необходимо обеспечить (в соответствии с вышеуказанным Указом Президента):

а) достижение следующих целей и целевых показателей:

- снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения), смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения), смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения), младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей);

- ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

- обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год;

- обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

- оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу;

- увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 годом (до 1 млрд. долларов США в год);

б) решение следующих задач:

- завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения с использованием в сфере здравоохранения геоинформационной системы с учетом необходимости строительства врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов в населенных пунктах с численностью населения от 100 человек до 2 тыс. человек, а также с учетом использования мобильных медицинских комплексов в населенных пунктах с численностью населения менее 100 человек;

- завершение формирования сети национальных медицинских исследовательских центров;

- создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения;

- внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов;

- обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами, включая внедрение системы непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий;

- внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения и их использование в целях формирования тарифов на оплату медицинской помощи;

- разработка и реализация программ борьбы с онкологическими заболеваниями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, развития детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям;

- формирование системы защиты прав пациентов;

- совершенствование механизма экспорта медицинских услуг.

Структура национального проекта "Здравоохранение"

Национальный проект направлен на достижение национальных целей: обеспечение устойчивого естественного роста численности населения РФ и повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году и до 80 лет к 2030 году. Цели, целевые и дополнительные показатели национального проекта представлены в приложении к статье.

В рамках национального проекта "Здравоохранение" реализуется 8 федеральных проектов:

1. Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи
2. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями

3. Борьба с онкологическими заболеваниями
4. Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям
5. Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами
6. Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий
7. Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)
8. Развитие экспорта медицинских услуг

1. *Федеральный проект "Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи"*.

Задачами федерального проекта являются:

1) завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения с использованием в сфере здравоохранения геоинформационной системы с учетом необходимости строительства врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов в населенных пунктах с численностью населения от 100 человек до 2 тыс. человек, а также с учетом использования мобильных медицинских комплексов в населенных пунктах с численностью населения менее 100 человек";

2) оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу;

3) формирование системы защиты прав пациентов.

Федеральный проект направлен на повышение доступности и качества первичной медико-санитарной медицинской помощи всем гражданам РФ, в том числе в малонаселенных и труднодоступных районах РФ. В ходе его реализации будет обеспечена оптимальная доступность первичной медико-санитарной помощи путем создания более 350 новых и замены более 1200 аварийных фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий, приобретения более 1300 мобильных медицинских комплексов, а также своевременность экстренной медицинской помощи с использованием санитарной авиации посредством строительства вертолетных площадок и увеличения количества вылетов.

Проектом предусмотрено создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, на основе применения lean – технологий (далее – Новая модель). Отличительными чертами Новой модели станут открытая и вежливая регистратура, сокращение времени ожидания пациентом в очереди, упрощение записи на прием к врачу, уменьшение бумажной документации, комфортные условия для пациента в зонах ожидания, понятная навигация.

В целях обеспечения охвата всех граждан профилактическими осмотрами не реже одного раза в год планируется осуществить мероприятия по совершенствованию нормативной правовой базы, развитию профилактической инфраструктуры в субъектах РФ, а также организации профилактических осмотров в поликлиниках с минимальными для пациента временными затратами. Охват всех граждан профилактическими осмотрами увеличится с 39,7% в 2017 г. до 70% 2024 году.

Проектом предусмотрены мероприятия по защите прав пациентов при оказании бесплатной медицинской помощи (открытие страховыми медицинскими организациями офисов (представительств) по защите прав застрахованных в субъектах РФ с предоставлением права организации и проведения экспертных мероприятий экстерриториально, в том числе с применением процедуры медиации (внесудебному урегулированию) при нарушении прав застрахованных лиц).

Федеральный проект также предусматривает мероприятия, которые связаны с мероприятиями других федеральных проектов национального проекта "Здравоохранение": создание региональных систем диспетчеризации и обеспечение первичного звена здравоохранения квалифицированными кадрами.

2. *Федеральный проект "Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями"*.

Задачей федерального проекта является разработка и реализация программ борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Реализация проекта направлена на снижение смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения к 2024 году, а также снижение больничной летальности от инфаркта миокарда с 13,2% до 8% в 2024 году и от острого нарушения мозгового кровообращения с 19% до 14% в 2024 году, увеличение количества рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях в 2024 году до 332,2 тыс. ед.

В рамках проекта планируется осуществлять мероприятия, направленные на профилактику развития сердечно-сосудистых заболеваний, своевременное выявление факторов риска развития осложнений этих заболеваний, повышение качества и создание условий для оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями. Будут переоснащены медицинским оборудованием 140 региональных сосудистых центров и 469 первичных сосудистых отделений, включая оборудование для проведения ранней медицинской реабилитации, часть первичных сосудистых отделений будут дооснащены оборудованием для выполнения рентгенэндоваскулярных вмешательств, что позволит увеличить охват больных с инфарктными состояниями рентгенэндоваскулярными вмешательствами в лечебных целях в 2024 году до 60%.

Федеральный проект также предусматривает мероприятия, которые реализуются в рамках других федеральных проектов национального проекта "Здравоохранение" и национального проекта "Демография".

3. Федеральный проект "Борьба с онкологическими заболеваниями"/

Задачей федерального проекта является разработка и реализация программ борьбы с онкологическими заболеваниями, направленных на снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных, до 185 случаев на 100 тыс. населения к 2024 году.

Реализация проекта позволит организовать мероприятия, направленные на раннее выявление онкологических заболеваний и повышение приверженности к лечению, сформировать "онконастороженность" у врачей различных специальностей, обеспечить оказание медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями. В рамках проекта планируется создать сеть центров амбулаторной онкологической помощи в 85 субъектах РФ, обеспечивающих своевременность и комфортность прохождения диагностических процедур при возникновении подозрения о наличии у пациента онкологического заболевания, имеющих в своей структуре дневные стационары для проведения противоопухолевой лекарственной терапии (химиотерапии). Это позволит обеспечить выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях (1-11 стадии) до 63% и увеличить долю лиц со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более до 60% в 2024 году.

Кроме этого, в рамках данного проекта планируется переоснастить во всех 85 субъектах РФ региональные медицинские организации, оказывающие помощь больным онкологическими заболеваниями, в том числе оборудованием для применения методов ядерной медицины. Также получит развитие сеть федеральных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями, в том числе путем создания федеральных центров протонной терапии. Будет организована работа референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований.

Проект также предусматривает мероприятия, которые реализуются в рамках других федеральных проектов национального проекта "Здравоохранение" и национального проекта "Демография".

4. Федеральный проект "Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям"

Задачей федерального проекта является разработка и реализация программ развития детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям.

Реализация проекта направлена на развитие профилактического направления в педиатрии, внедрение современных профилактических технологий; улучшение материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций

путем оснащения новым медицинским оборудованием; строительство/реконструкцию детских больниц/корпусов; повышение квалификации кадров. Реализация мероприятий проекта позволит улучшить оказание первичной медико-санитарной помощи детям. Оснащение детских поликлиник и поликлинических отделений современным оборудованием, создание в них организационно-планировочных решений внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания детей и приведет к снижению длительности ожидания осмотров врачами-специалистами и диагностическими обследованиями детей, упростит процедуру записи к врачу, создаст систему понятной навигации. Не менее 95% детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций будут соответствовать современным требованиям. Строительство/реконструкция детских больниц/корпусов расширит возможности по оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи детям, обеспечит внедрение инновационных медицинских технологий в педиатрическую практику, создаст комфортные условия пребывания детей в медицинских организациях, в том числе совместно с родителями. Таким образом, за период с 2019 по 2024 гг. будет обучено не менее 10 тыс. врачей-специалистов по профилям "акушерство и гинекология", "неонатология", "анестезиология и реаниматология". Федеральный проект позволит повысить доступность и качество медицинской помощи детям всех возрастных групп.

Реализация проекта будет носить системный характер, обеспечивая достижение целевого показателя проекта – снижение младенческой смертности до 4,5 на 1 000 родившихся живыми, и опосредованно влияет на достижение других целевых показателей национального проекта "Здравоохранение". С учетом того, что усредненный показатель младенческой смертности по центральной Европе и Балтийским странам составляет 5,0, по Европе и Центральной Азии – 8,0 на 1000 родившихся живыми, в США – 6,0, целевой показатель 4,5 по РФ является оправданным.

5. Федеральный проект "Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами".

Задачей федерального проекта является обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами, включая внедрение системы непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий.

Проект направлен на устранение кадрового дефицита медицинских работников "первичного звена". Также мероприятия проекта направлены на устранение дефицита кадров в сердечно-сосудистой, онкологической службах, медицинских организациях оказывающих медицинскую помощь детям. За время реализации проекта планируется увеличить численность врачей по сравнению с 2017 годом на 9,0% до 598 тыс. специалистов, а средних медицинских работников, соответственно, на 10,2% до 1 396 тыс. специалистов.

Указанные задачи планируется решить как за счет дополнительной подготовки специалистов (увеличения числа обучающихся по программам ординатуры и программам среднего профессионального образования), так и путем совершенствования механизмов закрепления специалистов в отрасли (повышения эффективности трудоустройства выпускников, в том числе подготовленных в рамках целевого обучения).

Одновременно мероприятия проекта направлены и на повышение профессионального уровня специалистов отрасли. Внедрение системы непрерывного профессионального образования как врачей, так и среднего медицинского персонала с использованием дистанционных образовательных технологий. Освоение разработанных с учетом порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и принципов доказательной медицины интерактивных образовательных модулей позволит повысить уровень квалификации специалистов. К 2024 году практически все врачи и средние медицинские работники, не менее 1 880 тыс. человек, будут совершенствовать свои знания в рамках системы непрерывного медицинского образования.

Внедряемая система независимой оценки квалификации и нового допуска медицинских работников к профессии аккредитация специалистов обеспечит за счет контроля уровня квалификации каждого специалиста на этапе допуска к профессиональной деятельности повысить качество оказания медицинской помощи населению. К 2024 году планируется

полностью внедрить процедуру аккредитации, которую предстоит пройти около 2 100 тыс. специалистам.

Таким образом, реализация проекта носит системный характер и, учитывая, что вопрос кадрового обеспечения оказывает влияние на достижение всех целей и целевых показателей национального проекта "Здравоохранение", способствует достижению целей других федеральных проектов национального проекта "Здравоохранение".

6. Федеральный проект "Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий".

Основными задачами проекта являются:

1) проведение мероприятий для завершения формирования сети национальных медицинских исследовательских центров;

2) внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, и клинических рекомендаций.

Проект направлен на обеспечение осуществления национальными медицинскими исследовательскими центрами, которые являются ведущими учреждениями здравоохранения, "головных" функций по профилям оказания медицинской помощи. Функции национальных медицинских исследовательских центров как "головных" организаций по профилям оказания медицинской помощи включают орган организационно-методическое руководство краевыми, республиканскими, областными, окружными медицинскими организациями для формирования вертикально-интегрированной системы организационно-методического сопровождения оказания медицинской помощи в субъектах РФ, а также деятельность в области подготовки медицинских кадров по профилям оказания медицинской помощи.

К 2024 году системы контроля качества медицинской помощи на основании клинических рекомендаций и критериев оценки качества медицинской помощи будут внедрены в не менее чем 750 краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организациях субъектов РФ. Реализация федерального проекта позволит повысить эффективность и качество оказания медицинской помощи населению по всей стране, повысить эффективность и качество подготовки и переподготовки медицинского персонала, обеспечить более быстрый вывод самых современных методов лечения в практическое здравоохранение.

Проект также предусматривает завершение формирования сети национальных медицинских исследовательских центров, которая является динамичной системой, с проведением ежегодного отбора учреждений-лидеров по отдельным профилям оказания медицинской помощи на основании текущих достижений учреждений для их включения в сеть центров, которая уже к 2022 году должна насчитывать не менее 27 национальных медицинских исследовательских центров.

Реализация федерального проекта носит системный характер, оказывая опосредованное влияние на достижение всех основных целевых показателей национального проекта "Здравоохранение" и способствуя достижению целей других федеральных проектов национального проекта "Здравоохранение".

7. Федеральный проект "Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)".

Задачей федерального проекта является создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, внедрение цифровых технологий и платформенных решений.

Проект направлен на создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, что обеспечит преобразование и повышение эффективности функционирования отрасли здравоохранения на всех уровнях и создаст условия для использования гражданами электронных услуг и сервисов в сфере здравоохранения.

В рамках реализации проекта предстоит решение задач по трансформации процессов организации системы здравоохранения за счет автоматизированного информационного сопровождения, а также мониторинга и анализа использования ресурсов здравоохранения и оказания медицинской помощи пациентам.

Решение поставленных задач в рамках федерального проекта будет осуществляться посредством внедрения и развития медицинских информационных систем в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения субъектов РФ и создания механизмов юридически значимого электронного медицинского документооборота между медицинскими организациями, органами управления здравоохранением. В 2023 году не менее 80% медицинских организаций 85 субъектов РФ обеспечат юридически значимый электронный документооборот.

К 2023 году в 85 субъектах РФ должно быть завершено внедрение государственных информационных систем в сфере здравоохранения, соответствующих требованиям Минздрава России, и подключение к ним всех медицинских организаций субъекта РФ, создание на их платформе централизованных систем, что обеспечит преемственность оказания медицинской помощи, маршрутизацию пациентов и мониторинг оказания медицинской помощи по отдельным профилям заболеваний, организацию телемедицинских консультаций, автоматизированную диспетчеризацию санитарного транспорта.

К 2022 году 85 субъектов РФ реализуют систему электронных рецептов, автоматизированное управление льготным лекарственным обеспечением.

Подключение к ЕГИСЗ медицинских информационных систем медицинских организаций и государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов РФ обеспечит к концу 2024 года в личном кабинете пациента "Мое здоровье на ЕПГУ гражданам будут доступны услуги и сервисы, в том числе: запись на прием к врачу, диспансеризацию (профилактические осмотры), получение сведений об оказанных медицинских услугах и доступ к своим электронным медицинским документам. Таким образом, реализация федерального проекта носит системный характер, оказывая влияние на достижение всех основных целей других федеральных проектов национального проекта "Здравоохранение".

8. Федеральный проект "Развитие экспорта медицинских услуг".

Задачей федерального проекта является совершенствование механизма экспорта медицинских услуг.

Проект направлен на создание и развитие на территории РФ механизмов и условий, обеспечивающих рост экспорта медицинских технологий, и тем самым создание дополнительных источников финансирования системы здравоохранения РФ. В ходе его реализации будет разработана и внедрена система мониторинга статистических данных медицинских организаций, разработана и внедрена программа коммуникационных мероприятий по повышению информированности иностранных граждан о медицинских услугах, разработана и внедрена стратегия и методические рекомендации для медицинских организаций по развитию экспорта медицинских услуг.

В целях координации работ по реализации проекта будет создан координирующий центр по вопросам экспорта медицинских услуг. В результате, усилится позитивный имидж российского здравоохранения на международном рынке, и будут привлечены дополнительные инвестиции в российское здравоохранение.

Экономический анализ эффективности деятельности медицинских организаций и системы здравоохранения в целом // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2021. – №1. – С. 24-30.

В статье рассматриваются особенности экономического анализа эффективности деятельности медицинских организаций и системы здравоохранения в целом. Публикация предназначена для главных врачей и экономистов медицинских организаций.

Независимо от объектов экономического анализа (анализ медицинских технологий, результатов деятельности медицинской организации или здравоохранения в целом на определенной территории), важно соблюдать основные методические требования, включая выбор научно-обоснованных критериев оценки, причем критерии результативности должны обладать свойством сопоставимости и валидности.

В значительной мере проблема оценки эффективности деятельности медицинской организации или конкретного врача связана с влиянием на состояние здоровья пациентов множества факторов, не имеющих к их деятельности никакого отношения (возраст, экология, жилищные условия, социальный статус, доходы и пр.). Следовательно, чтобы оценить влияние на здоровье пациента управляемых медицинских факторов, следует весьма четко представлять влияние того же возраста, экологии, жилищных условий, социального статуса, доходов и пр. Для исключения влияния внешних факторов используются методы группировок однородных совокупностей, многомерный анализ и т.п.

Разработка адекватных систем оценки и обеспечения качества медицинской помощи (КМП) позволит подойти к решению такой актуальной проблемы, как оценка эффективности или стоимости затрат на достижение определенного (запланированного) уровня здоровья, сопоставить цели системы здравоохранения с возможностями их достижения. В этом смысле стоит подумать о задачах достижения высокого КМП и проанализировать, в какой мере оно оправдано в отношении фактических затрат и результатов.

Можно привести массу примеров, когда пациентам с жалобами на головную боль назначались такие исследования, как электроэнцефалография, эхоэнцефалография и компьютерная томография. Насколько целесообразны эти назначения у всех пациентов? Прояснить ситуацию может только анализ эффективности. Следует отметить, что данные экспертных оценок обоснованности назначения дорогостоящих видов обследования показывают, что чем ниже квалификация врача, тем чаще он назначает дорогостоящие виды обследования, а число параклинических назначений на одного пролеченного больного у него выше, чем у квалифицированного коллеги.

Ресурсная база здравоохранения всегда была ограниченной, поэтому анализ экономических аспектов КМП позволит создать базу для эффективного использования ресурсов в каждом лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ).

Таким образом, эффективность – это степень достижения поставленных задач в области оказания медицинской помощи населению или конкретному больному с учетом факторов качества, адекватности, производительности и потребления ресурсов (финансовых, материальных, кадровых). Если применить понятие эффективности для отдельного ЛПУ или его подразделения, то эффективность их деятельности есть степень достижения установленных для данного учреждения целей при определенных затратах.

Для оценки эффективности медицинской помощи следует, прежде всего, выбрать адекватные критерии и показатели, относящиеся к данному процессу и отражающие его конечные результаты. Результаты (эффекты медицинской деятельности) являются производными ресурсов и в определенной мере характеризуют степень эффективности их использования. В связи с тем, что здравоохранение относится к непроективной сфере, и его деятельность, как правило, не обретает товарную форму, а представлена в форме "услуги", то часто возникают вопросы о правомерности такого суждения, как эффективность затрат в здравоохранении.

Действительно, деятельность системы здравоохранения характеризуется результатами и затратами, соответственно, между этими категориями должны быть установлены взаимоотношения, что сделать весьма трудно, поскольку, в отличие от проективной сферы, в здравоохранении зачастую отсутствуют условия для измерения эффективности. Тем более что в здравоохранении чрезвычайно сложно выявить и измерить все достигнутые результаты. Прежде всего, это касается повсеместной формализации результатов, количественного выражения медицинских характеристик и признаков. Но это не значит, что формализация и количественное выражение медицинских характеристик невозможны. Примеры исследований последних лет как у нас в стране, так и за рубежом показывают, что затраты это вполне измеряемая часть баланса эффективности, несмотря на организационно-методические трудности учета и анализа. Что касается результатов деятельности системы здравоохранения (отдельных ЛПУ, их структурных подразделений, конкретных медицинских работников), их выявление и оценка сопряжены со значительными трудностями: слишком условны стоимости и отделены от овеществленного труда. Многие эффекты (снижение психического перенапряжения, уменьшение и снятие боли и пр.) трудно поддаются количественному измерению, особенно учитывая что до последних лет техника дисконтирования затрат и результатов в нашей стране практически не использовалась.

В значительной мере это отражение сложившейся ситуации в организационной структуре системы здравоохранения в России, где, в отличие от большинства развитых стран, первичная медико-санитарная помощь практически не отделена от госпитальной, что порождает массу проблем. Прежде всего, это стремление амбулаторно-поликлинических учреждений снизить нагрузку и риск, в результате стимулируется "вытеснение" пациентов в более дорогостоящую сферу оказания медицинской помощи – стационары. Эта ситуация поддерживается распределением финансовых потоков внутри системы здравоохранения, где основная часть ресурсов по-прежнему направлена на поддержание функционирования стационаров. В результате страдают программы профилактики, диспансеризации населения, не всегда эффективно функционирует система вакцинации населения против инфекционных заболеваний и т.д. Экономические эффекты от сложившейся ситуации отрицательны, поскольку растет уровень запущенных неинфекционных заболеваний, плохо контролируется рост инфекционных заболеваний и в то же время растут расходы на их лечение.

Затраты в здравоохранении в основном представлены затратами ресурсов и негативными атрибутами нездоровья населения (ущерб от заболеваемости и смертности трудоспособной части населения и т.д.). При распределении ресурсов не всегда используется анализ эффективности, поэтому практически отсутствуют сведения о стоимостных соотношениях затрат и результатов в здравоохранении. Не ведется и статистический учет многих необходимых для расчетов эффективности экономических показателей, на основании которых можно определить параметры и пределы затрат с целью оптимального соотношения между ними и заданными результатами. Результаты деятельности системы здравоохранения, отдельного ЛПУ, как правило, не планируются, если планирование и осуществляется, то в основном от достигнутого по принципу "не хуже, чем в прошедшем году". Подразделения планово-экономических и аналитических служб в здравоохранении не выполняют своих задач, скатываясь на рутинную работу по анализу статистических данных, система которых определена много лет назад в условиях бюджетного здравоохранения и которые трудно применить сегодня в условиях экономической самостоятельности ЛПУ. Таким образом, приоритеты и управленческие решения зачастую реализуются не на основании анализа эффективности деятельности той или иной службы здравоохранения, а на основании умозрительных заключений, часто довольно ошибочных.

Специалисты по оценке эффективности группируют затраты в здравоохранении следующим образом:

- прямые – это непосредственные затраты ресурсов в процессе оказания медицинской помощи;
- косвенные – затраты, отождествляемые с социально-экономическим ущербом от заболеваемости, смертности и других процессов и явлений общественного здоровья, которые, в свою очередь, делятся на явные (параметры ущерба можно рассчитать) и скрытые (параметры рассчитать невозможно: ущерб от боли, психических реакций, аборта и пр.).

Оценка уровня явных затрат достаточно перспективна, проблема может возникнуть только в организации надлежащего учета, оценке изменений затрат во времени. Без этого невозможно ответить на вопросы о степени адекватности технологий оказания медицинской помощи населению, насколько эта медицинская помощь экономична и эффективна и как она влияет на состояние здоровья населения. Трудности анализа могут возникнуть в отношении косвенных затрат в здравоохранении, поскольку методики оценки не разработаны, в частности, к ним можно отнести проценты за кредит, фонды материального стимулирования, налоги, штрафы и пр.

Результаты, вопросы их оценки являются проблемой для здравоохранения. В первую очередь это связано с отсутствием адекватных экономических и натуральных показателей оценки деятельности как системы здравоохранения в целом, так и системы отдельного ЛПУ. Измерение эффектов, полученных отдельным пациентом в результате оказанной медицинской помощи пытаются уложить в упрощенную схему: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, летальный исход. По нашему глубокому убеждению, для отделений стационарного профиля вообще не следует планировать такой результат, как "выздоровление", поскольку стационарное лечение – это только этап оказания медицинской помощи, выздоровление пациента может быть достигнуто в результате лечения в стационаре и последующих этапов реабилитации. С другой

стороны, эту проблему пытаются решить во всем мире с помощью ОКС, которые используются в качестве единиц измерения результатов труда врачей и медицинского персонала больниц, т. к. имеют определенный индекс затрат ресурсов и непосредственных результатов. Существенное преимущество этих групп перед упрощенной схемой исходов в том, что они позволяют проводить не только прямое сопоставление результатов, но и, имея статистически нормированные параметры исходных и конечных данных, использовать эти измерители в предварительной и детальной проработке обоснованности принятия управленческих решений.

Стратегия принятия решений должна подчиняться принципу: "Достижение максимальной эффективности от каждой единицы сил и средств, вложенных в сферу здравоохранения". Следует отметить, что руководствоваться этим принципом выражают желание не многие из руководителей ЛПУ, привыкшие за долгие годы работы к тому, что вся интеллектуальная деятельность по анализу, планированию и принятию решений уходит в верхние эшелоны управления, а главному врачу ЛПУ отводится роль исполнителя "указаний свыше". В этой связи эффективная деятельность отдельного ЛПУ и системы здравоохранения в целом в значительной мере наталкиваются на "риффы" неспособности многих административных работников действовать в условиях экономической самостоятельности. Для решения проблемы требуется подготовка специалистов- управленцев новой формации, способных принимать решения в условиях рыночных отношений, динамичного изменения внешнего окружения системы здравоохранения.

Система анализа контура "затраты-результаты" построена на принципе оценки баланса затрат и результатов. Если в результате внедрения новой организационной или медицинской технологии итоговые результаты по своим стоимостным характеристикам оцениваются как обеспечивающие более низкие затраты, то эту технологию следует расценивать как эффективную. Чаще всего эффективность оценивается в единицах, реже в денежном выражении. Анализ контура "затраты-результаты" проводится в условиях сравнения альтернативных вариантов технологий или программ к определенному моменту времени, прошлые, настоящие и будущие затраты следует привести к этому же моменту времени. Видимая простота метода говорит об определенной степени ограниченности его распространения, в частности, это касается оценки итогов достижения определенного уровня состояния здоровья.

Анализ продуктивности затрат рассматривает проблемы себестоимости медицинской услуги и производительность труда (costproductivity analysis) и является инструментом для соизмерения уровня предоставления ресурсов для обеспечения медицинских технологий и результатов их использования. В анализе продуктивности, как правило, учитывают не все издержки, а только те, которые могут быть отнесены непосредственно на обеспечение медицинских технологий. Что касается полезных эффектов, то они могут выражаться в койко-днях, посещениях, пролеченных больных и т. п. Характеристики состояния здоровья населения в эффектах не учитываются. Анализ продуктивности затрат целесообразно использовать при оценке деятельности ЛПУ, служб, системы здравоохранения в целом. Необходимо понимать, что этот анализ определяет только экономическую эффективность.

Анализ эффективности затрат содержит баланс затрат ресурсов и результатов (costproductivity analysis), однако в качестве результатов выступают, как правило, не только промежуточные эффекты, но и изменения состояния здоровья (выздоровление, восстановление трудоспособности, первичный выход на инвалидность и пр.). Этот метод позволяет рассматривать сложные и социально значимые вопросы, выбирать наиболее экономичный альтернативный вариант программы для достижения заданных результатов. Анализ эффективности затрат отвечает на вопрос, как действовать в условиях, когда необходимо достигнуть определенных результатов в состоянии здоровья населения, увязывая их с затратами, т. е. определить оптимальную стратегию выбора наиболее эффективного варианта программы. Важно отметить, что анализ эффективности тех или иных программ не дает характеристики социальной значимости достигнутых результатов оказания медицинской помощи.

Анализ полезности затрат включает прямое сопоставление гетерогенных по эффектам медицинских программ (costproductivity analysis), что логически предполагает другой уровень стоимостного анализа полезности/выигрышности затрат. Оценка результатов по этой категории анализа всегда производится по критериям состояния здоровья, а результаты переводятся в

денежное выражение. Многие годы ведутся дискуссии о недопустимости проведения калькуляции жизни и здоровья человека, однако без оценки размера социально-экономического вклада здравоохранения и определения предотвратимого ущерба вследствие медицинских мероприятий и программ невозможно получить инвестиции необходимого уровня в систему здравоохранения. Оптимальный уровень инвестиций позволит проработать основные стратегические направления обеспечения КМП населению. Таким образом, несмотря на многие теоретические и методологические проблемы анализа полезности затрат, в том числе и оценки косвенных затрат и результатов, наиболее важным его достоинством является возможность определения областей и направлений, в которых могут увеличиться затраты ресурсов для получения полезных в социально-экономическом плане результатов.

Для упорядочения понимания методов, уровней и задач анализа эффективности следует привести выше перечисленные методы анализа, что позволит представить картину в целом. В конечном итоге тот или иной вид анализа требует стоимостного выражения, что является, на наш взгляд, сильной стороной методического подхода и дает возможность описать связи между медицинскими мероприятиями и результатами. Как никакой другой из методов анализа, применяемых в здравоохранении, анализ эффективности напрямую связан с КМП: только высокий уровень КМП обеспечит эффективное использование ресурсов в системе здравоохранения.

В соответствии с ГОСТ Р 57525-2017 "Клинико-экономические исследования. Общие требования" выделяют основные методы собственно клинико-экономического анализа и вспомогательные методы, способствующие получению достоверных и практически значимых результатов. Основными методами клинико-экономического анализа являются:

– Анализ "затраты – эффективность" – тип клинико-экономического анализа, при котором проводят сравнительную оценку результатов и затрат при двух и более вмешательствах, эффективность которых различна, а результаты измеряются в одних и тех же единицах (миллиметры ртутного столба, концентрация гемоглобина, число предотвращенных осложнений, годы сохраненной жизни и т.п.).

– Анализ "минимизации затрат" – частный случай анализа "затраты-эффективность", при котором проводят сравнительную оценку двух и более вмешательств, характеризующихся идентичной эффективностью и безопасностью, но разной стоимостью. Рекомендуется применять анализ минимизации затрат при сравнительном исследовании разных форм или разных условий применения одного лекарственного средства или одной медицинской технологии.

– Анализ "затраты – полезность (утилитарность)" – вариант анализа "затраты-эффективность", при котором результаты вмешательства оцениваются в единицах "полезности" с точки зрения потребителя медицинской помощи (например, качество жизни); при этом наиболее часто используется интегральный показатель "сохраненные годы качественной жизни" (ОАБУ).

– Анализ "затраты – выгода" – тип клинико-экономического анализа, при котором как затраты, так и результаты представлены в денежном выражении. Это дает возможность сравнивать экономическую эффективность различных вмешательств с результатами, выраженными в различных единицах (например, программу вакцинации против гриппа с организацией системы интенсивной неонатальной помощи для выхаживания детей, рожденных с низкой массой тела).

К вспомогательным видам клинико-экономического анализа относятся:

Анализ "стоимость болезни" – метод изучения всех затрат, связанных с ведением больных с определенным заболеванием как на определенном этапе (отрезке времени), так и на всех этапах оказания медицинской помощи, а также с нетрудоспособностью и преждевременной смертностью. Данный анализ не предполагает сравнения эффективности медицинских вмешательств, может применяться для изучения типичной практики ведения больных с конкретным заболеванием и используется для достижения определенных задач, таких как планирование затрат, определение тарифов для взаиморасчетов между субъектами системы здравоохранения и медицинского страхования и т.п.

Моделирование – способ изучения различных объектов, процессов и явлений, основанный на использовании математических (логических) моделей, представляющих собой

упрощенное формализованное описание изучаемого объекта (пациента, заболевания, эпидемиологической ситуации) и его динамику при использовании медицинских вмешательств.

Клинико-экономическое исследование – изучение применения в клинической практике методов диагностики, профилактики, лекарственного и нелекарственного лечения, реабилитации, выполняемое с целью оценки соотношения результатов и связанных с ними затрат.

Анализ чувствительности – анализ, направленный на определение того, в какой степени будут меняться результаты исследования при изменении исходных параметров (колебаниях цен на лекарственные препараты, изменении показателей эффективности, частоты побочных эффектов и т.п.).

Дисконтирование – введение поправочного коэффициента при расчете затрат с учетом влияния временного фактора: затраты, которые предстоит понести в будущем, менее значимы, чем понесенные сегодня, и, напротив, выгода, приобретенная сегодня, более ценна, чем предстоящая в будущем.

Результаты анализа "затраты – эффективность" и "затраты полезность" представляются в форме соответствующих показателей соотношения затрат и достигнутого эффекта и/или коэффициента приращения затрат (дополнительные затраты, приходящиеся на достижение дополнительного эффекта). Результаты анализа "минимизации затрат" представляются в форме абсолютной разницы в затратах при применении исследуемого вмешательства по сравнению с альтернативным. Результаты анализа "затраты - выгода" представляются в форме абсолютной разницы между затратами и выгодой в денежном выражении, либо в форме коэффициента соотношения затрат и достигнутого эффекта в денежном выражении.

Перечисленные выше методы анализа эффективности являются основными, но это не исключает наличия альтернативных вариантов этого анализа. Следует отметить, что альтернативные варианты анализа эффективности рассматривают в большей мере не баланс затрат и результатов, а количественные и/или качественные связи этого баланса, более углубленную зависимость затрат и результатов от нескольких или множества факторов. К этим методам можно отнести метод линейного программирования и исследования операций, метод системного анализа и экономического моделирования. Эти методы позволяют уйти от одномерности и статичности анализа состояния здоровья населения, но требуют значительных затрат на обучение персонала, обеспечение высококачественной вычислительной техникой и программными продуктами, на подготовку высокообразованных системных программистов.

Новые СанПиНы и СОП от Минздрава для работы в пандемию. Сверьтесь с новыми правилами // Здравоохранение. – 2021. – № 2. – С. 30-40.

В статье представлен алгоритм организации медпомощи в пандемию с учетом последних изменений в законах. Чиновники обновили СанПиНы, тактику ведения пациентов с подозрением на коронавирус на дому, порядок тестирования перед госпитализацией. Минздрав дал образец СОПа по вакцинации от коронавируса. Используйте рекомендации и памятки для персонала.

СанПиН 2.1.3678-20. Новый документ устанавливает санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности медорганизаций. СанПиН заменили прежние под номером 2.1.3.2630-10. Поручите эпидемиологу внедрить в работу новые правила. Вот главные изменения.

В новых санитарных правилах определили требования к основным категориям помещений медицинских организаций: правила размещения медучреждений психиатрического, фтизиатрического и других профилей, требования к вентиляции, температурному режиму, очистке воздуха. Установили правила организации работы поликлиник, в том числе стоматологических. Предусмотрели порядок работы стационаров, в том числе акушерского профиля. Прописали, как организовать работу с медотходами.

Установили требования к специализированным помещениям: кабинетам эндоскопии, операционным, помещениям для проведения МРТ, патолого-анатомических отделений.

Теперь въезд к инфекционному отделению должен иметь крытую площадку для дезинфекции транспорта. Должен быть предусмотрен отдельный вход в такое отделение.

Установили минимальные площади помещений клиник. Так, инфекционная палата для взрослых на две и более койки должна быть не меньше 8 кв. м, а индивидуальная родовая палата – не менее 30 кв. м. Во вновь строящихся и реконструируемых медорганизациях для тяжелобольных пациентов должны быть ванны с подъемниками.

СанПиН 2.2.3670-20. Новые санитарно-эпидемиологические требования Роспотребнадзор установил к условиям труда. Теперь работодатели обязаны проводить санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, в том числе следить за применением средств индивидуальной защиты в организации. Кроме того, по новым требованиям в санитарно-бытовых помещениях нужно проводить влажную уборку и дезинфекцию после каждой смены. Поручите ответственным за охрану труда свериться с новыми правилами.

Скорректируйте порядок работы с COVID-19 с учетом последних изменений в приказ № 198н.

Последние изменения в приказ № 198н вступили в силу 26 декабря 2020 года. Действие приказа продлили до 1 января 2022 года. Вот главные изменения для поликлиник, стационаров и выездных бригад. Поручите проверить, что в вашей клинике их учитывают.

Порядок ведения пациентов на дому. Ранее нужно было проводить лабораторное исследование на COVID-19 перед выпиской контактных лиц, теперь такой необходимости нет. Контактных, у которых не появились клинические симптомы ОРВИ, гриппа, пневмонии и COVID-19 в течение всего периода медицинского наблюдения, выписывают по истечении 14 календарных дней со дня последнего контакта с больным COVID-19.

Если у пациента ОРВИ легкого, среднетяжелого или тяжелого течения, грипп и внебольничная пневмония, у него берут мазок в начале лечения. Когда состояние ухудшается, повторный мазок, как требовалось раньше, не делают, а просто вызывают врача или скорую. Выписывают такого пациента через 14 дней по показаниям и без повторного мазка на COVID-19.

Ранее в алгоритме не прописывали, как действовать, если у пациента тяжелое течение ОРВИ, гриппа или внебольничной пневмонии, но он отказывается от госпитализации. Теперь указано, что при отказе делают мазок, оформляют листок нетрудоспособности на 14 дней и изолируют пациента на дому. Если коронавирус не подтвердился, выписывают такого пациента без лабораторного исследования на COVID-19.

Условия, при которых пациент с положительным тестом на COVID-19 может проходить лечение на дому.

В прежней редакции было условие, что пациента можно не госпитализировать, если у него отдельная комната, он не живет в общежитии или коммуналке, с ним не соседствуют люди из группы риска - пенсионеры и хроника. Теперь условия о возможности находиться в отдельной комнате и о соблюдении врачебных назначений и санитарных предписаний не распространяются на несовершеннолетних и лиц, которых признали недееспособными (п. 3 приложения 8 к приказу № 198н).

Порядок тестирования пациентов перед плановой госпитализацией. Больше не нужно тестировать пациентов на COVID-19 за 7 дней до госпитализации. Тест на коронавирус. делают только непосредственно в стационаре, это правило оставили неизменным.

Правила госпитализации зараженных COVID-19.

Теперь необязательно госпитализировать пациентов на амбулаторном лечении, у которых сохраняется температура 38,5 °С в течение 3 дней.

Для пациентов групп риска, которых госпитализируют вне зависимости от тяжести заболевания и которые находятся в состоянии легкой степени тяжести, установили критерии госпитализации на койки для пациентов средней тяжести.

Критерии для выписки пациента на долечивание в амбулаторных условиях теперь отличаются от критериев для перевода на долечивание в стационаре.

Так, при выписке или переводе врач должен ориентироваться на уровень не лейкоцитов, а лимфоцитов (приложение 13 к приказу № 198н).

Когда можно привлекать врачей-специалистов к лечению ковидных пациентов в амбулаторных условиях.

Руководители клиник, которые работают с пациентами с COVID-19, теперь должны допускать врачей-специалистов к оказанию первичной медико-санитарной помощи после обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам. Их трудоустраивают на должности врачей-специалистов, не предусмотренные сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста. Работать они будут под контролем профильного заведующего отделением - врача-специалиста, профильного врача-специалиста. Ранее специалистов привлекали на таких условиях только в случае ухудшения эпидемиологической ситуации.

Выездные бригады. Минздрав установил правила организации оказания медпомощи выездными мобильными мультидисциплинарными бригадами (приложение 20 к приказу № 198н). Бригаду формируют из сотрудников федеральных медорганизаций и направляют в субъекты для медпомощи пациентам с COVID-19.

Используйте образец СОПа по вакцинации от Минздрава и проводите расследования побочных.

Минздрав предложил образец СОП «Порядок проведения вакцинации против COVID-19 взрослому населению». В документе установили, как принимать и хранить вакцину, прописали требования к оснащению прививочного кабинета, противопоказания к вакцинации. Есть образец анкеты, ИДС на вакцинацию и памятка для пациента. Также в СОПе – готовый алгоритм для медработников, как проводить вакцинацию. Удостоверьтесь, что в вашей клинике его приняли в работу, адаптировали под свои особенности.

Вакцину вводят в два этапа, но если у пациента есть тяжелые поствакцинальные осложнения, второй компонент «Гам-КОВИД-Вак» вводить нельзя. Росздравнадзор потребовал расследовать случаи побочных проявлений после применения вакцины от коронавируса в ходе массовой иммунизации (письмо от 31 декабря 2020 года). Также в Росздравнадзор требуют передавать информацию об отсутствии терапевтического эффекта и нежелательных последствиях вакцинации.

Расследование побочных проявлений после вакцинации клиники проводят с учетом методических рекомендаций Минздрава от 12.04.2019 и порядка проведения вакцинации против COVID-19 взрослому населению (письмо Минздрава от 09.12.2020 № 17-0/и/2-18965). Поручите ответственным организовать расследования и направлять акты в центральный аппарат Росздравнадзора, предпочтительно в электронной форме на информационный ресурс «Фармаконадзор 2.0». Также необходимо направлять акт в региональное подразделение службы и иммунологическую комиссию. Если медорганизация не выполнит требования или нарушит сроки, должностным лицам грозит административная ответственность.

Уточните порядок работы в очагах COVID-19.

Роспотребнадзор опубликовал новый документ по организации работы в очагах COVID-19. Удостоверьтесь, что ответственные за профилактическую работу внедрили новые рекомендации и знают, как реагировать в случае, когда есть единичные заболевшие или групповые очаги COVID-19.

В частности, теперь необходимо выделять в очагах COVID-19 три категории контактных лиц и применять по отношению к ним соответствующие меры. Первая - те, у кого был контакт с заболевшим, кто общался на расстоянии менее 1,5 м более 15 минут. Опасным также считается контакт продолжительностью более 30 минут в закрытых помещениях. Во вторую категорию входят лица, у которых нет признаков контактов, но воздействие возможно. К третьей категории относятся медицинский персонал и сотрудники лабораторий, которые проводят диагностику COVID-19.

В первые 24 часа после того, как получили данные о подтвержденном случае COVID-19, проводят эпидемиологическое расследование, в процессе которого составляют списки контактных лиц по вышеперечисленным категориям. Так, контактные 1-й категории получают уведомления о двухнедельной изоляции, а из 2-й категории – уведомление о необходимости контроля за состоянием здоровья в течение 14 дней с момента последнего контакта.

Ходакова, М. Как организовать маршрутизацию в пандемию. Решение от практиков // Здравоохранение. – 2021. – № 2. – С. 50-52.

Заместитель министра здравоохранения Татьяна Семенова констатировала, что в пандемию многие клиники не справились с организацией фильтров и сортировкой пациентов. Читайте, как наладили маршрутизацию в пандемию в многопрофильной больнице скорой помощи, где оказывают медпомощь жителям Республики Татарстан. Скачайте порядок госпитализации пациентов с подозрением на коронавирусную инфекцию от клиники - лидера отрасли по качеству медпомощи.

В пандемию мы скорректировали схему реагирования при регистрации инфекционных (паразитарных) болезней, которые требуют мероприятий по санитарной охране. Первоначально рассчитывали, что в больницу будут поступать пациенты неинфекционного профиля. Затем стало понятно, что и у больных с коронавирусной инфекцией может быть сочетанная травма, инфаркт миокарда, инсульт. Любого пациента мы рассматриваем как возможный источник заражения, но разделили их на три группы риска.

Первая – пациенты без признаков инфекционных заболеваний и без отягощенного эпидемиологического анамнеза по риску развития коронавирусной инфекции.

Вторая – пациенты с признаками инфекционного заболевания, с отягощенным эпидемиологическим анамнезом.

Третья – пациенты с диагностированной коронавирусной инфекцией. Так мы сформировали три потока пациентов: красный, желтый, зеленый.

В зеленую зону пациенты поступают через фильтр. С пациентом, который обратился сам, сотрудники общаются бесконтактно через домофон. Если больного везет скорая, получаем информацию от бригады скорой помощи до прибытия в больницу. При входе в больницу все, в том числе работники скорой помощи и сопровождающие, проходят термометрию.

В желтой зоне оказываем медпомощь по основной нозологии и проводим дифференциальную диагностику, определяем маршрутизацию пациента. В красную зону госпитализируем пациентов с установленной коронавирусной инфекцией.

Желтую и красную зону организовали с возможностью отдельного входа для сотрудников. Выход для персонала оборудовали санитарным пропускником. Информацию по маршрутизации сотрудникам представили в наглядном варианте с четким и конкретным указанием маршрутов перемещения. Перемещение пациента отработали по маршрутам, которые исключают пересечение потоков. При необходимости больного сопровождает сотрудник (дезинфектор), который проводит обработку.

Чтобы сотрудникам было проще реализовать новую схему, мы рекомендуем смоделировать ситуацию поступления пациента, пройти весь маршрут и привлечь всех задействованных лиц. На деле посмотреть, в какую сторону открывается дверь, проверить рабочее состояние оборудования. Это позволит избежать возможных проблем и при необходимости скорректировать план действий.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Катарина, И. Новые возможности, новые подходы // Медицинская газета. – 2021. – 27 янв. (№3). – С. 14.

Израильская компания разработала искусственную роговицу, позволяющую полностью восстановить зрение. Преимущество этого имплантата, получившего название KPro, заключается в том, что он может встраиваться непосредственно в стенку глаза, не требуя донорской человеческой ткани.

Эта синтетическая роговица является единственной в своем роде. Как подчеркивают учёные, биомиметические материалы, используемые для её производства, способны стимулировать пролиферацию клеток, поэтому она идеально интегрируется в ткани человека.

Пациент, 78 лет, который был слепым в течение 10 лет, смог узнать членов семьи и прочитать текст на следующий день после операции. Мужчина, был первым пациентом, у которого появилась эта роговица. Его прооперировали в начале января в Медицинском центре Рабина профессор Ирит Бахар, руководитель отделения офтальмологии. Ранее он перенес четыре пересадки человеческой роговицы, чтобы попытаться восстановить зрение, но все они потерпели неудачу. Синтетическая роговица KPro была разработана для замены деформированных или помутневших роговиц. По словам его разработчиков, помимо того, что он не зависит от ткани возможного донора, его установка намного проще в реализации, чем трансплантация роговицы человека. Ожидается, что почти 20 пациентов тоже будут оснащены этим имплантатом. Поданным Всемирной организации здравоохранения, 36 млн человек страдают слепотой, и ежегодно регистрируется 2 млн новых случаев. Катаракта, которую не прооперировали, является причиной большинства случаев; неисправленные аномалии рефракции и глаукома – другие частые причины потери зрения. Уже существует несколько моделей искусственной роговицы для пациентов с дегенерацией роговицы. Но эти операции обычно сложны и используются только в крайнем случае, когда стандартная трансплантация невозможна или не работает. Для сравнения, по словам его разработчиков, имплантация роговицы KPro – это относительно простая процедура, занимающая менее часа, требующая минимального разрезания и наложения швов. Первый шаг – вырезать склеру глаза (мембрану, которая образует белую часть глаза). Затем хирург удаляет весь эпителий роговицы, чтобы предотвратить образование ретропротезной мембраны. Затем используется маркировочное устройство для быстрой индикации различных точек разреза и шва. Как только дефектная роговица удалена, хирург устанавливает имплантат с помощью ранее отмеченной направляющей, а затем снова устанавливает склеру перед тем, как присоединить её к устройству. Сам процесс минимизирует время пребывания глаза на «открытом воздухе» менее чем до минуты, что значительно снижает риск. Уже одобрены 10 пациентов для дальнейших испытаний по имплантации в Израиле. Также планирует провести два испытания в этом месяце в Канаде, а еще 6 находятся в процессе утверждения во Франции, США и Нидерландах. Ожидается, что в этом году начнется более крупное исследование с участием 60-70 пациентов в Китае, где ежегодно выполняется всего несколько тысяч трансплантаций роговицы, в то время как более 5 млн пациентов ожидают этой процедуры.

Антитела за 10 секунд // Медицинская газета. – 2021. – 27 янв. (№3). – С. 13.

Шпильки вирусной оболочки COVID составлены из трёх одинаковых белков, у каждого из которых имеется фрагмент RVD (Receptor Binding) для соединения с клеткой. В даун-состоянии фрагмент спрятан в молекуле подобно клинку в ножнах, но при сближении с клеткой он активируется.

Для «обнажения» фрагмента и перехода его в ап-состояние необходимы клеточные ферменты (клетка сама «помогает» своему инфицированию). Проникновение вирусов в клетки сопровождается «слиянием» оболочки вирусной частицы и клеточной мембраны. «Активированный» спайк вируса переводит фрагмент ПВО в ап-положение, после чего происходит его соединение с ACE-2 клеточной мембраны (энзима конвертации ангиотензина). Этот белок клетки связывает ангиотензин, название которого говорит о том, что он регулирует кровяное давление. Соединение ПВО вирусного спайка с ACE-2 необходимо для слияния двух оболочек, после чего становится возможной интернализация вирусной частицы в цитоплазму клетки (то бишь её инфицирование).

Мир находится в состоянии frenzy в связи с началом повсеместной вакцинации населения разных стран. Частично их эффективность подтвердилась в попытках того, что назвали сложным словом реконвалесценция, или переливании плазмы конвалесцентных людей инфицированным. Проблема однако в том, что любая вакцинация стимулирует не только антительный, но и клеточный иммунитет, который характеризуется поликлональностью (много В-лимфоцитов синтезируют много моноклональных антител (МАТ), взаимодействующих как друг с другом, так и с Т-лимфоцитами). При этом никто не гарантирует, что В-лимфоциты синтезируют «нужные» антитела, точно «нацеленные» именно против ПВО в его ап-состоянии, таргетно нарушая

интерфейс RBD-ACE2 (даун-состояние RBD антитела просто не «видят»). О других проблемах с вакцинами уже много сказано.

Относительно давно высказывалось предложение не полагаться на «массивные» иммуноглобулины (IgG), молекулы которых состоят из двух тяжёлых (H) цепей и двух лёгких (L), концы которых образуют молекулярные пинцеты-tweezers, ухватывающие тот или иной антиген (на поверхности вирусного и других белков патогенов много участков, против которых В-лимфоциты синтезируют разные МАТ). Для решения проблемы нейтрализации вирусного ПВО ещё весной предлагались «лёгкие» антитела из двух H-цепей, которые синтезируются американскими ламами. Меньший размер и масса нано-АнтиТел (нАТ) позволяют их молекулам «подходить» к более мелким участкам патогенных протеинов. Предлагали нАТ, кстати, молекулярные онкологи, которые давно изучают их действие на клетки.

Science опубликовал две статьи, присланные ему из Питтсбургского и Калифорнийского университетов, в которых описаны получение и свойства синтетических нАТ, полученных в клетках дрожжей и кишечной палочки, что существенно ускоряет и удешевляет их производство, а также исключает необходимость «обращаться» к аденовирусам и вирусным РНК, заключённым в липосферы. Модус операнди трёх секунд видов нАТ «представлен» двумя разными механизмами: два антитела блокировали переход ПВО даун – в ап-состояние («извлечению» клинка из ножен), третье же «вклинивается» в интерфейс RBD-ACE-2.

Авторы предполагают быстрое одобрение соответствующими органами клинических испытаний нАТ, поскольку их можно применять в виде аэрозоля, легко вводимого в носоглотку людей, входящих в группы риска. При этом врачам не требуется проводить в этих группах вакцинацию и долгое время ждать её эффекта. Действуют нАТ в пико – и фемтомолярных концентрациях (конкретно достаточно 58 пикограмм в одном миллилитре). Будем ждать...

А в это время Университет Карнеги (США) сообщил о создании с помощью методов микроэлектроники и 3D-печати девайса для определения антител против COVID за 10 секунд! Тест-чип и детальное описание его изготовления представлены в *Advances Materials*, на фото в котором показаны три золотых электрода с микронной высоты столбиками из восстановленного оксида графена (rGO). Соединение антител со спайковым антигеном ведёт к изменению сопротивления – импеданса, – сигнализируя о наличии противовирусных антител в образце, протекающем по микроканалу. Чувствительность чипа 10 в минус 15-16 моля, при этом устройство не «реагирует» на антитела к нуклеокапсиду COVID или интерлейкину-6. Многократное применение чипа обеспечивается смывом предыдущих антител слабым раствором. Девайс может использоваться для выявления антител к ВИЧ-инфекции, а также вирусам Зика и Эбола.

Куликов, А. Из сердца не выкинешь : [ученые разработали умную биоткань] // *Российская газета*. – 2021. – 5 февр. (№24). – С. 7.

Ученые Саратовского госуниверситета имени Н. Г. Чернышевского разработали лазерную технологию по изготовлению наноматериалов, которые можно использовать для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Исследования проводились вместе с коллегами из Первого медуниверситета имени И.М. Сеченова и Московского института электронной техники. Отчет опубликован в одном из ведущих научных журналов мира.

Биополимерные материалы, созданные российскими специалистами, участвуют в процессе формирования новых кровеносных сосудов и нервных клеток, способствуют росту и делению клеток тканей организма человека. Как рассказала руководитель группы исследователей, заведующая кафедрой радиотехники и электродинамики Ольга Глухова, созданный материал обладает высокой биосовместимостью с сердечнососудистой системой человека. Это позволяет использовать его при установке имплантатов: например, насосов по перекачке крови.

Кстати, в ходе еще одного изыскания ученые решили проблему доставки лекарств в организм человека через систему кровообращения с помощью атомов высокопрочного материала графена.

Многие исследования физиков, математиков, Химиков и биологов саратовского университета связаны с медициной. В этом году в вузе пройдет первый набор абитуриентов на новый факультет – фундаментальной медицины. Ректор вуза Алексей Чумаченко напомнил, что в 1909 году весь Саратовский университет начинался с одного медицинского факультета, И вот теперь ход развития науки привел к возвращению в вуз этого направления.

Мысник, А. Высокоточный метод диагностики рака простаты // Медицинская газета. – 2021. – 3 февр. (№4). – С. 6.

Онкоурологи Национального медицинского исследовательского центра онкологии в Ростове-на-Дону начали применять ультрасовременный высокоточный метод диагностики рака предстательной железы – фьюжн-биопсию. Данная технология наиболее эффективна при небольших опухолях простаты.

Если в предстательной железе выявлены небольшие очаги, классическая методика проведения биопсии может дать неточный результат.

Современный метод фьюжн-биопсии позволяет выполнить высокоточную диагностику небольших опухолей предстательной железы. Технология объединяет два метода визуального исследования. Перед манипуляцией пациент проходит МРТ-обследование, далее под общим наркозом выполняется диагностическая операция.

– Пациенту устанавливают специальное оборудование с электронным датчиком, с помощью которого врач определяет размеры предстательной железы и составляет координационную сетку. Компьютерная программа совмещает полученные снимки МРТ с изображением УЗИ-аппарата. С помощью биопсийных игл под 3D-контролем проводится взятие опухолевых тканей, – объяснил заведующий отделением онкоурологии Национального медицинского исследовательского центра онкологии профессор Алексей Шевченко.

Чтобы избежать погрешностей, врач может увеличить число биопсийных материалов. Каждое взятие записывается в программе, изображения помогут при планировании тактики лечения.

– После фьюжн-биопсии отсутствуют инфекционные осложнения и даже болевые ощущения из-за наркоза, на второй день пациент может отправиться домой. Если точность классической биопсии опухоли предстательной железы составляет 82%, то точность фьюжн-биопсии достигает 95%. Но главное – метод помогает выявить рак простаты на ранней стадии и в разы повысить шансы больного на излечение, – отметил генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра онкологии член-корреспондент РАН Олег Кит.

Пока на юге России применение методики доступно только для пациентов НМИЦ онкологии.

Лаврентьев, И. Вирусные штаммы // Медицинская газета. – 2021. – 3 февр. (№4). – С. 13.

Перед пандемией врачи и учёные были «заняты» решением проблемы, связанной с вирусом Зика, поражающего нервные ствольные клетки, что приводит к нарушению формирования мозга у развивающегося плода, в результате чего дети рождаются с микроцефалией. По ходу обширных исследований была собрана большая база, в которой перечислены мутации около 600 генов, вызывающие мозговые расстройства. Сегодня гены этой базы можно проверять с помощью ген-редактирования и выращивания мозговых органоидов на протяжении 40 дней. Изучение последних показало, что клетки в процессе роста испытывают стрессы, нарушающие нормальное клеточное развитие и специализацию (дифференцировку). Нечто подобное выявили по ходу развития коронавируса и в Университете штата Алабама.

В начале декабря 2020 г. врачи детского госпиталя в Филадельфии выявили высокий уровень поражения сосудов у 50 обследованных детей с инфекцией. Его маркёром оказался ТМА, или белок тромботической микроангиопатии. Чуть ли не год назад выяснилось, что для людей страшен не сам по себе COVID, а связанная с ним сосудистая реакция. В Филадельфии выяснили, что ТМА способствует активации белка комплемента, являющегося компонентом неспецифического воспаления – именно по комплементу «работает» известная реакция Вассермана (1866-1925). В Бирмингеме также увидели подъём уровня маркёров клеточной активации – Т-хелперов, помогающих запустить иммунный ответ, цитотоксических лимфоцитов и натуральных киллеров, а также В-лимфоцитов, синтезирующих защитные антитела. Это в общих чертах стало известно уже несколько месяцев назад, но в Алабаме выяснили, что иммунный «шлейф» аномальной активации иммунитета сохраняется как минимум в течение двух месяцев и у выздоровевших людей. Недаром врачи уже назвали это продолжительное состояние как при COVID.

В статье детально перечислены белки, уровень которых поднимается на фоне вирусной инфекции. Это прежде всего TIGIT (T-cell Immune receptor of immunoglobulin), или рецептор натуральных киллеров, атакующих инфицированные клетки, на которых для «привлечения» иммунных «акторов» увеличивается число молекул CD25 (кластера дифференцировки). Последние нужны для воздействия интерлейкина, или белка «связи» лейкоцитов - клеток белой крови – между собой. Ему помогают CD69 – маркёр клеточного деления воспалительных клеток - и 0x40, или белковый фактор некроза опухолей (TNF), контролирующей деление, в том числе и Т-лимфоцитов. CD40 необходим для активации клеток, презентующих чужие антигены (макрофаги APC – Antigen Presenting Cells). На лимфоцитах Т-хелперах также увеличивается CP95, представляющий собой рецептор упомянутого TNF на Т и В-лимфоцитах, но не натуральных киллерах. CD95 называют также регулятором апоптоза, то есть запрограммированной смерти клеток, действующего «рука об руку» с TNF. Авторы без ложной скромности пишут, что ими дано первое столь детальное описание реакции иммунной системы в ответ на инфицирование COVID. А оно необходимо для мониторинга за состоянием больных, разработки лекарств, которые могут оказаться полезными и при других расстройствах иммунной системы и разного рода иммунотерапий.

Можно надеяться, что иммунная система не будет «реагировать» на новую вакцину из Станфорда, использующую наночастицы ферритина, формируемые путём самосборки. На них посажены эктодомены (наружные участки) вирусных спайков с их RBD с помощью которых вирус осуществляет контакт с поверхностью клетки (её белком ACE2, или энзимом конверсии ангиотензина). Даже после одноразового применения новой вакцины у мышей был получен титр антител, который в два раза выше, чем у выздоровевших людей. Ещё выше – по сравнению с другими вакцинами - он был после введения второй дозы. Авторы выражают уверенность, что вакцина действительно может стать одноразовой и высоко эффективной. Соседи станфордцев из Беркли представили в журнале PNAS рентгеноструктурный анализ ORF8, ещё одного COVID-белка, вызывающего иммунную супрессию и «уход»-evasion от иммунного надзора (ещё одна мишень для будущих вакцин). Соседи Станфорда в Калтеке предложили наночастицы с 8 RBD разных вирусных штаммов, в результате чего у мышей получены антитела против разных COVID.

Уважаемые коллеги!

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

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – четверг: с 9.00 до 18.00

Пятница: с 9.00 до 17.00

Суббота – воскресенье – выходной день

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

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

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

Сайт: <http://miac.samregion.ru>