

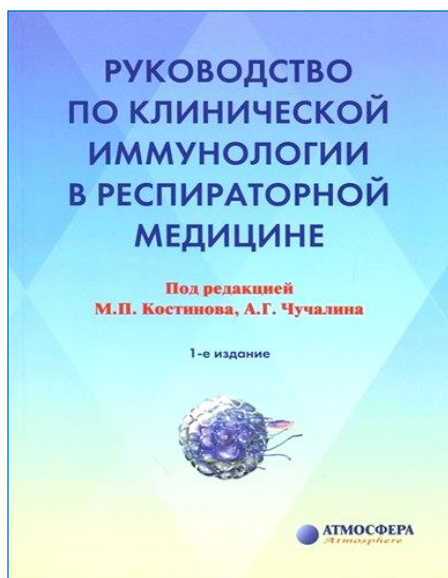


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

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

№4 (апрель), 2022



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	13
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	16

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Минздрав перестроит номенклатуру медицинских услуг // Медвестник. – 2022. – 8 апр. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-perestroit-nomenklaturu-medicinskih-uslug.html> (дата обращения: 08.04.2022).

Новая номенклатура медицинских услуг будет построена по комбинированной классификационной системе. А предлагаемые дополнения расширят доступ к бюджетному финансированию для ряда вмешательств.

Минздрав России представил на общественное обсуждение проект приказа «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Документ опубликован на портале regulation.gov.ru 7 апреля и придет на смену ведомственному приказу № 804н от 13.10.2017.

Номенклатура — это систематизированный перечень кодов и наименований медуслуг. При его разработке учитывались принципы Международной классификации медицинских вмешательств Всемирной организации здравоохранения, отмечается в пояснительной записке. Новая номенклатура построена по комбинированной классификационной системе, с использованием иерархического и фасетного методов классификации.

Изменится алгоритм кодирования медицинской услуги. Теперь он будет включать пять уровней классификации и состоять из 13 буквенно-цифровых знаков.

Первый уровень классификации определяет раздел, в котором сгруппированы медицинские услуги в соответствии с классификационными критериями и признаками. Второй определяет объект, с которым связана медуслуга. Третий уровень для каждого раздела определен перечнем классификационных признаков, кодовое обозначение (от 01 до 99) которых имеет уникальное значение только в пределах определенного раздела. Четвертый уровень – вид медицинской услуги, содержащий ее порядковый номер в соответствии с классифицированными признаками, указанными в предыдущих разделах. Пятый уровень классификации может содержать уточняющий признак: способ выполнения медицинского вмешательства, подвид лучевой терапии, метод выполнения исследования, профиль койки и т.д.

В случае необходимости может применяться дополнительный код. Например, при использовании дополнительного оборудования или метода(ов) или при применении телемедицинских технологий.

О том, что подведомственный Минздраву Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи (ЦЭКМП) разработал проект новой номенклатуры медицинских услуг, гармонизированный с Международной классификацией медицинских вмешательств ВОЗ, «МВ» сообщал в октябре прошлого года. Многомерная система классификации и кодирования медуслуг предназначена для государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и позиционируется как необходимый элемент создания цифрового контура отрасли.

Действующая номенклатура устарела, в том числе с точки зрения организации и финансирования медицинской помощи в России, утверждают в ЦЭКМП. В ней отсутствует ряд медицинских услуг из клинических рекомендаций, что делает невозможным их финансирование из госбюджета. Имеются расхождения и с другими нормативными документами, в частности перечнями высокотехнологической медицинской помощи.

Пивень, Д. В. Контроль (надзор) без взаимодействия с контролируемым лицом, как новая форма контроля за предоставлением платных медицинских услуг : что необходимо знать руководителям медицинских организаций / Д. В. Пивень, И. С. Кицул, И. В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 3. – С. 4-8.

Как известно, в соответствии со статьёй 87 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предметом федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе является контроль (надзор) за соблюдением медицинскими организациями «порядка и условий предоставления платных медицинских услуг, за исключением обязательных

требований, отнесенных к предмету федерального государственного надзора в области защиты прав потребителей». Представленный выше тезис сразу указывает на то, что, помимо федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемого Росздравнадзором, в рамках федерального государственного надзора в области защиты прав потребителей контроль за предоставлением медицинскими организациями платных медицинских услуг осуществляется также и Роспотребнадзором. Учитывая, что платные медицинские услуги предоставляются не только частными медицинскими организациями, но и абсолютным большинством государственных (муниципальных) медицинских учреждений, вопросы современного состояния контроля (надзора) за их предоставлением являются чрезвычайно актуальными. Ещё большую актуальность этой теме придают соответствующие стремительные изменения в надзорном законодательстве.

2021 год стал знаковым годом для продолжающейся в течение последних нескольких лет реформы контрольно-надзорной деятельности. Был принят целый массив нормативно-правовых актов, регламентирующих контрольно-надзорную деятельность, и при этом прямо касающихся функционирования медицинских организаций. В настоящей статье мы остановимся на таких новых формах контрольных (надзорных) мероприятий за предоставлением платных медицинских услуг, как мероприятия, осуществляемые без взаимодействия с контролируемым лицом. Федеральным законом от 31.07.2020 г. № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» (далее Федеральный закон № 248-ФЗ о госконтроле) к таким мероприятиям отнесены следующие:

- наблюдение за соблюдением обязательных требований;
- выездное обследование.

Напомним, что впервые тема государственного контроля без взаимодействия с контролируемыми лицами зазвучала в 2016 г., когда Федеральный закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» был дополнен новой статьёй 8.3. «Организация и проведение мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями». Тогда мы подробно проанализировали данное событие и его значение для медицинских организаций. Необходимо отметить, что введённые в 2016 г. мероприятия по контролю без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, в отличие от новаций Федерального закона № 248-ФЗ о госконтроле, включали в себя только наблюдение за соблюдением обязательных требований. Кроме того, в законодательстве ни в 2016 г., ни в последующие годы не был детально и чётко прописан механизм реализации мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями теми или иными надзорными органами. То есть в этот период были сделаны первые шаги, и соответствующий опыт в правовой сфере ещё только накапливался. В результате, все эти годы применительно к системе здравоохранения, закреплённые в Федеральном законе от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» нормы о мероприятиях по контролю без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями носили в основном декларативный характер и не получили сколько-нибудь серьёзного распространения и развития.

Теперь же, после выхода Федерального закона № 248-ФЗ о госконтроле, ситуация кардинально изменилась. Сейчас в законодательстве детально прописано кем, когда и по отношению к кому реализуются контрольные (надзорные) мероприятия, осуществляемые без взаимодействия с контролируемым лицом. Чётко определены действия, которые могут быть предприняты надзорными органами в результате проведения указанных мероприятий. В этой связи руководителям медицинских организаций необходимо обратить внимание на Положение о федеральном государственном контроле (надзоре) в области защиты прав потребителей, утверждённое Постановлением Правительства РФ от 25 июня 2021 г. № 1005 (далее Положение). Именно в этом документе, а точнее в пункте 22 Положения, закреплено весьма важное для медицинских организаций полномочие Роспотребнадзора, т.е. именно того органа, который Положением и наделён правом осуществлять государственный контроль (надзор) в области защиты прав потребителей:

«22. ... Без взаимодействия с контролируемым лицом проводятся:

- наблюдение за соблюдением обязательных требований;
- выездное обследование».

Необходимо отметить, что указанные мероприятия, как и в целом весь государственный контроль (надзор) в области защиты прав потребителей, в соответствии с Положением осуществляются исключительно во внеплановой форме. И соответственно ни в каких планах проверок увидеть указанные мероприятия и заранее к ним подготовиться невозможно. Иными словами, готовность к таким проверкам в медицинских организациях должна быть постоянной!

Так что же является предметом государственного контроля (надзора) в области защиты прав потребителей, и как это должно учитываться медицинскими организациями?

В подпункте а) пункта 4 Положения сказано, что предметом государственного контроля (надзора) в области защиты прав потребителей является «соблюдение изготовителями, исполнителями, продавцами, уполномоченными организациями или уполномоченными индивидуальными предпринимателями, импортерами, владельцами агрегаторов обязательных требований, установленных Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей», другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также актами, составляющими право Евразийского экономического союза, регулирующими отношения в области защиты прав потребителей». В свою очередь, названный выше предмет государственного контроля (надзора) в области защиты прав потребителей имеет самое прямое отношение к предоставлению платных медицинских услуг. Напомним, что пунктом 33 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 (далее Правила) установлено, что контроль за их соблюдением осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

Таким образом, в настоящее время в соответствии с Положением и Правилами к компетенции Роспотребнадзора, в том числе относится проведение по отношению к медицинским организациям, предоставляющим платные медицинские услуги, контрольных (надзорных) мероприятий, осуществляемых без взаимодействия с контролируемым лицом, в виде наблюдения за соблюдением обязательных требований и выездного обследования.

Для того чтобы разобраться в том, насколько важно руководителям медицинских организаций хорошо ориентироваться в новых формах и методах контроля (надзора), обратимся непосредственно к содержанию и характеристике контрольных (надзорных) мероприятий, осуществляемых без взаимодействия с контролируемым лицом. Наиболее подробно описание контрольных (надзорных) мероприятий, осуществляемых без взаимодействия с контролируемым лицом, представлено в статьях 74 и 75 Федерального закона № 248-ФЗ о госконтроле.

Статья 74 указанного выше закона посвящена наблюдению за соблюдением обязательных требований (мониторингу безопасности). Часть 1 данной статьи гласит, что «под наблюдением за соблюдением обязательных требований (мониторингом безопасности) в целях настоящего Федерального закона понимается сбор, анализ данных об объектах контроля, имеющихся у контрольного (надзорного) органа, в том числе данных, которые поступают в ходе межведомственного информационного взаимодействия, предоставляются контролирующими лицами в рамках исполнения обязательных требований, а также данных, содержащихся в государственных и муниципальных информационных системах, данных из сети Интернет, иных общедоступных данных, а также данных полученных с использованием работающих в автоматическом режиме технических средств фиксации правонарушений, имеющих функции фото- и киносъемки, видеозаписи». Что же означает на практике данный тезис для медицинских организаций, предоставляющих платные медицинские услуги? На практике это, в том числе означает следующее.

- Теперь уполномоченные сотрудники Роспотребнадзора имеют полное право, не выходя из своего кабинета!), контролировать соблюдение медицинской организацией, предоставляющей платные медицинские услуги, многочисленных обязательных требований, предъявляемых действующим законодательством к размещаемой медицинской организацией информации на её официальном сайте. А требований таких сегодня не только много, но и

значительную часть из них выполнить весьма непросто! Как мы уже отмечали ранее, это в полной мере относится к сведениям, которые медицинская организация обязана разместить на своём официальном сайте о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.

- Медицинским организациям необходимо учесть, что о проводимом мониторинге безопасности до его завершения медицинскую организацию органы Роспотребнадзора информировать не только не обязаны, но и не имеют права. При этом механизм инициирования Роспотребнадзором контрольных (надзорных) мероприятий без взаимодействия с медицинской организацией является предельно простым. В части 2 ст. 57 Федерального закона № 248-ФЗ о госконтроле сказано, что «контрольные (надзорные) мероприятия без взаимодействия проводятся должностными лицами контрольных (надзорных) органов на основании заданий уполномоченных должностных лиц контрольного (надзорного) органа, включая задания, содержащиеся в планах работы контрольного (надзорного) органа, в том числе в случаях, установленных настоящим Федеральным законом». При этом в соответствии с Положением решения о проведении контрольных (надзорных) мероприятий могут приниматься не только руководителями или заместителями руководителей территориальных органов контрольного (надзорного) органа, но и начальниками структурных подразделений, а также начальниками территориальных отделов территориальных органов контрольного (надзорного) органа.

- Работа Роспотребнадзора по обеспечению вновь введённого мониторинга безопасности, вероятно, приведёт к увеличению числа внеплановых проверок медицинских организаций, предоставляющих платные медицинские услуги. Так, статья 74 Федерального закона № 248-ФЗ о госконтроле прямо указывает, что «если в ходе наблюдения за соблюдением обязательных требований (мониторинга безопасности) выявлены факты причинения вреда (ущерба) или возникновения угрозы причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям, сведения о нарушениях обязательных требований, о готовящихся нарушениях обязательных требований или признаках нарушений обязательных требований» контрольным (надзорным) органом может быть принято решение о проведении внепланового контрольного (надзорного) мероприятия, т.е. о проведении внеплановой проверки.

- При выявлении в ходе наблюдения за соблюдением обязательных требований (мониторинга безопасности) нарушений обязательных требований в лучшем для медицинской организации случае контрольным (надзорным) органом, помимо решения о внеплановой проверке, в соответствии с пунктами 2 и 3 части 3 статьи 74 Федерального закона № 248-ФЗ о госконтроле может быть принято решение об объявлении предостережения или решение о выдаче предписания об устранении выявленных нарушений. В свою очередь, выполнение указанных выше предостережений и предписаний, без сомнения, будет контролироваться надзорным органом. Таким образом, даже относительно «мягкие» последствия наблюдения за соблюдением обязательных требований (мониторинга безопасности) предъявляют к медицинской организации обязательные для выполнения серьёзные требования.

Ну а теперь кратко остановимся на ещё одном виде контрольных (надзорных) мероприятий, осуществляемых без взаимодействия с контролируемым лицом, а именно на выездном обследовании. Характеристика и особенности проведения выездного обследования представлены в статье 75 Федерального закона № 248-ФЗ о госконтроле. В том числе указанная статья гласит: «1. Под выездным обследованием в целях настоящего Федерального закона понимается контрольное (надзорное) мероприятие, проводимое в целях оценки соблюдения контролируруемыми лицами обязательных требований.

2. Выездное обследование может проводиться по месту нахождения (осуществления деятельности) организации (ее филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений), месту осуществления деятельности гражданина, месту нахождения объекта контроля, при этом не допускается взаимодействие с контролируемым лицом».

В соответствии со статьёй 75 Федерального закона № 248-ФЗ о госконтроле в ходе выездного обследования на общедоступных (открытых для посещения неограниченным кругом лиц) производственных объектах, в том числе в медицинских организациях, могут осуществляться: 1) осмотр; 2) отбор проб (образцов); 3) инструментальное обследование (с

применением видеозаписи); 4) испытание; 5) экспертиза. При этом проводится выездное обследование без информирования контролируемого лица!

Что же, например, могут посмотреть при выездном обследовании представители Роспотребнадзора в любой медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги? А посмотреть, т.е. таким образом проконтролировать соблюдение обязательных требований, они могут очень многое. Предметом такой проверки может быть практически всё то, что касается обязательной информации об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах и соответственно указано в разделе III Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг. Как известно, в соответствии с Правилами значительные объёмы информации должны быть размещены на стендах (стойках) медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги. В этой связи в каждой медицинской организации одним из предметов выездного обследования может быть, например, проверка наличия на стендах (стойках) медицинской организации сведений о порядке и условиях предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Казалось бы, данное требование, прописанное в целом ряде нормативно-правовых актов, является несложным для исполнения, но на практике и, прежде всего, в частных медицинских организациях, оно нередко не выполняется. Здесь необходимо отметить, что в соответствии с частью 7 статьи 75 Федерального закона № 248-ФЗ о госконтроле в случае, если в рамках выездного обследования выявлены признаки нарушений обязательных требований, инспектор вправе незамедлительно провести контрольную закупку. А это уже весьма и весьма серьёзное контрольное (надзорное) мероприятие. При этом в данном случае в отношении проведения контрольной закупки не требуется принятие решения вышестоящих руководителей о проведении данного контрольного (надзорного) мероприятия. То есть последствия для медицинских организаций, не соблюдающих при предоставлении платных медицинских услуг установленные требования, могут быть самыми серьёзными.

Выше, на примере деятельности Роспотребнадзора, были достаточно подробно рассмотрены контрольные (надзорные) мероприятия, осуществляемые без взаимодействия с контролируемым лицом. При этом было отмечено, что проведение указанных мероприятий отнесено к компетенции Роспотребнадзора утверждённым в 2021 г. Положением о федеральном государственном контроле (надзоре) в области защиты прав потребителей. И здесь закономерно возникает следующий вопрос: «Если у Роспотребнадзора есть полномочия при контроле за предоставлением платных медицинских услуг на проведение контрольных (надзорных) мероприятий без взаимодействия с контролируемым лицом, то имеются ли аналогичные полномочия у Росздравнадзора?». Вопрос крайне важный, так как контроль за предоставлением платных медицинских услуг, в том числе является частью проводимого Росздравнадзором контроля (надзора) за соблюдением лицензионных требований к осуществлению медицинской деятельности. В то же время в Положении о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённом Постановлением Правительства РФ от 29 июня 2021 г. № 1048, в перечне видов контроля (надзора), осуществляемых Росздравнадзором, отсутствуют контрольные (надзорные) мероприятия, проводимые без взаимодействия с контролируемым лицом. И тем не менее, отвечая на поставленный выше вопрос, можно с уверенностью говорить о том, что Росздравнадзор имеет полное право на проведение контрольных (надзорных) мероприятий без взаимодействия с контролируемым лицом. При этом данное право распространяется не только на контроль за предоставлением платных медицинских услуг, но и на все иные направления контроля (надзора), осуществляемого Росздравнадзором. Подтверждением этому являются положения части 4 статьи 56 Федерального закона № 248-ФЗ о госконтроле, где чётко сказано, что «контрольные (надзорные) мероприятия без взаимодействия не требуют дополнительного указания в положении о виде контроля на их проведение».

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

• В настоящее время как Роспотребнадзор, так и Росздравнадзор в соответствии с Федеральным законом № 248-ФЗ о госконтроле при контроле (надзоре) в установленных сферах государственного контроля (надзора) за предоставлением платных медицинских услуг наделены правом осуществления контроля (надзора) без взаимодействия с контролируемым лицом, при котором проводятся следующие контрольные (надзорные) мероприятия:

1. наблюдение за соблюдением обязательных требований;
2. выездное обследование.

• В силу того, что контрольные (надзорные) мероприятия без взаимодействия с контролируемым лицом реализуются без предварительного уведомления контролируемых лиц, проведение надзорными органами указанных мероприятий, вероятно, повлечёт за собой увеличение числа внеплановых проверок медицинских организаций, включая контрольную закупку.

• Появление нового вида контрольных (надзорных) мероприятий без взаимодействия с контролируемым лицом является одним из значимых факторов, повышающих ответственность медицинских организаций в части соблюдения установленных законодательством требований к порядку и условиям предоставления платных медицинских услуг.

Лебедева, Е. И. Взаимодействие государства и частного предпринимательства в РФ на примере здравоохранения / Е. И. Лебедева, А. А. Присекин // Инновации и инвестиции. – 2022. – № 2. – С. 249-254.

Глобальные вызовы XXI в. — возрастающее социальное неравенство, фундаментализм, локальные войны, кризис демократий и либерализма — неизмеримо повышают роль взаимодействия государства и бизнеса. Серьезные аналитики Запада и России уже ряд лет констатируют факт, что сложившаяся в мире финансово-экономическая система находится в режиме выживания, что, в частности, подтверждает и разворачивающаяся на наших глазах пандемия. Сегодня в условиях пандемии COVID-19 увеличивающийся спрос и рост затрат на услуги здравоохранения затрудняют предоставление медицинских услуг государством в необходимом для общества объеме и приводят к увеличению нагрузки на государственный бюджет. Такая тенденция характерна как для России, так и для всего мира.

Модернизация медицинской отрасли обуславливает необходимость вхождения частного капитала в сферу здравоохранения. Настоящая статья посвящена вопросам взаимодействия ГЧП в области здравоохранения. Особое внимание уделяется анализу состояния развития механизма государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения в России и, в частности, в Самарской области.

Анализируя на переживаемом нами острым идеологическом и социально-экономическом переломе причины мировой нестабильности, эксперты и политики во многих странах уже выдвигают концепции будущих изменений в экономике, звучат предложения, каким образом реформировать социально-экономические отношения в обществе, обсуждаются возможные изменения в банковских финансовых сферах.

Недостаток средств в государственных и муниципальных бюджетах, увеличивающиеся социальные обязательства органов власти перед населением, серьезные проблемы несоответствия уровня развития здравоохранения современным потребностям общества обуславливают необходимость привлечения частных источников финансирования для обеспечения воспроизводственных процессов в отрасли.

Одним из путей решения этих проблем стала разработка и использование правительствами в своей деятельности особой институциональной системы по привлечению частного сектора к строительству и эксплуатации объектов здравоохранения, которая на Западе получила название Public-Private (PPP) или Государственно-частное партнерство (далее — ГЧП). Данный механизм способствует взаимодействию государства, бизнеса и общества, объединяя их усилия, учитывая интересы каждого из участников.

По мнению Э. Р. Йескомба, термин ГЧП первоначально относился к государственному финансированию социальных услуг, предоставляемых негосударственными, общественными организациями, и к государственному финансированию научно-исследовательских и конструкторских разработок, проводимых частными предприятиями.

Отечественный экономист В. Г. Варнавский определяет ГЧП как институциональный и организационный альянс между государством и бизнесом в целях реализации общественно значимых проектов и программ в широком спектре отраслей промышленности и НИОКР.

Представляется возможным акцентировать внимание на том, что форма ГЧП возникла в Великобритании в последнее десятилетие XX в. и, именуемая как Public Private Partnership, интерпретировалась как новая концепция привлечения частных ресурсов для эффективного управления государственной собственностью, контроль которых остается за государством. Сегодня данный механизм применяется в большинстве развитых стран, однако общепризнанная законодательная модель, регламентирующая его, отсутствует.

В РФ в качестве одной из целей государственной политики провозглашено вовлечение субъектов частного права в сферу здравоохранения, поскольку ее состояние находится в прямой зависимости от финансовых вливаний (как в инфраструктуру, так и в объемы оказываемых медицинских услуг) и эффективного менеджмента. Одним из наиболее действенных инструментов привлечения дополнительных финансовых средств в сферу здравоохранения является ГЧП.

Отметим, что на сегодняшний день в развитых странах более 60% проектов в области здравоохранения реализуются в форме ГЧП – это говорит о ее перспективности. Тремя основными направлениями привлечения частных инвестиций зафиксированы строительство медицинских организаций, внедрение информационных технологий и производство инновационного медицинского оборудования.

Итак, ГЧП предполагает, что государство использует финансовый, интеллектуальный и управленческий потенциал частного сектора для совершенствования качества предоставляемых услуг, ответственность за которые возложена законами на государственные органы и учреждения. Тем самым бизнес так же, как и государство несет социальную нагрузку. В целях расширения ресурсной базы российское государство стремится к решению социально-значимых задач, которые заключаются в поддержании и повышении качества жизни населения, развитии и внедрении новых технологий и методов лечения различных заболеваний.

Целью статьи является изучение взаимодействия ГЧП и РФ в сфере здравоохранения. В качестве метода сбора информации использован анализ существующей нормативной базы, анализ ситуаций по регионам, оценка мнений российского и зарубежного научного и практикующего сообщества, перспективные оценки государственных и частных экспертных структур.

С целью глубокого рассмотрения вопроса авторы считают важным обратиться к истории ГЧП в России. Поскольку политические, экономические и социальные преобразования создали в стране условия для объединения усилий государства, бизнеса и гражданского общества в решении значимых для общества социальных задач в целях улучшения охраны здоровья населения.

Предпосылки ГЧП в России можно обнаружить еще в XVIII в. Так, например, Петр I предоставлял владельцам мануфактур различные льготы, а позже лично передавал казенные предприятия в частные руки. В 1702 г. Невьянский металлургический завод на Урале был передан Никите Демидову.

В начале XX в. в период НЭПа были введены ограничения средней и мелкой предпринимательской инициативы под контролем государства, что привело к притоку иностранных инвестиций, которые можно считать простой формой ГЧП. По разным источникам, от зарубежных фирм было получено более 2000 предложений о концессиях и около 100 удалось осуществить. Тем не менее к 1937 г. все концессионные соглашения были аннулированы.

Экономическая политика СССР была направлена на упразднение частного сектора и индивидуальной предпринимательской деятельности. Примером может служить шестая глава УК РСФСР 1960 г. о «хозяйственных преступлениях». В ст. 153 и 154 частное предпринима-

тельство охарактеризовано как коммерческое посредничество и спекуляция, а также приравнено к уголовному преступлению.

Одним из первых шагов к развитию частного сектора можно считать Закон СССР «Об индивидуальной трудовой деятельности» от 19 ноября 1986 г., утративший силу на основании Закона РСФСР «о предприятиях и предпринимательской деятельности» от 1 января 1991 г.

Распад СССР привел к замедлению развития предпринимательства на законодательном уровне, поэтому через 11 лет был принят Федеральный закон от 21 марта 2002 г. №31-ФЗ, который привел в соответствие законодательные акты, напрямую или косвенно регулирующие частный сектор. С этого момента начинает складываться нормативно-правовая база частного сектора и закладываются предпосылки формирования ГЧП.

Это привело к тому, что спустя 70 лет, в 2005 г. был принят первый закон в РФ, регулирующий ГЧП: «Федеральный закон «О концессионных соглашениях» от 21 июля 2005 г. №115-ФЗ». Несмотря на то, что некоторые элементы партнерства можно было найти в программе «исследования и разработки по приоритетным направлениям развития науки и техники на 2002-2006 гг.». Многие документы, которые были приняты в период с 2005-2015 гг. показали необходимость создания единой нормативной базы для ГЧП, поэтому в 2015 г. был принят «ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 13.07.2015 №224-ФЗ.

Таким образом, государство может взаимодействовать с частным сектором на основе целого ряда актов. Подчеркнем, что основные модели ГЧП базируются на основе двух документов: 115-ФЗ «о концессиях» и 224-ФЗ «о ГЧП». Такие модели взаимодействия эффективно решают публичные проблемы, которые образуются в обществе, тем самым помогая решить государству многие задачи: поиск инновационных решений, привлечение внебюджетных средств, повышение качества благ и т.д.

Государственно-частное взаимодействие в сфере здравоохранения включает в себя широкий спектр различных публично-правовых отношений, в том числе механизмы государственно-частного партнерства, определенные законодательством Российской Федерации, в первую очередь, реализуемых посредством заключения концессионных соглашений.

ГЧП является эффективным механизмом привлечения частных инвестиций для дальнейшего их использования с целью развития общественной инфраструктуры и предоставления различного вида услуг. Для государства большой плюс состоит в том, что часть затрачиваемых средств – частные, поэтому не возникает дополнительная долговая нагрузка на бюджет, а если инициатива подана частным лицом, то государство экономит также на создании проекта.

Для частных лиц ГЧП – это возможность выйти на новый сектор рынка, в котором раньше был только один субъект – государство. Также частное лицо может решить ряд проблем, которые не так остро стоят для публичного субъекта.

ВЭБ.РФ, осуществляющий функции агента Правительства Российской Федерации, провел анализ рынка ГЧП, изучив инвестиции в различные инфраструктуры. На сентябрь 2021 г. в России реализуется 3562 проекта на общий объем инвестиций 4,7 трлн руб., из которых 3,4 трлн руб. – частные средства. Социальная сфера составляет 15% (или 554 проекта) от общего числа ГЧП, на нее выделено около 419 млрд руб., таким образом, она занимает третье место (после транспортной – около 2,807 трлн руб. при 150 проектов и коммунально-энергетической инфраструктуры – около 834 млрд руб. при 2678 проектов). При этом, 2790 проектов реализуются посредством концессионных соглашений, 677 посредством инвестиционных или арендных договоров, долгосрочных контрактов и только 95 проектов заключены посредством соглашения о ГЧП/МЧП. 90% всех проектов реализуются на муниципальном уровне.

Здравоохранение является одной из приоритетных задач органов государственной власти РФ, потому что от эффективности и качества сферы здравоохранения зависит здоровье и продолжительность жизни граждан, которые являются главными субъектами производительных сил.

Снижая заболеваемость и уровень смерти, а также увеличивая продолжительность жизни, государство содействует росту национального дохода страны, повышение общего

благополучия общества, что позитивно сказывается на всей экономике в целом. Развитие экономики напрямую связано с развитием сферы здравоохранения.

Данное направление выгодно для всех: государство имеет возможность прорывного открытия мирового уровня, создать лекарства от многих болезней и избежать формирования новых; бизнес имеет возможность получить хорошую прибыль, так как здравоохранение является сферой с высокой маржинальной степенью: «отдача каждого рубля, вложенного в здравоохранение, например, в профилактику сердечно-сосудистых заболеваний составляет 3-4 рубля, а в профилактику инфекционных заболеваний — более 100 рублей».

Нельзя забывать и про общество – развитие направления помогает решать острые социальные проблемы: высокая стоимость лекарственных препаратов, нехватка медикаментов, доступность медицинских услуг и их качество.

Бизнес, как и государство, должен нести социальную ответственность перед обществом, поэтому механизм ГЧП является важной составляющей в сфере здравоохранения. Первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Ф.С. Тумусов считает, что «вопрос о роли здравоохранения как системы обеспечения здоровья населения является актуальным всегда и нуждается в поиске и применении адекватных управленческих технологий, которые бы обеспечивали эффективную работу отрасли при соблюдении базовых принципов социальных систем. Эти задачи определяют важность эффективной государственной политики в области здравоохранения». Поэтому крайне важно поддерживать и развивать сфера здравоохранения, но для ее развития не всегда может хватать исключительно бюджетных средств, поэтому эффективным механизмом развития социальной инфраструктуры является привлечение частных средств и инвестиций посредством различных моделей ГЧП.

Особенно актуально развитие ГЧП в сфере здравоохранения стало из-за вспышки коронавируса COVID-19. Пандемия потребовала от государства дополнительные траты на закупку специальной техники и оборудования (аппаратов ИВЛ, кислородного оборудования, средств индивидуальной защиты и др.), транспортных средств (дополнительные автомобили скорой помощи), повышение зарплат работникам и выдача им премий. Финансовая поддержка оказывалась с помощью средств из резервного фонда Правительства, бюджета Российской Федерации. Эта ситуация изменила распределение финансовых сфер на различные сферы и предметы закупок. Поэтому важно, чтобы предприниматели приняли участие в развитии здравоохранения. В данный момент около 132 проектов реализуются в сфере здравоохранения.

Существует множество вариантов для реализации ГЧП в сфере здравоохранения. Ниже мы бы хотели продемонстрировать несколько ситуаций, которые описывают взаимоотношение государства и частного предпринимательства. Для этого мы используем метод ситуационного анализа: будут описаны ситуации ГЧП, как они отразились на публичном и частном лице, а также как это повлияло на общество и систему здравоохранения.

Одним из примеров может служить подписание соглашения о ГЧП в феврале 2019 г. между Правительством Новосибирской области и группой «ВИС» о создании семи городских поликлиник до 2022 на общую сумму 7,8 млрд руб. Для государства плюсы заключаются в том, во-первых, в том, что сеть городских поликлиник будет построена на частные инвестиции (7,4 млрд руб.), во-вторых, объект будет построен частной стороной (проект, закупка материалов, реализация, обслуживание и др.), в-третьих, это позволит государству разгрузить новосибирские поликлиники, следовательно, снизить недовольство и возражения местных жителей.

Для группы «ВИС» прежде всего это репутационный рост, так как данный проект официально назвали «это первый проект государственно-частного партнёрства в России, структурированный в рамках федерального закона о ГЧП №224-ФЗ», что поможет компании в дальнейшем продвижении, но также регион будет обязан вернуть частному лицу 13 млрд руб. в течение 7 лет. Также в период 2022-2029 гг. регион будет возмещать инвестору ежеквартально эксплуатационные затраты на поликлиники — в совокупности более 580 млн руб. и будет также получать арендную плату от эксплуатации поликлиники. Постройка новых поликлиник позволит увеличить пропускную способность системы здравоохранения в г. Новосибирск, что положительно скажется на местных жителях. Также будут введены новое оборудование (маммологические системы, УЗИ, МРТ и др.) для профильного лечения отдельных заболеваний, что поможет региону бороться с отдельными заболеваниями.

В августе того же года группа «ВИС» подписала соглашение ГЧП, но уже с Правительством Якутии сроком на 10 лет и стоимостью 1,7 млрд руб. по проекту проектирования, строительства и эксплуатации новой поликлиники в г. Якутске, которую также назвали «умной» из-за использования цифровых технологий, что улучшит систему здравоохранения Якутии. Проект имеет схожие с предыдущим проектом плюсы: государство перекладывает ответственность на частного партнера, развить местную систему здравоохранения и увеличить тем самым уровень жизни в регионе. Частному партнеру будут возвращены по итогу реализации проекта часть средств, а также у него появляются новые возможности развития ГЧП в Якутии (до этого группа «ВИС» реализовала Сеть образовательных и досуговых учреждений, Республика Саха (Якутия)).

Для населения преимущество состоит в развитии местной системе здравоохранения, появление нового современного оборудования (магнитно-резонансные томографы, эндоскопическое, флюорографическое и другое оборудование). Поликлиника также будет подключена к информационной системе «умная поликлиника», при которой все анализы и результаты будут передаваться в электронном формате, что ускорит прием пациентов и сделает лечение эффективнее.

Важным объектом здравоохранения является проект отдельного корпуса центра экстракорпоральной гемокоррекции и трансклинической физиологии на территории ГБУ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Сердавина», который позволил исключительно на частные средства построить и ввести в эксплуатацию центр, способный значительно снизить количество больных, жалующихся на проблемы с почками, в России. Данный проект, в отличие от двух предыдущих, основан на Распоряжение правительства Самарской области от 24.12.2013 № 878-Р, но является примером эффективности ГЧП. Проект был полностью построен на частные инвестиции, что является важным плюсом для государства.

Данный проект оказался выгодным для всех: публичная сторона также передала право владения и пользования частной стороне, а также разрешила получать продукцию (услуги) и доходы от данного проекта, но обязало следить за объектом и поддерживать в исправном состоянии. Жители Самары получили новый качественный центр, которые десятилетиями сможет их лечить. Конец завершения проекта – 2029 год, под этой датой подразумевают окончание эксплуатации концессионером центра. Данный проект позволил также стать победителем Самарской области в номинации «Лучший субъект РФ по уровню развития ГЧП в сфере здравоохранения».

Таким образом, рассматривая практику взаимодействия государственных структур субъектов РФ и бизнес-общества в формате государственно-частного партнерства (ГЧП) в здравоохранении, стоит выделить ряд моментов. Во-первых, данное взаимодействие двух секторов общества становится локомотивом развития российских регионов в различных отраслях и сферах. Во-вторых, происходит существенное наращивание финансовых ресурсов, направляемых на модернизацию отрасли здравоохранения. В-третьих, партнерское отраслевое взаимодействие власти и бизнеса работает на приращение общего блага и становится примером для других секторов общества.

Синицына, Н. ВОЗ изменила рекомендации по противовирусной терапии COVID-19 // Медвестник. – 2022. – 22 апр. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/VOZ-izmenila-rekomendacii-po-protivovirusnoi-terapii-COVID-19.html> (дата обращения: 25.04.2022).

Всемирная организация здравоохранения рекомендует комбинацию нирматрелвира и ритонавира, а также ремдесевир для лечения пациентов с легким, среднетяжелым течением COVID-19 и высоким риском госпитализации. К этой категории относятся пациенты с ослабленным иммунитетом, не прошедшие вакцинацию и люди пожилого возраста.

ВОЗ изменила рекомендации по противовирусной терапии легких и среднетяжелых случаев коронавирусной инфекции у пациентов с высоким риском тяжелого течения и госпитализации. Заявление опубликовано на сайте организации.

ВОЗ рекомендует противовирусный комбинированный препарат нирматрелвир и ритонавир. Такая терапия названа наилучшим выбором для пациентов с ослабленным иммунитетом, не прошедших вакцинацию и людей пожилого возраста. Назначение препарата не рекомендовано пациентам с низким риском тяжелого течения COVID-19.

Рекомендация ВОЗ основана на результатах двух рандомизированных исследований, в которых приняли участие 3078 пациентов с коронавирусной инфекцией. Анализ показал, что риск госпитализации на фоне приема препарата снижается на 85%. Таким образом, в группе высокого риска тяжелого течения COVID-19 частота госпитализаций снизилась на 84 на 1000 человек.

Кроме того, ВОЗ обновила рекомендации по назначению ремдесивира. Препарат также рекомендован пациентам с легким и умеренно тяжелым течением коронавирусной инфекции и высоким риском госпитализации. Рекомендации по назначению ремдесивира пациентам с тяжелым и крайне тяжелым течением COVID-19 пересматриваются.

В России зарегистрирован препарат, который содержит комбинацию нирматрелвира и ритонавира, писал «Фармацевтический вестник».

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Серебряков, В. Высокая эффективность нового метода // Медицинская газета. – 2022. – 6 апр. (№13). – С. 7.

В Университетский клинической больнице № 1 им. С. Р. Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского впервые в области при лечении больных раком мочевого пузыря применили методы фотодинамической терапии (ФДТ).

Современная высокотехнологичная аппаратура, недавно полученная клиникой урологии в рамках реализации федеральной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями», позволяет значительно повысить уровень оказания медицинской помощи больным онкоурологического, онкохирургического и онкогинекологического профилей.

Методы биомедицинской физики, к которым относят и ФДТ, являются инновационными, прогрессивными и активно используются в борьбе с онкологическими заболеваниями, показывая хорошие результаты и высокую эффективность. Он позволяет уменьшить вероятность рецидивирования онкологического заболевания в среднем на 20%.

Его применение стало возможным благодаря совершенствованию лазерных и эндоскопических технологий, а также разработке малотоксичных фотосенсибилизаторов, имеющих уникальное свойство избирательно накапливаться в определённых тканях, в частности, в опухоли.

«Принцип фотодинамической терапии основан на разрушении злокачественных новообразований вследствие особых фотохимических реакций. Гибель клеток опухоли развивается при взаимодействии светового излучения определённых длин волн», – поясняет директор НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии университета Владимир Попков.

Специалисты клиники используют его в комбинации с классическими методами лечения в качестве первичного противорецидивного для больных онкологического профиля.

Клиническая больница, соответствуя статусу федерального центра, активно внедряет в клиническую практику высокоэффективные методики лечения и диагностики различных заболеваний.

Долинина, Д. Инновации против рака : самарские онкологи внедряют новые методы диагностики и лечения // Волжская коммуна. – 2022. – 22 апр. (№58). – С. 5.

В регионе усилена борьба со злокачественными опухолями. Растет доля впервые выявленных онкологических заболеваний на начальных стадиях. А чем раньше выявлен рак, тем больше шансов его победить. О новых методах профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере рассказали специалисты учреждения.

Одной из основных проблем в здравоохранении является своевременное выявление и квалифицированное лечение пациентов с онкологическими заболеваниями. Приоритетом является профилактика и ранняя диагностика злокачественных новообразований. Реализуемая с 2019 года региональная целевая программа «Борьба с онкологическими заболеваниями» направлена на всестороннее повышение доступности и качества противоопухолевого лечения для жителей Самарской области. О профилактике, возможностях диагностики, лечения и реабилитации онкологических пациентов рассказала заместитель главного врача по медицинской профилактике, реабилитации и связям с общественностью СОКОД, доцент кафедры онкологии СамГМУ, кандидат медицинских наук Татьяна Золотарева.

– Формирование онкологической настороженности среди жителей региона и врачей является одним из ключевых направлений нашей работы. Специалисты диспансера постоянно ведут просветительскую работу, выезжают с лекциями, мастер-классами на предприятия, в учреждения для повышения информированности о факторах риска и причинах развития злокачественных опухолей. Важным аспектом работы является преодоление таких стереотипов мышления, как «рак неизлечим», «заболевание фатально». Возможности современной медицины с успехом развенчивают эти мифы. Диалог специалистов с жителями, пациентами и их родственниками важен. Такое общение позволяет укреплять доверие, – рассказала Татьяна Золотарева.

В последние три года в рамках реализации региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» идет замена диагностического оборудования на более современное, экспертного класса. Проводится переоснащение лабораторной службы, операционных. В диспансер уже поступило и введено в эксплуатацию более 150 единиц оборудования.

СОКОД является крупнейшим лечебным учреждением среди всех региональных учреждений не только в Приволжском федеральном округе, но и в России. Современная техническая база позволяет специалистам разных направлений активно внедрять новейшие технологии в диагностике, лечении, реабилитации.

– Например, в онкологическом отделении по хирургическому лечению рака молочной железы внедрены методики реконструкции с применением трансплантации собственными тканями, экзопротезами (имплантатами), в том числе с использованием дермального матрикса. Это значительно улучшает качество жизни женщин после операции, – пояснила Золотарева. – А в отделении нейрохирургии в прошлом году врачи освоили новые способы замещения во время операции дефектов костной ткани, пластики кожи и мягких тканей с использованием лоскутов со «случайным кровоснабжением». После таких операций сроки восстановления пациентов существенно сокращаются.

В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения внедрен и при наличии оказаний применяется метод воздействия и «разрушения» опухолевой ткани с помощью высокоэнергетических радиоволн. Проще говоря, клетки опухоли нагревают до высоких температур, что вызывает их гибель.

При выявлении онкологического диагноза пациентам назначается, как правило, очень агрессивное лечение. Многие из них тяжело переносят химио- и лучевую терапию. Такая «бомбардировка» новообразований не проходит даром для организма. После выписки из стационара долгое время могут сохраняться побочные действия и последствия. В отделении реабилитации онкологического диспансера применяют комплексные программы восстановления при разных заболеваниях. Лечение проводится как в условиях стационара, так и амбулаторно. Физиотерапия, лечебная гимнастика и гипербарическая оксигенация – далеко не полный перечень средств, помогающих человеку «встать на ноги».

Хирурги НМИЦ радиологии выполнили сложную реконструктивную операцию на челюсти // Медвестник. – 2022. – 25 апр. – URL: [https://medvestnik.ru /content/news/Hirurgi-NMIC-radiologii-vypolnili-slojnuu-rekonstruktivnuu-operaciju-na-chelusti.html](https://medvestnik.ru/content/news/Hirurgi-NMIC-radiologii-vypolnili-slojnuu-rekonstruktivnuu-operaciju-na-chelusti.html) (дата обращения: 25.04.2022).

В МНИОИ имени П.А. Герцена – филиале НМИЦ радиологии провели сложную реконструктивную операцию на челюсти. Вмешательство длилось шесть часов.

Хирурги Московского научно-исследовательского онкологического института (МНИОИ) им. П.А. Герцена выполнили сложную реконструктивную операцию на челюсти. Раньше такие вмешательства выполнялись поэтапно, сообщила 25 апреля пресс-служба НМИЦ радиологии.

В 2018 году у пациентки обнаружили рак первой стадии правой челюсти, опухоль удалили, но через некоторое время случился рецидив. Женщине назначили лучевую терапию в радикальной дозе 76 грей, но это не помогло. Когда пациентка попала в отделение микрохирургии в МНИОИ, у нее произошло тотальное повреждение трети челюсти, некроз костной ткани и разрушение нижнечелюстного сустава, из-за чего невозможно стало открыть рот, питаться, разговаривать.

Стандартно в таком случае прибегают к реконструктивным операциям: либо микрохирургической трансплантации собственной ткани, либо искусственного имплантата. В данном случае, с учетом состояния здоровья и возраста пациентки, врачи решились на более сложный, комбинированный вариант операции. Специалисты разработали индивидуальный титановый трансплантат, который должен был заместить не только погибшую часть челюсти, но и погибший сустав. Из специального медицинского пластика была создана суставная впадина.

Операция была дополнена трансплантацией фрагмента ткани с предплечья, которая позволила укрыть со стороны полости рта место реконструкции и дать объем ткани лица для нормального движения нижнечелюстного сустава. «Нарастив щеку», удалось не только помочь суставу нормально двигаться, но и сохранить естественное движение лица, его мимики.

В комбинированной операции с использованием технологий микрохирургии, пластики лица и индивидуальных титановых конструкций одновременно участвовали две бригады из пяти хирургов. Одна выполняла резекцию нижней челюсти и сустава, подготовку сосудов на шее для трансплантации, а другая формировала микрохирургический трансплантат, который был пересажен в полость рта. Операция длилась около 6 часов.

Раньше такие вмешательства выполнялись поэтапно, продолжались по 10-12 часов, но с развитием современных подходов в микрохирургии и с использованием цифровых технологий, а также вовлечением подготовленных специалистов в одномоментный процесс удалось сократить время на такие сложные, комбинированные операции практически вдвое, отметил генеральный директор НМИЦ радиологии академик РАН Андрей Каприн.

Лалаяни, И. Сердцу не прикажешь // Медицинская газета. – 2022. – 20 апр. (№15). – С. 13.

Люди гибнут от сердечно-сосудистых заболеваний или мутаций, нарушающих работу кардиомиоцитов (СМС). Кардиологи давно ведут биохимические и электрофизиологические исследования СМС, благодаря чему выделили протеиновые рецепторы, являющиеся зачастую и ионными каналами.

По ним в клетку и из неё идёт ионный трафик, регулирующий сокращение и расслабление сердечной мышцы в ходе циклов сердцебиения. Однако проблема в том, что изучение осуществляется точно, то есть с помощью вводимых в клетку электродов, либо в 2D-формате на клеточных культурах, где клетки теряют свою 3D-форму.

Исправить этот недостаток решили в Калифорнийском университете, предложив первый 3Р-чип со многими электродами, а вернее FET (Field Effect Transistor), «острия» которых направлены вверх в сторону СМС. Чип со многими (до 128) транзисторами и золотыми проводниками производится путём стандартной 2D-технологии, но в него изначально «заложены» петли. С их помощью при сложении образуется вертикальная «складка», в результате чего поднимаются контактирующие с СМС электроды высотой пять и шириной не более двух микрон. Использование чипа неинвазивно для клеток и позволяет записывать импульсы,

генерируемые ими как снаружи, так и внутри, отражающие витальную электрогенность. Авторы обращают внимание на высокую степень пространственного и временного разрешения. С помощью чиповой платформы им удалось измерить внутреннюю скорость мышечного проведения СМС, которая составляет 0,182 м/сек и оказалась в пять раз выше межклеточной. Чип, по мнению учёных, позволяет исследовать электроповедение отдельных клеток и больших клеточных сетей, что позволяет глубже понять клеточную физиологию СМС, а также патологию их взаимодействия.

Последние «управляются» трансмембранными токами ионов, например хлора (Cl). Последние «объединяют» желудок с его соляной кислотой и «работу» клеток эпителия слизистой воздухоносных путей, в мембране которых имеется хлорный «ректификатор». Мутации в его гене ведут к чрезмерному накоплению пристеночной слизи, в которой бурно развивается патогенная флора. Результатом этого нарушения становится кистозный фиброз.

Ещё одним примером хлорного канала является светочувствительный родопсин океанических одноклеточных, с помощью которого «запускается» фотосинтез, снабжающий атмосферу кислородом. Ген канала CIR (Cl-Ion Rhodopsin) используется в оптогенетике нейронов, в оболочке которых появляется протеин, реагирующий на лазер. Поступление ионов Cl в нервную клетку стимулирует её активность. Однако лишь в конце марта 2021 г. в Университете Ёнсе (Корея) в сотрудничестве с пекинским Циньхуа, Аризонским, Станфордским (в котором создана оптогенетика), а также Мельбурнским сообщили о начальных стадиях динамики родопсина. Их изучили с помощью рентгеновского лазера, лучи которого генерируются ускоренным потоком свободных электронов. Учёные писали в журнале PNAS, что «накачка» хлорных ионов после освещения фемтосекундным лазером с длиной волны 550 нанометров и начинается уже через 100 пикосекунд после его «вспышки».

Следует сказать, что родопсин «представлен» в клеточной мембране семью альфа-спиралями. Поступление ионов стимулирует подмембранный протеин, запускающий ферментный каскад в цитоплазме, способствующий в палочках и колбочках сетчатки глаза генерации импульса, поступающего затем в мозг. В клетках морских одноклеточных начинается процесс фотосинтеза, начальным этапом которого становится разложение (фотолиз) воды с высвобождением токсичного для клеток кислорода. Чёткое понимание работы ретиналя – представителя мембранных рецепторов – поможет пониманию механизмов других клеточных рецепторов и разработке лекарств для «исправления» работы больного сердца...

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Отношение подростков к здоровому образу жизни // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 1. – С. 33-38.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), состояние здоровья подростков является одной из наиболее актуальных проблем во всем мире. Сегодня формирование здоровья детей происходит в условиях проблем, обусловленных изменением условий и образа жизни, информационными перегрузками и психоэмоциональным напряжением, ухудшением экологической обстановки.

Анализ состояния здоровья населения России, по данным официальной статистики и результатам эпидемиологических исследований, показывает, что оно имеет негативную тенденцию с ухудшением показателей здоровья по большинству классов заболеваний. За последние 15 лет общая заболеваемость подростков и молодежи в нашей стране увеличилась в 1,7 раза. В старшем школьном возрасте (15-17 лет) на фоне возрастающей учебной нагрузки и сложностей пубертатного периода отмечается наиболее значимое ухудшение показателей здоровья, повышение частоты школьно-обусловленных заболеваний. Именно в этом возрасте важны профилактические мероприятия и здоровый образ жизни (ЗОЖ).

При этом большое значение имеют и поведенческие факторы риска здоровью, связанные с модифицируемыми формами поведения: нерациональным питанием, низким уровнем физической активности, курением, употреблением алкоголя, рискованным сексуальным поведением. Эти и другие неблагоприятные факторы, обусловленные образом жизни, будут в дальнейшем «определять уровень, динамику заболеваемости и смертности взрослого населения». Полностью устранить поведенческие факторы риска здоровью нельзя, однако то, насколько они будут минимизированы, во многом зависит от благополучия среды обитания и осведомленности подрастающего поколения по вопросам здоровья.

Здоровье будущего поколения – управляемый фактор. Для его сохранения необходимо существенно изменять в благоприятном направлении условия, влияющие на здоровье, воспитывать в детях культуру ЗОЖ.

Одним из приоритетных проектов Государственной программы «Развитие здравоохранения» является совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование ЗОЖ (укрепление общественного здоровья), направленного на увеличение доли граждан, приверженных ЗОЖ, путем формирования ответственного отношения к своему здоровью. В настоящее время, помимо традиционных показателей, существуют социальные характеристики здоровья, включая субъективное отношение личности к своему здоровью, социальные установки и самосохранительное поведение людей. Ответственное отношение к своему здоровью и правильная интерпретация его состояния (самооценка здоровья) могут выступать в качестве критериев оценки приверженности граждан ЗОЖ.

Самосохранительное поведение проявляется в готовности личности к сохранению собственной жизни и здоровья, характеризуется приверженностью профилактическим мероприятиям. Проблема формирования ценностного отношения к здоровью на сегодняшний день отличается достаточно высоким уровнем теоретических и эмпирических разработок.

Ценностное отношение к здоровью представляет собой «интегративное образование личности», критериями которого являются: система знаний и представлений о здоровье, ЗОЖ, здоровьесберегающих правилах и поведении с последующей трансформацией в ежедневную деятельность (игровую, учебную, трудовую), мотивация и потребность в сохранении и укреплении здоровья, здоровьесберегающее поведение, в основе которого формируется акме-здоровье (наивысшая ценность в ряду общечеловеческих ценностей), а сам человек выступает субъектом здоровьесозидания.

Государственная политика в области формирования здоровья подростков должна быть направлена на создание единой профилактической среды, формирование ЗОЖ подростков, повышение их знаний о возможности формирования своего здоровья, факторах риска здоровью, участие самих подростков в сохранении своего здоровья.

Все это указывает на необходимость проведения научных исследований с изучением информированности и отношения подростков к ЗОЖ для разработки программ, направленных на оптимизацию их здоровья.

При определении информированности подростков о том, что такое ЗОЖ, 80% респондентов ответили «знаю хорошо», 16,2% — «знаю неплохо» и только 3,8% — «знаю, но недостаточно». Половина (49,7%) подростков не хотели бы узнать больше по этому вопросу, 22,7% хотели бы узнать больше по вопросам правильного питания, 17,8% — по общим вопросам ЗОЖ, 14,6% — по факторам риска нарушения здоровья, 6,5% — по вопросам репродуктивного здоровья.

Выявляли представления подростков о составляющих ЗОЖ. Составляющими ЗОЖ 96,2% подростков считают соблюдение навыков личной гигиены, 93% — здоровое питание, 91,3% — отсутствие вредных привычек, 90,2% — соблюдение оптимального двигательного режима, 89,7% — прохождение профилактических осмотров специалистами при необходимости, проведение оздоровительных мероприятий и безопасное репродуктивное поведение, 87,4% — соблюдение правил личной безопасности, 86,8% — полное выполнение врачебных рекомендаций, 81,8% — обращение к врачу при первых признаках заболевания, 83% — соблюдение режима дня. Вместе с тем 10,3% подростков не считают составляющими ЗОЖ безопасное репродуктивное поведение, прохождение профилактических осмотров, проведение

оздоровительных мероприятий, 18,2% — обращение к врачу при первых признаках заболевания, 13,2% — полное выполнение врачебных рекомендаций, 17% — соблюдение режима дня. Чуть более половины (56,4%) подростков допускают обращение к врачу только при ухудшении самочувствия, не в первый день заболевания; 24,3% подростков считают составляющей ЗОЖ лечение при заболевании с учетом советов друзей и родителей.

Большинство (75,1%) подростков считают, что для здоровья необходим спокойный, пассивный образ жизни, с времяпрепровождением за гаджетами, книгой или у телевизора (59,6%), только 24,9% относят активный, подвижный образ жизни к здоровому, 28,4% подростков указывают, что к ЗОЖ относится редкое курение и редкое употребление алкоголя. Однако 71,6% подростков считают, что даже редкий прием алкоголя и курение являются вредными для здоровья.

Выявляли знания и отношение подростков к здоровому питанию. Подавляющее большинство (97,8%) подростков знают, что к здоровому питанию относится употребление свежих фруктов и овощей, регулярное употребление мяса птицы и рыбы (91,3%), ежедневные, не реже 2-3 раз в день, приемы горячей пищи (88%), регулярное употребление молочных продуктов (85,2%). «Не здоровым» питанием подростки считают частое употребление соленых и жирных блюд и нерегулярное питание (87,4%), сухоедение (86,7%) употребление газированных напитков (80,8%), чипсов, гамбургеров (78,6%). Однако часть из них к здоровому питанию относят употребление чипсов, гамбургеров (21,4%), газированных напитков (19,2%), сухоедение (13,3%), употребление соленых и жирных блюд (14,8%), нерегулярное питание (12,6%), нерегулярное употребление молочных продуктов (14,8%) и горячей пищи (12%).

Определяли информированность подростков о режиме дня. Установили, что большинство (96,2%) подростков правильно полагают, что для здоровья полезны ежедневные прогулки на свежем воздухе, продолжительность ночного сна не менее 8-9 ч (87,4%), выполнение домашнего задания не более 3,5 ч (80,9%), ежедневная утренняя гимнастика (75,5%), использование гаджетов не более 2 ч в день (62,8%). При этом 1/3 опрошенных считают, что использовать гаджеты более 5 ч в день, ночной сон менее 8 ч и прогулки 1-2 раза в неделю (42,9%) — это ЗОЖ. Многие подростки считают безвредным для здоровья затрачивать на выполнение домашнего задания более 3,5 ч (19,1%) и более 5 ч (16,6%) ежедневно.

При гиподинамии современных школьников важно определить, что подростки относят к оптимальной двигательной активности. Большинство респондентов считают, что оптимальная двигательная активность — это занятия в спортивных секциях (94%), ежедневные утренние пробежки (90,2%), утренняя гимнастика (89,1%), двигательная активность на переменах (74,9%), регулярное проведение физкультминуток (69,6%), занятия «большим» спортом (64,6%), игра в теннис, занятия на спортивных площадках на переменах (25,%). Не относят к оптимальной двигательной активности регулярное проведение физкультминуток 1/3 подростков. Оптимальной двигательной активностью 67% подростков считают спокойное времяпрепровождение на переменах.

При выявлении знаний по личной гигиене определили, что 98,4% подростков знают о необходимости мытья рук после возвращения с улицы, посещения туалета (97,8%), перед едой (93,4%), о необходимости смены нательного белья ежедневно (92,9%), чистки зубов 2 раза в день (91,8%). Но 28,9% считают, что чистить зубы нужно 1 раз в день, а 4,5% — 3 раза в неделю и реже. Большинство (84,6%) респондентов считают важным ежедневно принимать душ и мыть волосы не реже 2 раз в неделю (76,7%). Но 24,9% подростков считают, что принимать душ нужно 1-2 раза в неделю, реже 2 раз в неделю мыть волосы (23,3%), менять нательное белье 1-2 раза в неделю (19,9%). Почти все подростки знают правила личной гигиены, но расходятся во мнении о частоте гигиенических процедур.

Знание вопросов личной безопасности и профилактики травматизма является важным не только для профилактики заболеваний, но и для сохранения жизни детей. Почти все подростки (97,8%) знают, что для личной безопасности и профилактики травматизма надо соблюдать правила техники безопасности на уроках труда и физкультуры, при обращении с огнем и взрывчатыми веществами (92,4%), всегда переходить дорогу по пешеходному переходу (91,8%), пристегивать ремни безопасности на переднем (90,7%) и на любом (89,7%) сиденье автомобиля, купаться только в разрешенных местах (89,1%). Однако 21,9% подростков считают допустимым

переходить дорогу в любом месте при отсутствии автомобиля, 19,8% — не пристегивать ремни безопасности во время езды в автомобиле по проселочным дорогам, на любом сиденье (10,3%), купаться не только в разрешенных местах (10,9%).

Важно знать, информированы ли подростки о том, что нужно делать для сохранения и улучшения своего здоровья. Почти все подростки (99,4%) знают о необходимости соблюдать навыки личной гигиены, правила личной безопасности (97,8%), правильно питаться (95,6%), соблюдать правильный режим дня, спать не менее 8-9 ч, гулять, принимать витамины по назначению врача (93,5%), повышать свои знания по вопросам ЗОЖ (91,8%), отказаться от вредных привычек (90,6%), заниматься в спортивных секциях (87,9%), участвовать в спортивных мероприятиях школы (78,6%), физкультминутках (76,2%), заниматься фитнесом (75,1%), закаливаться (74,3%), меньше времени проводить за компьютером (70%). Однако 1/3 респондентов не считают, что им для здоровья нужно меньше времени проводить за компьютером, закаливаться (25,7%), заниматься аэробикой и фитнесом (24,9%), участвовать в физкультминутках (23,8%), в спортивных мероприятиях в школе (21,4%), заниматься в спортивных секциях (12,1%), отказаться от вредных привычек (9,4%). Необходимо обратить внимание на 11,6% подростков, которые считают, что для поддержания своего здоровья ничего делать не надо.

Подростки указали на школьные факторы, негативно влияющие на здоровье. Среди них наиболее часто называли высокие педагогические нагрузки (87,9%), отсутствие медицинских работников в школе (79,4%), отсутствие спортплощадок, бассейна (75,8%), сложности во взаимоотношениях учителей и учеников (75,4%), с одноклассниками (70,5%), отсутствие психолога в школе (70,8%), пропуски уроков физкультуры (60,6%). Подростки указали, что неблагоприятное влияние на здоровье оказывает успеваемость. Влияние неудовлетворительной успеваемости на здоровье отметили 40,1% подростков, кроме того, 32,6% считают, что отличная успеваемость также неблагоприятно отражается на формировании здоровья.

Источником информации о ЗОЖ подростки наиболее часто называют интернет (76,8%), родителей (66,5%), а также медицинских работников лечебно-профилактических учреждений (58,4%) и учителей (54,6%). Только 1/3 указывают в качестве источника информации медработников школы и телевидение, 1/4 — сверстников.

По мнению школьников, в большей степени формируют свое здоровье они сами (77,3%), а также их семья (65,4%), 1/3 указывают медработников, 1/4 — родственников и друзей, 10,8% — психологов.

Отмечая сложности в стремлении к ЗОЖ, наиболее часто подростки указывают на трудности соблюдения режима дня (64,3%), сокращение времени использования компьютера (62,7%), правильное питание (42,2%), достаточное пребывание на свежем воздухе (31,9%), соблюдение оптимального двигательного режима (28,6%) и адекватное общение со сверстниками и взрослыми (23,2%), обращение к специалистам (врачам, психологам) при необходимости (28,1%) или с профилактической целью (22,7%), проведение оздоровительных мероприятий (20,5%), отказ от вредных привычек (17,8%). Кроме того, они считают, что более всего им мешает соблюдать ЗОЖ лень (52,4%), недостаток времени (46,5%), отсутствие интереса (18,4%), материальные затруднения (13,5%). Примерно 1/5 (20,5%) подростков не считают это нужным, так как они здоровы и не имеют физических недостатков.

Подростки считают, что для соблюдения ЗОЖ им необходимо желание (87,6%), собственное убеждение в необходимости этого (67,6%), время (57,3%), информация (55,7%), а также примеры в семье (46,5%), друзей, известных людей (45%), условия (41,6%), деньги (29,2%).

По мнению подростков, самое важное в мотивации к ЗОЖ — желание быть здоровым (80%), стремление совершенствовать свое тело (70,3%), а также доступность оздоровительных объектов (48,1%), 1/3 отмечают необходимость примера родителей и друзей, 1/4 — пример известных людей и информированность.

Среди жизненных ценностей большинство (73,4%) респондентов на первое место поставили семью, на второе — друзей (28,3%), здоровье подростки поставили на третье место (22,8%).

При анкетировании установлено, что большинство подростков информированы о ЗОЖ, но только 1/3 из них поддерживают активный образ жизни. Это указывает на необходимость включения данных вопросов в программы повышения компетенции подростков о ЗОЖ.

Выявленное отсутствие убежденности подростков в необходимости поддерживать свое здоровье указывает на необходимость расширения информации по этому вопросу.

Трудности с соблюдением режима дня, правильного питания, достаточного пребывания на свежем воздухе и длительности использования компьютеров свидетельствуют о высокой учебной нагрузке, слабой организованности и слабой мотивации к соблюдению ЗОЖ.

Необходимо учитывать, что наиболее частые источники информации о ЗОЖ для современных подростков — интернет и родители. Важно повышать роль медицинских работников поликлиник и школ в повышении знаний подростков о ЗОЖ.

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>