

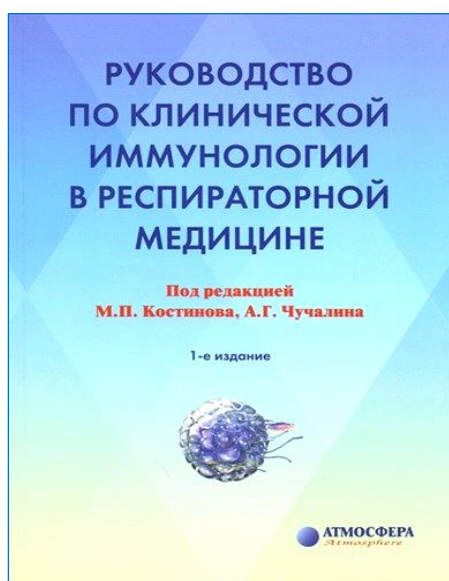


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№9 (сентябрь), 2019



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	34
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	39

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Захаров, Г. О. Нацпроект «Здравоохранение»: какой будет российская медицина к 2024 году // Экономист лечебного учреждения. – 2019. – № 8. – С. 15-20.

Система здравоохранения является одной из самых значимых для социальной сферы государства. На сегодняшний день ее состояние вызывает опасение экспертов, общество недовольно низким уровнем доступности медицинских услуг, их качеством. Особенно острой проблема остается в регионах, где наблюдается нехватка специалистов узкого медицинского профиля, недостаток больниц.

ВЦИОМ провел соцопрос, результаты которого установили, что для россиян деградация отечественной медицины является одной из трех самых главных и актуальных проблем экономики страны после слабой и неэффективной экономики и низкого качества жизни. Впрочем, качество жизни во многом зависит именно от уровня развития системы здравоохранения.

Население ждет от государства активных мер по преодолению проблем медицины, причем в самые короткие сроки. Жители России нуждаются в доступной и качественной медицинской помощи. Несмотря на общественные ожидания, российское правительство тратит на здравоохранение в расчете на душу населения в 3,2 раза меньше, чем западноевропейские страны.

К наиболее актуальным проблемам российского здравоохранения следует отнести:

- отсутствие высокотехнологичного оборудования в больницах из-за его высокой стоимости или неумение эффективно использовать все возможности такого оборудования;
- несовершенство системы обязательного медицинского страхования и, как следствие, неэффективное и нерациональное использование финансовых ресурсов;
- длительные сроки ожидания медицинской помощи;
- ограниченные гарантии в получении бесплатной медицинской помощи, гарантированной гражданам РФ по Конституции;
- низкий уровень квалификации медицинских специалистов.

По уровню прогнозируемой продолжительности жизни наша страна занимает 110-е место в мире, что для государства с амбициями на внешнеполитической арене является критически низким показателем. Разрыв со странами Евросоюза составляет 10,5 лет. Наибольшие опасения вызывает высокий уровень смертности мужчин, находящихся в трудоспособном возрасте. На протяжении последних 16 лет, несмотря на активное реформирование медицинской отрасли, продолжает расти уровень заболеваемости населения.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) провела интересное исследование: вероятность того, что мужчины умрут в возрасте от 15 до 60 лет в России почти в 2 раза выше, чем в Европе (325 против 168 на 1000 человек соответственно). Исследование проводилось в 2015 г., еще более удручающие показатели по этому критерию были зафиксированы лишь в Сирии и 18 африканских странах, относящихся к «третьему миру».

Для преодоления этих проблем и исправления ситуации в 2005 г. в России был запущен приоритетный национальный проект «Здоровье». Программа должна была обеспечить значительное повышение качества оказываемой медицинской помощи в России. На ее реализацию до 2012 г. было выделено более 600 млрд. руб. К 2009 г. средняя продолжительность жизни в России увеличилась с 65,4 до 69 лет.

В отчетах чиновников утверждается, что удалось существенно снизить показатели младенческой и материнской смертности. В 14 регионах завершено строительство федеральных центров, оказывающих услуги высокотехнологичной медицины по травматологическому профилю, сердечно-сосудистой хирургии, нейрохирургии, эндопротезированию, ортопедии. Всего за период с 2000 по 2015 г. в России число пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь, увеличилось в 13,7 раза, с 60 до 823,3 тыс. человек.

Однако не все эксперты в области медицины разделяют восторг властей по поводу результатов, которых удалось добиться. По мнению скептиков, огромные инвестиции, направленные в систему здравоохранения, не привели к ожидаемому результату. Так, оборудование действительно было закуплено, но медицинские работники не имеют опыта и

навыков работы с ними, расходные материалы быстро закончились, для их замены финансирование уже не предусмотрено. Улучшения в области здравоохранения действительно были достигнуты, однако в целом российское здравоохранение по-прежнему серьезно отстает от развитых западных стран.

В 2010 г. с принятием закона об обязательном медицинском страховании началась оптимизация системы здравоохранения. Главная задача новой реформы заключалась в оптимизации расходов на медицину, добиться которой предполагалось за счет сокращения числа больниц: закрытия неэффективных учреждений и расширения использования высокотехнологичных медицинских организаций. Реформа еще не завершена, однако уже сегодня показала свою неэффективность и привела к катастрофическим последствиям: массовое закрытие больниц в небольших районах привело к снижению качества медицинской помощи, она стала недоступной для многих жителей.

По данным исследования, проведенного экспертами Центра экономических и политических реформ (ЦЭПР), за период с 2000 по 2015 г. количество больниц сократилось в 2 раза: с 10,7 тыс. до 5,4 тыс., количество больничных коек в сельской местности сократилось почти на 40 %. Исследование Счетной палаты также подтвердило, что в результате оптимизации здравоохранения в России медицинская помощь стала менее доступной. За тот же период резко возросла заболеваемость населения: осложнения при родах и протекании беременности участились на 39,1 %, заболевания системы кровообращения – на 82 %, онкологические заболевания и новообразования – на 35,7 %. Таким образом, эффективность реформ последнего десятилетия в медицине вызывает большие сомнения.

Что включает в себя новый национальный проект?

Национальный проект «Здравоохранение» предполагает развитие по таким ключевым направлениям как:

- улучшение качества медицинской помощи при онкологических и сердечно-сосудистых заболеваниях;
- усовершенствование процесса подготовки медицинских кадров;
- усовершенствование процесса предоставления первичной медицинской помощи;
- улучшение качества медицинской помощи, оказываемой детям;
- внедрение информационных технологий в систему здравоохранения;
- развитие системы медицинского туризма и повышение статуса национальных медицинских центров.

Одной из наиболее острых социальных проблем, связанных с качеством жизни и качеством медицинской помощи, является низкая доступность медицинских услуг в регионах, особенно в небольших городах и поселках. В результате оптимизации число больниц сократилось, и высококвалифицированная медицинская помощь теперь предоставляется преимущественно в крупных городах. Особенно острой эта ситуация остается в труднодоступных районах и сельской местности.

На сегодняшний день в России в более чем 20 тыс. населенных пунктов население не имеет возможности своевременно получить срочную медицинскую помощь. Минздрав выделяет финансирование, но его хватает только на проведение капитальных ремонтов. В нацпроекте «Здравоохранение» на 2019-2024 гг. заложено строительство более 360 новых объектов для сельского здравоохранения, программа также включает в себя обновление более 1,2 тыс. объектов: сельских врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов.

Еще одно направление программы – закупка «мобильных поликлиник», представляющих собой медицинские передвижные комплексы для поселков с населением менее 100 человек. Реализация программы должна сделать медицинскую помощь более доступной, жители сел теперь смогут получать помощь на месте, без необходимости добираться до районных поликлиник. В рамках программы также планируется создать дополнительно 80 новых вертолетных площадок, где смогут садиться вертолеты санитарной авиации в случае необходимости экстренной госпитализации.

С 2012 г. работает программа «Земский доктор», цель которой также заключается в повышении качества и доступности медицинской помощи жителям небольших населенных пунктов. Программа предполагает единовременные компенсационные выплаты медицинским

работникам, работающим в сельской местности. Эти меры позволяют привлекать в сёла молодых специалистов, повышать укомплектованность медицинских организаций.

Борьба с онкологией и инфарктами.

Важнейшим направлением нового нацпроекта является борьба с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. Прежде всего, планируется улучшить инфраструктуру, используемую для лечения пациентов. Предполагается строительство новых современных медицинских центров, старые больницы будут модернизированы.

Самое большое финансирование нацпроекта «Здравоохранение» будет выделено для борьбы с онкологическими заболеваниями, ставшими настоящей катастрофой нашей эпохи. До 2024 г. будет построено два новых онкологических диспансера, в Костромской и Томской областях, также будет возведено 5 новых онкологических корпусов в Хакасии, Мордовии, Липецкой и Волгоградской областях, Башкортостане.

В плане борьбы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы также намечаются серьезные изменения. В 140 региональных сосудистых центрах будет проведено переоснащение медицинского оборудования, планируется закупить новое оборудование для ранней медицинской реабилитации. Такие же мероприятия будут проведены в 469 первичных сосудистых отделениях. Часть из них будет дооснащена дополнительным оборудованием для проведения рентгенэндоваскулярных вмешательств. В регионах будет закуплено 495 компьютерных томографов, 223 магнитно-резонансных томографа, 278 ангиографических систем.

Профилактика – залог здоровья!

Одним из последних проектов в системе здравоохранения стало перемещение большого объема медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторный. Мероприятие было проведено в рамках «оптимизации» здравоохранения и стало причиной многочисленных споров и дискуссий.

Так, в 2019 г. в России действует новый порядок проведения диспансеризации и профосмотров. В соответствии с ним каждый житель России в возрасте от 18 лет может ежегодно проходить профилактический осмотр абсолютно бесплатно. Кроме того, население в возрасте от 12 до 40 лет может раз в три года проходить полное комплексное обследование в рамках диспансеризации.

В целом в системе здравоохранения России наметилась тенденция перехода на платную основу: финансирование здравоохранения будет постепенно сокращаться, а населению придется самостоятельно оплачивать лечение и медицинские услуги. Минздрав фактически перекладывает ответственность за здоровье граждан на самих граждан. По заявлению министра здравоохранения Вероники Скворцовой, именно человек максимально влияет на свое здоровье, и задача системы здравоохранения заключается в том, чтобы сформировать мотивацию у населения в ведении здорового образа жизни, достроить систему информирования и популяризовать профилактику болезней.

Еще одна задача государства заключается в стимулировании ведения населением здорового образа жизни (ЗОЖ). Правительство ожидает, что к моменту завершения нацпроекта более половины (55 %) жителей России будут регулярно заниматься спортом и физкультурой. Фактически национальный проект должен сместить акценты в здравоохранение: развитие медицины нацелено не на лечение болезней, а на их предупреждение. Больницы и медицинские специалисты будут заниматься профилактическими осмотрами и диспансерным наблюдением. Охват профилактическими осмотрами к 2024 г. должен составлять не менее 90 % от всего населения страны. Люди, имеющие хронические заболевания, получают паспорта здоровья.

Трудовое здоровье – ответственность корпораций.

Развитие системы профилактики и предупреждения болезней, впрочем, не означает, что государство собираются лишить население права на получение бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий, закрепленных в Конституции. По оценке вице-премьера Татьяны Голиковой, в 2018 г. территориальные программы государственных гарантий в вопросах предоставления медицинской помощи столкнулись с дефицитом в размере 55,9 млрд. руб.

Изменения, которые происходят в системе здравоохранения, направлены, в том числе, и на решение этой проблемы. Так, по итогам 2016 г. только 1,1 % расходов фонда ОМС приходились на оплату услуг частных клиник, хотя ежегодно рынок частной медицины в России увеличивается в среднем на 5,9 %. Коммерческие медицинские центры и клиники принимают активное участие в работе программы ОМС – таким образом, они стремятся увеличить прибыль в условиях кризисной экономики. В результате этого доля частных клиник в системе ОМС в 2019 г. стала равняться уже 30 %, чаще всего они предоставляют услуги гинекологического, стоматологического, урологического профиля, диагностические исследования.

Еще один проект, направленный на мотивацию населения вести здоровый образ жизни, «Демография», предполагает создание системы стимулирования граждан к здоровому питанию и отказу от вредных привычек. Большую роль играют корпоративные программы укрепления здоровья, они приводят к сокращению числа страховых случаев, связанных с высоким уровнем профессиональной заболеваемости. Использование механизмов корпоративного ДМС позволяет бизнесу добиться высокой эффективности и производительности труда за счет высокой эффективности. В компаниях, где используются корпоративные программы по укреплению здоровья работников и дополнительному медицинскому страхованию, в качестве стимулирования сотрудники получают дополнительные налоговые выплаты. 67 % россиян, по данным исследования Kelly Services считают дополнительное медстрахование главным стимулирующим фактором для работника после уровня зарплаты.

Подготовка новых кадров.

Одной из главных задач национального проекта является решение проблемы с дефицитом врачей в системе здравоохранения. По данным Минздрава, на сегодняшний день дефицит врачей в России составляет 27 тыс. человек, больницам не хватает 133 тыс. человек среднего медицинского персонала. Параллельно с проектом происходит дистанционное обучение и аккредитация медработников, всего удаленную переподготовку должны пройти не менее 1,88 млн. медсестер и врачей.

В рамках нацпроекта более 600 тыс. медицинских специалистов повысят свою квалификацию. Обучение происходит с использованием системы интерактивных медицинских модулей на площадке портала, созданного для обеспечения непрерывного медицинского образования (edu.rosminzdrav.ru).

Цифровая медицина.

В 2011 г. в России была сформирована Единая государственная информационная система, действующая в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Создание системы стало важным шагом на пути цифровизации системы здравоохранения в России. Этот процесс предполагает подключение к Интернету больниц, переход на использование электронных медицинских карт и рецептов, предоставление дистанционных медицинских консультаций населению. Использование информационных технологий в медицине помогает пациентом сделать процесс получения медицинской помощи более быстрым и легким. К 2024 г. в больницах страны будут оборудованы более 820 тыс. автоматизированных рабочих мест.

По мнению экспертов, использование системы удаленного консультирования и дистанционных технологий в медицине позволит сократить расходы на госпитализацию на 40 %. Для этого должен быть организован постоянный дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, имеющих хронические заболевания. В результате внедрения подобных технологий может произойти мощный скачок в развитии сервисов получения дополнительного медицинского мнения и телемедицинских сервисов.

Татьяна Голикова отмечала, что сегодня телемедицина используется в 53 регионах страны. 37 тыс. пациентов получают медицинскую помощь с помощью телемедицинских технологий, 175 тыс. врачей уже работают с электронной медицинской документацией.

В апреле 2019 г. Минздрав создал центр компетенций цифровой трансформации системы для отбора лучших медицинских методик, которые в дальнейшем могут быть реализованы в регионах. На сегодняшний день происходит процесс запуска «Совета разработчиков и интеграторов цифрового здравоохранения» и «Портфеля технических проектов и решений цифрового здравоохранения».

Ресурсы нацпроекта.

Нацпроект «Здравоохранение» имеет амбициозные задачи, однако, по мнению экспертов, он не способен решить все проблемы отрасли. В частности, так считает глава Минздрава России Вероника Скворцова. По мнению доктора медицинских наук, академика РАН Валерия Пузырева, на сегодняшний день из-за отсутствия необходимого финансирования износ медицинского оборудования в российских больницах составляет 78 %.

Эксперты НИУ ВШЭ в 2017 г. подготовили аналитический доклад «Здравоохранение: современное состояние и сценарии развития», в котором дали 4 прогноза развития отечественного здравоохранения до 2025 г.: «жесткие реформы», «инерционный», «реформы плюс ресурсы», «ресурсы без реформ». Концепция нацпроекта больше всего напоминает последний вариант. Финансирование производится на отдельных приоритетных участках, при этом глобальные проблемы и недостатки страховой медицины остаются нерешенными.

Главная проблема российской медицины по-прежнему заключается в неэффективности действующей системы ОМС. Тарифы, которые используются в этой системе, не покрывают реальные затраты на оказание медицинской помощи населению. Эксперты НИУ ВШЭ характеризуют такой сценарий негативными последствиями, при которых эффективность использования больших объемов ресурсов здравоохранения будет оставаться на низком уровне. Участники государственной системы здравоохранения будут иметь низкую мотивацию к увеличению ее эффективности, здравоохранение будет оставаться затратным, а население не сможет пользоваться доступной высококвалифицированной медицинской помощью.

Яковлев, А. «Первичка» выходит на первый план. Минздрав предложил комплекс важнейших изменений. Президент поддержал // Медицинская газета. – 2019. – 28 авг. (№ 33). – С. 1, 4-5.

Среди отраслей экономики и социальной сферы есть такие, где преобразования должны быть исключительно системными, иначе они бессмысленны. К числу таковых относится здравоохранение.

Собственно, и сама отрасль не случайно называется «российская система здравоохранения». В ней налицо все признаки системности: четко выстроенная иерархия управления, трёхуровневая структура оказания медицинской помощи, строгая внутриотраслевая регламентация порядков и стандартов работы. Изменения в одном из сегментов неизбежно повлекут необходимость вносить коррективы во все остальные, иначе дисбаланс окажется критическим.

Так, стремление развивать специализированную и высокотехнологичную медицину – само по себе очень хорошее решение, поскольку оно определяет собственно уровень медицинской помощи в стране. Однако если при этом оставить без внимания первичное звено здравоохранения, то очень скоро государство столкнется с острым дефицитом средств на высокие технологии, потому что показатель запущенности заболеваний окажется запредельным.

Именно к такому выводу пришли в Министерстве здравоохранения Российской Федерации, проведя глубокий анализ ситуации в первичном звене. Результаты оценки и предложения, что и как необходимо изменить, были представлены Президенту России Владимиру Путину на совещании в Кремле 20 августа.

Напрашивается вопрос: коль скоро все направления «усиления» и «укрепления» легли в основу федеральной программы совершенствования первичной медико-санитарной помощи, которая является частью Национального проекта «Здравоохранение», то зачем потребовалось возвращаться к теме на столь высоком уровне? Ответ прост: иногда исполнителей необходимо дополнительно «встряхивать», а то и вовсе «приводить в чувства». Об этом сказал сам глава государства участникам встречи в Кремле.

– В рамках Национального проекта «Здравоохранение» многое запланировано и уже делается. Напомню, мы предусмотрели для нацпроекта значительные ресурсы – 1 трлн. 367 млрд. руб. Из них по программам на первичное звено здравоохранения – 237,5 млрд. Это существенные ресурсы, которые должны быть истрочены с умом и дать хороший результат. Нам, безусловно, нужно принять дополнительные меры по укреплению первичного звена здравоохранения. Напомню, мы дважды это делали из федерального центра в расчёте на то, что наша инициатива

будет подхвачена на местах, в регионах, но этого не происходит. Что-то там, видимо, до конца эффективно не работает, – обозначил проблему В. В. Путин.

К сожалению, в сообщениях, которыми сопроводили данное событие средства массовой информации, не все важные аспекты из большого доклада министра здравоохранения России Вероники Скворцовой были отражены детально. Между тем в выступлении главы Минздрава предельно ясно расписана стратегия укрепления «первички», а также справедливо распределена ответственность и за происходящее здесь сегодня, и за грядущие перемены: кто и в чём недоработал, кто и что должен сделать, чтобы первичное звено здравоохранения стало главным, определяющим в системе, как тому и положено быть.

Ресурсы и резервы.

Итак, что представляет собой первичное звено отечественного здравоохранения, каковы это материально-технические и кадровые ресурсы?

По информации Минздрава России, инфраструктура первичной помощи превышает 60 тыс. подразделений. Здесь работают более 305 тыс. врачей и более 545 тыс. среднего медицинского персонала. Дефицит кадров в «первичке» существенный – более 25 тыс. врачей и 130 тыс. медсестёр, акушерок, фельдшеров, лаборантов. Если число специалистов с высшим медицинским образованием в первичном звене выросло за последние четыре года на 4 тыс., то прироста сотрудников со средним медобразованием не произошло вообще. О том, как ведомство предлагает решить острейшую кадровую проблему, чуть позже.

А пока – об объективно хорошем. За последнее время стала меняться структура посещений пациентами учреждений первичного звена, а именно увеличилась доля профилактических визитов. Если в 2012 г. с профилактическими целями, включая диспансеризацию, на ФАПы и в поликлиники обратились 38,6 млн. россиян, то в 2018 г. – уже 62 млн.

– На сегодняшний день полностью сформирована нормативная база, регулирующая первичную помощь. Определены предельные сроки ожидания всех видов помощи, включая скорую и неотложную, приём участкового врача, консультацию узкого специалиста, лабораторные и инструментальные методы диагностики, плановую госпитализацию. Мониторинг этих показателей свидетельствует о том, что ещё не тотально, но всё в большем количестве случаев эти показатели исполняются на территории страны, – отметила В. И. Скворцова.

Как подчеркнула министр, изменились правила обязательного медицинского страхования, согласно которым первичная помощь более не финансируется по остаточному принципу после специализированной и высокотехнологичной, а является приоритетным направлением.

И это – очень важная перемена. А с 2019 г. из подушевого норматива выделен самостоятельный тариф на профосмотр и диспансеризацию, что позволяет обеспечивать профилактические мероприятия полным рублём.

С 2020 г. самостоятельный тариф выделяется на сложные методы диагностики, такие как томография, ангиография и др., а также будет обеспечено полное финансирование фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов на основе необходимого уровня заработной платы, который в данном случае занимает 90 % от тарифа.

Дополнительным ресурсом самого министерства стала геоинформационная система. Разрабатывать стратегию развития отрасли невозможно, не имея представления о том, каких именно уровней и профилей медицинской помощи недостаточно в каждом населённом пункте страны. Чтобы составить такую «карту локализации» лечебных учреждений, Минздрав России в 2015 г. инициировал создание геоинформационной системы. Сегодня этот механизм позволяет автоматизированно определять доступность медицинской помощи с учётом транспортной досягаемости и определением времени доставки пациента в медицинское учреждение любого уровня.

– Проанализированы все 156 тыс. населённых пунктов нашей страны. Это позволило нам с 2017 г. целенаправленно и последовательно сокращать количество тех из них, для жителей которых ограничена доступность первичной помощи. Речь идёт о сёлах и деревнях с населением от 100 до 2 тыс. человек. Если сегодня проблемы с доступностью первичной помощи

сохраняются для 480 таких населённых пунктов по стране, то к концу нынешнего года их останется 144, а на будущий год мы полностью эту задачу решим, – уверена В. И. Скворцова.

Что касается резервов здравоохранения, которые до недавнего времени не были задействованы в полной мере для обеспечения доступности первичной помощи, к их числу относится выездная работа. Та же геоинформационная система позволила выявить территории с низкой плотностью населения, где проживают менее 100 человек в населённом пункте. Специально для этих направлений сформированы мобильные медицинские бригады и закуплены передвижные медицинские комплексы. Сейчас их количество доведено до 3800.

Дефицит кадров: что делать?

Теперь о самом наболевшем в первичном звене. По словам министра, прежде всего это дефицит кадров всех категорий: и участковых врачей, и узких специалистов, и среднего персонала. Далее – нарушения при территориальном планировании медицинской инфраструктуры в регионах. Кроме того, большой износ основных фондов, включая здания, оборудование, инфраструктуру. И, наконец, сохраняющиеся сложности транспортной доступности «первички» в удалённых районах страны.

Как уже сказано, Минздрав изучил положение дел и предложил комплекс дополнительных мер – в основном организационных – для устранения этих проблем.

Что касается причин дефицита среднего медицинского персонала, анализ показал: с 1990 г. фактически в два раза сократился приём в средние специальные медицинские учреждения, которые относятся к ведению регионов. Соответственно, сегодня число выпускников медколледжей в целом по стране на 16,5 тыс. меньше, чем 20 лет назад.

– Мы просим дать поручения субъектам Российской Федерации увеличить приём в средние специальные учебные заведения медицинского профиля до уровня не ниже 1990 г. Это позволит нам обеспечить приход в отрасль 68-70 тыс. сотрудников ежегодно. Так мы полностью в течение 3-4 лет закроем дефицит среднего медперсонала, – обратилась В. И. Скворцова к главе государства.

Отдельно - о сельской медицине

Есть ли будущее у программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер»? В Минздраве уверены, что есть. За годы их реализации эти программы позволили привлечь в первичное звено более 34 тыс. врачей и 1,5 тыс. фельдшеров.

Единовременные выплаты – миллион рублей для врачей и 500 тыс. для фельдшеров – по-прежнему сохраняются. Увеличен возрастной ценз для желающих участвовать в программах – с 35 до 50 лет. Кроме того, расширена география проекта на рабочие посёлки и посёлки городского типа, на малые города – до 50 тыс. населения.

Тем не менее, министерство продумывает дополнительные меры для повышения привлекательности обеих программ. В частности, предлагается для особо сложных территорий, таких как арктическая зона, районы Крайнего Севера и приравненные к ним, а также территории с низкой транспортной доступностью по жёстким критериям, ввести повышающий коэффициент к заработной плате 1,4. Данное предложение В. И. Скворцова озвучила на совещании при Президенте России, подчеркнув при этом, что для его реализации не потребуется дополнительное финансирование, средства есть в федеральном бюджете. Положительное решение вопроса даст возможность дополнительно привлечь медицинских работников в регионы с весьма непростыми климатогеографическими условиями для жизни и работы.

Наставник для резидента.

Одно из направлений кадровой политики Министерства здравоохранения РФ – привлечение в отрасль молодых специалистов и создание оптимальных условий для их работы.

Предлагается, в частности, использовать международную практику резидентуры. Речь идёт о том периоде, когда молодой специалист, не имеющий пока опыта работы по специальности, трудится под контролем опытных наставников, кураторов. При этом ответственность за решения, принятые молодыми специалистами, разделяют их наставники.

Резидентура по терапевтическому профилю во всех странах Европы, Канаде, США длится 2-3 года, по хирургическим базовым профилям – 4-5 лет, по узким специальностям – до 7 лет.

– Нам представляется, что необходимо ввести на законодательном уровне статус молодого специалиста и статус врача-наставника. Наставником может быть специалист с первой

или высшей квалификационной категорией и стажем не менее 5 лет. Таким образом, можно будет обеспечить работу выпускников медицинских вузов и ординатуры в государственной системе здравоохранения под контролем квалифицированных специалистов на протяжении не менее 3 лет, – пояснила В. И. Скворцова.

По расчётам министерства, наличие института резидентуры гарантированно приведёт в первичное звено дополнительно более 11 тыс. молодых специалистов.

При этом Минздрав попросил передать ему полномочия по введению регистра лиц, получающих медицинское и фармацевтическое образование. Это необходимо для планирования кадровой ситуации в отрасли как в целом в стране, так и в регионах.

Зарплатные хитрости раскрыты.

На совещании в Кремле было сказано: несмотря на то, что власти субъектов РФ старались следить за выполнением Майского указа Президента России в отношении заработной платы медицинских работников, в 24 регионах средняя зарплата врачей так и не стала вдвое выше средней по региону. В 14 регионах зарплата среднего медперсонала не смогла сравниться со средней по региону. А с повышением зарплат младшего медперсонала не справились в 46 регионах.

Буквально на следующий день после совещания картину расцветил Росстат, опубликовав такие данные: наибольшее отставание от целевых значений по зарплатам врачей в Мурманской области (184,5 % против целевых 200 %), Республике Тыва (189,2 %) и Республике Ингушетия (190,8 %). По среднему медперсоналу – в Республике Ингушетия (94,7 % против целевых 100 %), Красноярском и Забайкальском краях (95,9 и 96,8 %). Что касается младшего персонала, то самое сильное отставание снова в Мурманской области (84,3 %), Республике Тыва (90 %) и Новгородской области (90,4 %).

Кстати, депутаты Комитета Госдумы РФ по охране здоровья и Счётная палата ещё в 2017 и 2018 гг. высказывали предположение, что повышение зарплат медицинских работников произошло, в том числе, формально за счёт сокращения младшего медперсонала и перевода санитарок в уборщицы помещений. Такой оригинальный подход к решению поставленной задачи продемонстрировали наиболее «сообразительные» руководители лечебных учреждений. Чтобы впредь исключить такую возможность, министр здравоохранения обратилась к Президенту с просьбой дать поручение закрепить долю оклада медработников в структуре заработной платы на уровне не ниже 55 %. Это – гарантированная часть зарплаты, никакими хитростями урезать её уже не удастся. Данное предложение Минздрава, бесспорно, одобрят каждый российский медик.

– Кроме того, мы предлагаем закрепить минимальный уровень соотношения средней заработной платы в здравоохранении к средней по экономике региона при внутреннем совместительстве 1,2 ставки. При том, что средний уровень зарплаты у врачей 200 %, хотелось бы, чтобы минимальный уровень составлял 170 % для врачей первичного звена, участковых, врачей общей практики и узких специалистов, а для врачей скорой помощи не был ниже 200 %. Если говорить о среднем медперсонале, то для медицинских сестёр первичного звена минимальный уровень должен быть не ниже 70 %, а для фельдшеров, которые выполняют ряд врачебных функций, соответственно, не менее 120 %. Для этого не требуется дополнительного финансирования, это чисто организационные меры, которые позволят существенно стабилизировать ситуацию в отрасли, обеспечив гарантированную часть зарплаты медработников, – продолжила министр.

Что в соцпакете? Пустота...

Таким образом, федеральный центр готов в очередной раз взять на себя большую долю ответственности за решение кадровой проблемы в здравоохранении. А что могут и должны со своей стороны предпринимать власти региона?

В. И. Скворцова говорит о необходимости поручить субъектам Российской Федерации в обязательном порядке предусмотреть социальный пакет для медицинских работников первичного звена и скорой помощи. В частности, закрепить обязательства регионов по обеспечению медиков служебным жильём с последующей передачей его в собственность медиков через несколько лет работы. Этот опыт прекрасно реализован на Сахалине. На южных Курилах достаточно 3 лет отработки, чтобы служебное жильё приватизировать, в Южно-Сахалинске – 7 лет.

К сожалению, противоположных примеров существенно больше.

В 2018 г. шесть российских регионов вообще не предусмотрели никаких методов социальной поддержки медиков, а 79 обеспечили жильём лишь 0,4 % врачей и 0,1 % среднего медицинского персонала, – привела данные министр.

«Пилот» набирает высоту.

Теперь о том, в каких условиях работают медики в первичном звене и в каких условиях получают медицинскую помощь пациенты.

Направление, которое Минздрав России считает необходимым развивать, – внедрение новой модели медицинской организации на основе «бережливых технологий». В 2016 г. этот проект был запущен как пилотный, а теперь стал федеральным. На сегодняшний день в нём участвуют более 2200 поликлиник в 52 субъектах Российской Федерации при изначальном плане не более 500.

Массовая попытка регионов войти в этот проект связана с тем, что уже первый опыт показал существенное снижение времени ожидания пациентов в очередях: в регистратуру – почти в 4 раза, у кабинета врача – в 8 раз. Срок прохождения диспансеризации сократился в 8 раз – с 12 дней до 1,5, а в ряде случаев до одного дня. При этом непосредственное время работы врача с пациентом увеличилось в 1,5 раза, – констатирует В. И. Скворцова.

В то же время министерство опасается, что такая массовость внедрения новой модели может привести к каким-либо искажениям изначальных условий, что повлечёт снижение качества результата. Поэтому глава ведомства считает необходимым нормативно закрепить статус новой модели медицинской организации, оказывающей первичную помощь, по международному варианту ISO. Присваивать поликлиникам такой статус должен будет Росздравнадзор. Соответствующие поручения законодателям может дать только Президент страны, именно поэтому министр здравоохранения обратилась напрямую к нему.

Ломать и строить.

– Хотелось бы снизить налоговое бремя на основные фонды первичного медицинского звена. Для этого понадобится внесение изменений во вторую часть Налогового кодекса, – ещё одно пожелание, высказанное В. И. Скворцовой на совещании у Президента.

Звучит довольно смело, но, оказывается, такую преференцию уже имеют фармацевтические производства, общероссийские общества инвалидов, религиозные объединения, ФСИН – они освобождены от налогов на имущество организации и от земельного налога. Тогда почему аналогичное налоговое послабление не может распространиться на учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь? Тем более что имущество у «первички» в основном небогатое.

Согласно данным Минздрава России, в настоящее время почти 8 тыс. из более чем 72 тыс. зданий, которые занимают учреждения первичного звена, находятся в аварийном состоянии, требуют сноса, реконструкции или капитального ремонта.

– На сегодняшний день капитальному ремонту подлежат более 7 млн. квадратных метров площадей в первичном звене здравоохранения, для каждого региона были просчитаны стоимости квадратного метра по методике, утверждённой минрегионом и министерством экономического развития. Пока это не было проработано с каждым регионом конкретно. Просим вас дать поручение провести детальный анализ с каждым регионом и подготовить программу обновления инфраструктуры, – продолжила министр, обращаясь к главе государства.

Но отремонтировать можно далеко не всё. Да и смысла тратиться на ремонт нет, когда речь идёт о зданиях, построенных 100 и более лет назад. Мало того, что сами эти строения обветшали, нередко их не одно, а несколько – они оставляют целый больничный городок. Такая децентрализация – по 10-12 корпусов в одном учреждении, отсутствие переходов между ними, отсутствие «чистых зон», нарушенная система вентиляции, которая не позволяет использовать ламинарные потоки для операционных, отделений реанимаций – тут капремонтом не отделаешься. По предварительному анализу федерального Министерства здравоохранения, из 3255 районных больниц и поликлиник не менее 370 требуют сноса и нового строительства.

Минздрав совместно с Минпромторгом уже разработал новую модель районной больницы, причем оснащенную преимущественно отечественным медицинским оборудованием.

Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь // Главный врач: вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2019. – № 8. – С. 35-50.

Публикация содержит описание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, на основе технологий бережливого производства (lean-технологий) и системы 5С. Статья ориентирована для руководителей и специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений.

Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам 26.07.2017 утвержден паспорт приоритетного проекта "Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь" (далее - приоритетный проект).

Под новой моделью медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, понимается организация деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения, ориентированная на потребности пациента, бережное отношение к временному ресурсу как основной ценности за счет оптимальной логистики реализуемых процессов, использования принципов эргономики и соблюдения объема рабочего пространства. Новая модель направлена на создание позитивного имиджа медицинского работника, организацию медицинской помощи на основе принципов бережливого производства в целях повышения удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи, эффективного использования ресурсов системы здравоохранения.

Создание новой модели амбулаторно-поликлинического учреждения включает комплекс мероприятий, направленных на:

- соблюдение приоритета интересов пациента;
- организацию медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени,
- повышение качества и доступности медицинской помощи;
- обеспечение комфортности условий предоставления медицинских услуг;
- повышение удовлетворенности уровнем оказанных услуг;
- сокращение нагрузки на медицинский персонал за счет повышения эффективности деятельности медицинской организации, перехода на электронный документооборот, сокращения объема бумажной документации.

По состоянию на 31.12.2018 приоритетный проект реализуется в 52 субъектах РФ, из них 19 субъектов РФ реализуют проект на инициативной основе.

С 2019 года приоритетный проект становится частью одного из восьми федеральных проектов национального проекта "Здравоохранение" – "Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи" (далее – федеральный проект), целью которого будет являться завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения, 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 и пр.

Реализация федерального проекта запланирована на 2019-2024 годы включительно. В создании и тиражировании "Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь" будут участвовать 85 субъектов РФ, более 6,5 тыс. поликлиник будут использовать бережливые технологии в своей деятельности.

В целях методического обеспечения внедрения новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на основе технологий бережливого производства (lean-технологий), Минздравом России утверждены соответствующие методические рекомендации.

Общие требования к организации рабочего места: метод 5 С.

Система 5С – пять принципов рациональной организации рабочего пространства, соблюдая которые можно извлечь максимальную выгоду из имеющихся ресурсов.

В основе системы лежит идея: все, что поддается оптимизации, должно быть оптимизировано, то есть организация рабочего пространства рассматривается именно как система.

Основной фактор – желание работников на всех производственных этапах изменить свою работу к лучшему, сократить количество брака и потерь времени, то есть действовать в интересах медицинской организации. 5С – это система наведения порядка, чистоты и укрепления дисциплины, которая позволяет практически без капитальных затрат повышать производительность работы, снижать уровень брака и травматизма, сокращать потери в процессе оказания медицинской услуги, такие как простои, нерациональные перемещения, излишние запасы, брак в работе.

Также применение системы 5С позволяет создавать необходимые стартовые условия для внедрения в подразделении сложных и дорогостоящих производственных и организационных инноваций (например, внедрение новой медицинской технологии или новой системы мотивации работников) и обеспечивать их высокую эффективность - в первую очередь за счет радикального изменения отношения сотрудников к рабочему процессу. Система предусматривает вовлечение всего коллектива в регулярную деятельность по наведению порядка, чистоты и укреплению дисциплины на рабочем месте.

Характеристика элементов системы информирования и требования к ним.

На пути следования пациента от входа в медицинскую организацию до необходимого кабинета должно быть организовано информационное сопровождение, включающее в себя ряд информационных носителей.

К ним предъявляются следующие требования:

- стенды для информационных материалов должны быть размещены в доступном месте с возможностью свободного доступа к сведениям, размещенных на данных стендах, для посетителей с целью ознакомления, не должны блокироваться дверными полотнами, предметами мебели и пр.

- информационные материалы выполняются доступным для чтения с расстояния не менее 1 метра шрифтом, без исправлений; наиболее важные места выделяются с применением полужирного начертания или подчеркиваются.

- информационные материалы должны быть структурированы в соответствии с тематическими блоками, с использованием заголовков, линий, пробелов, с применением полужирного начертания.

Размещение информационных материалов осуществляется с использованием различных носителей информации: официальный Интернет-сайт медицинской организации, информационные стенды, баннеры, буклеты, брошюры и пр.

Фронт-офис (регистратура).

Фронт-офис (регистратура) медицинской организации является структурным подразделением, обеспечивающим формирование и распределение потоков пациентов, своевременную запись и регистрацию пациентов на прием к врачу, в том числе с применением информационных технологий.

Фронт-офис должен располагаться на первом этаже амбулаторно-поликлинического подразделения, на площадях, рассчитанных в соответствии с плановым количеством посетителей, в непосредственной близости от входа в поликлинику. Также в непосредственной близости от входа в поликлинику размещается гардероб.

В зоне фронт-офиса необходимо предусмотреть оптимальное освещение и температурный режим. Допускается применение лучистого тепла либо охлаждения, сплит-систем. В целях соблюдения санитарно-эпидемиологических норм необходимо предусмотреть выдачу пациентам бесплатной одноразовой обуви (бахил).

Фронт-офис организуется с учетом принципов эргономики, оформляется в едином стиле в соответствии с общими цветовыми решениями, используемыми в поликлинике, способствующими комфортному восприятию информационной среды.

Целью внедрения единых подходов к организации фронт-офиса является повышение уровня удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинских услуг путем формирования модели работы, ориентированной на пациента. Достижение цели станет

возможным путем разделения потоков пациентов, повышения качества организации пространства, управления запасами, стандартизации процессов, повышения качества и доступности медицинской помощи, а также повышения уровня вовлеченности персонала в улучшение процессов.

Представленное ниже описание фронт-офиса (регистратуры) через призму критериев "Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь", предполагает возможности качественного планирования пространства поликлиники, формирования логистически верных потоков пациентов и информации, доступности услуг, предоставляемых медицинской организацией.

Критерий 1. Управление потоками пациентов.

В зоне фронт-офиса в визуально доступном месте размещаются:

- стойка администратора холла. Администратор холла предоставляет посетителям информацию о дальнейшем маршруте в зависимости от цели визита посетителя в медицинскую организацию, что позволяет эффективно распределять входящий поток;
- информация об исследованиях (например, флюорографическом), приемах специалистов (например, посещение специалиста при наличии предварительной записи) и т.п., которые пациент может пройти, минуя фронт-офис. Данный прием способствует предотвращению скопления пациентов в зоне фронт-офиса;
- информация об оказании платных медицинских услуг, а также подробная маршрутизация пациентов, обратившихся за их получением.

Критерий 2. Качество пространства.

Особое внимание необходимо уделять созданию условий для инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья. В зоне фронт-офиса размещаются следующие элементы доступной среды:

- мнемосхемы;
- тактильные направляющие;
- таблицы со шрифтом Брайля;
- звуковые устройства и средства информации;
- изменяемый тип покрытия пола перед препятствиями и местом изменения направления движения.

Для обеспечения возможности прямого контакта сотрудника с пациентом оборудуется "открытая стойка фронт-офиса". Одно из рабочих мест сотрудников фронт-офиса необходимо адаптировать для работы с маломобильными гражданами, предусмотрев наличие низкой стойки, сидячего места и т.д.

Навигационная система в зоне фронт-офиса должна быть наглядна и понятна посетителям медицинской организации, в том числе лицам с ограниченными возможностями. Для этого целесообразно использовать:

- высококонтрастные цветовые обозначения;
- оптимальную подсветку указателей;
- цвета и подсветки для обозначения коридоров, стен, дверей, предметов интерьера;
- матовую поверхность (под лучами света глянцевая поверхность дает блики, что затрудняет восприятие информации).

В зоне фронт-офиса в визуально доступном месте размещается табло (при технической возможности – электронное) с отображением актуального расписания приема врачей-специалистов, работы диагностических подразделений с возможностью оперативной замены информации при необходимости. Информация должна быть легкой для восприятия и понятной посетителям поликлиники.

Также в визуальном доступе в зоне фронт-офиса размещается информация, содержащая сведения о:

- медицинской организации (структура системы управления, место нахождения обособленных подразделений, контактные телефоны, электронная почта, график приема граждан руководителем, копия свидетельства о государственной регистрации медицинском организации, копия действующей лицензии с приложениями);
- вышестоящих и контролирующих организациях; о противодействии коррупции;

- возможности ознакомления с нормативными правовыми актами во фронт-офисе;
- страховых медицинских организациях осуществляющих деятельность на территории субъекта РФ;
- видах оказываемой медицинской помощи;
- порядке, объемах и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ТППГ);
- показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных Территориальной программой государственных гарантий;
- маршрутизации пациентов в условиях конкретной поликлиники (медицинской организации);
- правилах записи на первичный прием консультации, обследования;
- внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством
- сроках и порядке проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;
- проведении вакцинации;
- льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов);
- правилах предоставления платных медицинских услуг (в соответствии с п. III постановления Правительства РФ от 4.10.2012 N 1006 "Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг");
- информационные плакаты о здоровом образе жизни.

Информация, размещаемая в зоне фронт-офиса, должна быть структурирована, следует избегать размещения материалов, отвлекающих от основной информации.

В зоне фронт-офиса необходимо разместить лист проблем и лист предложений доступные для пациентов.

Рабочие места сотрудников фронт-офиса должны быть оборудованы автоматизированным рабочим местом (АРМ), для работников колл-центра – АРМ, многоканальным телефоном, гарнитурой, и организованы по системе 5С.

Критерий 3. Управление запасами.

Для хранения учетных форм N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее - медицинская карта) целесообразно организовать картоохранилище – отдельное помещение или закрытую зону фронт-офиса с ограниченным доступом. Медицинские карты в картоохранилище группируются по участковому принципу и (или) в алфавитном порядке (Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 09.01.2018) "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению"). Рекомендуется введение цветовой маркировки медицинских карт по участкам с размещением легенды маркировки на торцевой части стеллажей.

Для работы в картоохранилище оборудуются рабочие места для сотрудников фронт-офиса, оснащенные АРМ.

Для организации доставки медицинских карт в кабинеты до начала приема (точно вовремя) целесообразно использование тарного канбана.

Сотрудники картоохранилища обеспечивают целостность, сохранность и порядок расположения медицинских карт.

Критерий 4. Стандартизация процессов.

В работе сотрудников фронт-офиса, в том числе колл-центра, используются:

- речевые модули общения;
- алгоритмы маршрутизации пациентов;
- стандарты организации рабочего пространства;
- стандарты организации движения медицинской документации в поликлинике.

Работа сотрудников фронт-офиса организована так, чтобы колебания нагрузки отдельных специалистов с учетом их многофункциональности и взаимозаменяемости не превышали 30%.

Критерий 5. Качество медицинской помощи.

Персонал должен пройти подготовку по бесконфликтному поведению, придерживаться морально-этических норм и правил в процессе профессиональной деятельности, соблюдать требования и нормы законодательства в сфере защиты персональных данных, получаемых в ходе исполнения трудовых обязанностей.

Персонал должен уметь устанавливать профессиональный контакт и общаться с пациентами, в том числе имеющими нарушения речи, слуха, зрения, как при их непосредственном обращении в поликлинику, так и по телефону, использовать звукоусиливающие устройства.

Критерий 6. Доступность медицинской помощи

В зоне фронт-офиса размещена наглядная и понятная информация о доступных вариантах записи на прием: инфомат, колл-центр, электронные сервисы (единый портал государственных и муниципальных услуг, региональные порталы записи к врачу, мобильные приложения); сделан акцент на предварительной записи на прием и осуществлении приема строго по времени.

В зоне фронт-офиса предусмотрена возможность предварительной записи на прием (например, инфомат).

При отсутствии единого колл-центра на уровне региона, колл-центр организуется на базе отдельной медицинской организации (юридического лица) как изолированная часть фронт-офиса.

Сотрудники фронт-офиса регулярно и своевременно актуализируют расписание приема специалистов лечебно-профилактических и диагностических подразделений.

Сотрудники фронт-офиса осуществляют регистрацию вызовов врачей на дом по месту жительства (пребывания) пациентов, своевременно передают информацию врачам о зарегистрированных вызовах.

Критерий 7. Вовлеченность персонала в улучшения процессов

Сотрудники фронт-офиса участвуют в системе подачи предложений по улучшению работы поликлиники.

Кабинет приема, кабинет диагностики (функциональной, рентгеновской, ультразвуковой, эндоскопической).

Важнейшими задачами медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, является снижение уровня заболеваемости и смертности среди прикрепленного населения путем осуществления мероприятий по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению. Первичная медико-санитарная помощь оказывается по территориально-участковому принципу, в плановой и неотложной форме. Решение обозначенных задач и осуществление вышеуказанных мероприятий выполняется врачами, ведущими амбулаторный прием (врачи-терапевты участковые/врач и педиатры участковые/врачи общей практики и врачи-специалисты).

Оптимальные условия для осуществления указанного функционала создаются путем организации деятельности кабинетов приема в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, утвержденными приказами Минздрава России, с учетом использования принципов бережливого производства, направленных на минимизацию всех видов потерь.

Диагностические кабинеты медицинской организации обеспечивают выполнение исследований функции органов или тканей организма человека с использованием специальных процедур, приспособлений и методик, по итогу которых врачами-специалистами соответствующего профиля оформляются квалифицированные заключения. Внедрение единых подходов к организации работы диагностических кабинетов направлено на сокращение времени ожидания исследований, повышение уровня удовлетворенности населения их качеством и доступностью.

Представленные ниже критерии демонстрируют методы достижения поставленных задач.

Критерий 1. Управление потоками пациентов.

Пациенты, обращающиеся за медицинской помощью, формируют различные потоки. Самый значимый из них - поток пациентов по предварительной записи.

Также можно выделить такие потоки как:

- поток пациентов, нуждающихся в неотложной медицинской помощи;
- поток пациентов, обратившихся для прохождения диспансеризации/профилактического медицинского осмотра и других профилактических мероприятий;
- поток пациентов, обратившихся за получением платных медицинских услуг и пр.

С целью минимизации количества пересечений потоков пациентов, обращающихся за медицинской помощью в плановом порядке, организуется предварительная запись на прием. Запись на первичный и повторный прием сбалансирована в соответствии с потребностями конкретной медицинской организации и может варьироваться с учетом эпидемиологической ситуации, уровня заболеваемости, иных объективных причин.

Для приема пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в поликлинике организуется кабинет неотложной помощи.

Пациентов, обратившихся для получения плановой помощи без предварительной записи, рекомендуется направлять к администратору холла для осуществления предварительной записи на прием к врачу-специалисту, к которому доступна первичная самозапись, либо для записи к дежурному врачу, в зависимости от повода обращения.

Исключение составляют категории граждан, имеющих право на внеочередной прием в соответствии с действующим законодательством.

Минимизация количества пересечений потоков условно здоровых и условно больных пациентов в поликлинике достигается, в том числе, путем организации отделения медицинской профилактики отдельным блоком.

Для минимизации количества пересечений потоков условно здоровых и условно больных детей в детской поликлинике организуется кабинет здорового ребенка.

Оптимальный вариант разделения потоков пациентов, получающих медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и пациентов, обратившихся за получением платных медицинских услуг – это создание отдельной организационной структуры – отделения платных медицинских услуг. При отсутствии такой возможности необходимо разделить вышеуказанные потоки пациентов по времени, что позволит свести к минимуму возникновение конфликтных ситуаций между пациентами, повысить удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи.

Для уменьшения количества возвратов пациентов в зону фронт-офиса для осуществления записи, запись на повторный прием, лабораторные и инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов (в том числе в иные медицинские организации) осуществляется в кабинете врача, ведущего прием, с использованием функционала медицинской информационной системы.

С целью минимизации временных потерь и лишних передвижений пациента назначение и выписка рецептов на лекарственные препараты гражданам, имеющим право на бесплатное получение лекарственных препаратов или получение лекарственных препаратов со скидкой, в рамках оказания им первичной медико-санитарной помощи, осуществляется непосредственно в кабинете лечащего врача.

Критерий 2. Качество пространства.

Система навигации поликлиники доступна и понятна, выполнена в едином стиле для всей медицинской организации, включая все ее удаленные подразделения (филиалы), обеспечивает быстрый поиск кабинетов врачей-специалистов.

У каждого кабинета приема, на двери либо рядом с ней, располагается табличка с указанием номера кабинета, специальности и ФИО врача, ведущего прием. Рекомендовано использовать технические решения, позволяющие заменять необходимую информацию в оперативном режиме (например, крепление на магнитных лентах, использование пластиковых самоклеящихся карманов из прозрачного полипропилена горизонтального или вертикального размещения).

В кабинете приема могут быть размещены информационные материалы, отражающие специфику/профиль кабинета (макеты, анатомические модели, плакаты, прочие наглядные пособия).

Кабинеты оборудованы в соответствии со стандартами оснащения кабинетов согласно порядкам оказания медицинской помощи по соответствующему профилю.

Рабочие места в кабинетах организованы по системе 5С, все материалы в рабочей зоне легко найти и вернуть на свое место, предметы мебели/расходные материалы должны быть также расположены в пространстве так, чтобы минимизировать лишние движения и перемещения.

В кабинете размещен проверочный лист соответствия кабинета системе 5С.

Размещен график уборки, в котором указываются ФИО ответственных за его соблюдение.

Необходимо уделять внимание созданию условий для инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

Рекомендуется усовершенствовать способ вызова пациентов с ограничениями по зрению и слуху (например, система вызова пациента на основе визуально-акустических табло)" для удобства слабослышащих в кабинете предусмотреть наличие индукционной петли и пр.

Критерий 3. Управление запасами.

В медицинской организации внедрен и отлажен механизм снабжения кабинетов материальными запасами – лекарственными средствами/изделиями медицинского назначения/расходными материалами и пр. со склада медицинской организации по принципу "точно вовремя".

В кабинете в визуально доступном месте выделена зона для обеспечения снабжения кабинета необходимыми материальными запасами: размещены карточки, тара для сбора и поставки материальных запасов, стандарт осуществления снабжения кабинета материальными запасами.

Стандарт включает в себя:

- указание ФИО ответственного за сбор карточек и доставку материалов со склада;
- указание ФИО ответственного за прием материалов в кабинете;
- периодичность пополнения запасов в кабинете; количество материалов, необходимых для пополнения материальных запасов;
- алгоритм осуществления снабжения кабинета с применением карточек;
- алгоритм действий персонала в экстренной ситуации.

С целью содержания документов в надлежащем качестве, защиты их от воздействия влаги, дезинфицирующих средств, выгорания на солнце, под ультрафиолетовым излучением бактерицидных ламп, механических повреждений возможно использование специальной ламинирующей пленки.

В размещенных в кабинете стеллажах/шкафах/тумбах визуализированы материальные запасы. Имеется маркировка, сигнализирующая о необходимости их пополнения (в соответствии с рассчитанной нормой снабжения кабинета).

Критерий 4. Стандартизация процессов.

Прием врача усовершенствован с учетом минимизации потерь и повышения качества и доступности оказываемой помощи и стандартизирован. Стандарт расположен в визуально доступном месте, понятен для использования.

Не менее 50% от общего времени приема осуществляется работа непосредственно с пациентом – сбор анамнеза, осмотр, манипуляции (в соответствии с пропедевтическим алгоритмом системного обследования пациента), рекомендации, в том числе профилактической направленности.

Работа врача и медицинской сестры в рамках одного приема сбалансирована. Колебания нагрузки составляют не более 30%.

Критерий 5. Качество медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями, протоколами и т.д., в сроки, предусмотренные Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Медицинские работники обеспечивают внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.

Медицинская документация заполняется в соответствии с требованиями действующего законодательства, в том числе на дому и в электронном виде.

Медицинские работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством РФ, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии, соблюдая врачебную тайну, нормы и требования законодательства в сфере защиты персональных данных, получаемых в ходе исполнения трудовых обязанностей.

Критерий 6. Доступность медицинской помощи

Прием пациентов осуществляется строго по расписанию. Время приема врача регламентировано в соответствии с действующим законодательством.

Пациентов, обратившихся для получения плановой помощи без предварительной записи, рекомендуется направлять к администратору холла для осуществления предварительной записи на прием к врачу-специалисту, к которому доступна первичная самозапись, либо для записи к дежурному врачу, в зависимости от повода обращения.

Исключение составляют категории граждан, имеющих право на внеочередной прием в соответствии с действующим законодательством.

В случае возникновения ситуации, которая повлекла за собой смещение расписания, возможно использование "цепочки помощи", которая подразумевает наличие в кабинете приема разработанного алгоритма действий и перечня ответственных лиц, к которым следует обратиться в случае невозможности самостоятельного решения сотрудниками кабинета возникшей проблемы.

Кабинет приема оборудован АРМ, где внедрена и работает медицинская информационная система, позволяющая в ходе приема осуществлять запись на повторный прием, на лабораторные и инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов (в том числе в иные медицинские организации).

Критерий 7. Вовлеченность персонала в улучшения процессов.

В медицинской организации разработана система подачи и реализации предложений по улучшению.

Критерий 9. Эффективность использования оборудования.

В кабинетах диагностики разработан и внедрен стандарт обслуживания оборудования, включающий в себя уход за оборудованием (чистка, санитарная обработка), плановые осмотры оборудования, алгоритм его эксплуатации и т.д.

Разработан алгоритм действий в случае возникновения неисправности или иной внештатной ситуации.

Простои оборудования минимизированы – не более 20%. В случае, если простои оборудования превышают 20%, проводится оценка причин низкой производственной нагрузки, выявляются проблемы, принимаются управленческие решения, решения по внедрению улучшений, открытию проектов по улучшению.

Отделение (кабинет) медицинской профилактики.

Отделение (кабинет) медицинской профилактики в поликлинике организуется с учетом требований приказа Минздрава России от 30.09.2015 N 683н "Об утверждении Порядка

организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях".

Основные функции отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых условно можно разделить на три группы:

- проведение мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний;
- организация и проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;
- диспансерное наблюдение за определенными группами граждан.

Достижение приведенных ниже критериев должно способствовать минимизации всех видов потерь при организации работы отделений (кабинетов) медицинской профилактики.

Критерий 1. Управление потоками пациентов.

Возможно формирование двух типов потоков пациентов в отделения (кабинеты) медицинской профилактики:

- поток пациентов по предварительной записи, в том числе от врачей-специалистов;
- поток самостоятельно обратившихся пациентов, в том числе приглашенных страховыми медицинскими организациями.

Кроме того, потоки пациентов в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики можно разделить в зависимости от повода посещения:

- диспансеризация определенных групп взрослого населения, профилактический медицинский осмотр – выполнение доврачебных медицинских исследований, направление на иные исследования, входящие в объем диспансеризации и профилактического осмотра (согласно действующим нормативным документам), с возможностью записи на диагностические исследования и осмотры врачей-специалистов непосредственно в отделении (кабинете) медицинской профилактики;
- профилактическое консультирование (индивидуальное углубленное профилактическое консультирование, групповое углубленное профилактическое консультирование);
- диспансерное наблюдение пациентов 2 группы здоровья.

Для упорядочения вышеуказанных потоков пациентов в структуре отделения медицинской профилактики для взрослых рекомендуется предусмотреть следующие структурные подразделения:

- кабинет организации диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;
- кабинет диагностики и коррекции основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний.

При организации кабинета медицинской профилактики для взрослых рекомендуется предусмотреть зонирование помещений для осуществления деятельности по организации диспансеризации/профилактических медицинских осмотров, диагностике и коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний.

Для оптимальной организации работы и обеспечения равномерной загрузки среднего медицинского персонала кабинета (отделения) медицинской профилактики необходимо разделить функции между сотрудниками с учетом времени такта, необходимого для выполнения требуемого объема работ.

Количество пересечений потоков пациентов при прохождении диспансеризации/профилактического медицинского осмотра с иными потоками пациентов в поликлинике не должно превышать 3 (трех) пересечений.

Снижение количества пересечений потоков пациентов, проходящих диспансеризацию или профилактический медицинский осмотр, с иными потоками пациентов достигается организацией отделения медицинской профилактики отдельным компактным блоком, расположенным в непосредственной близости от кабинетов, в которых проводятся исследования, входящие в объем диспансеризации/профилактического медицинского осмотра (кабинеты флюорографии, маммографии и пр.).

В структуре отделения медицинской профилактики рекомендуется предусмотреть создание процедурного кабинета, кабинета ЭКГ и пр.

Критерий 2. Качество пространства.

Система навигации поликлиники должна обеспечивать быстрый поиск отделения (кабинета) медицинской профилактики.

У каждого кабинета в составе отделения медицинской профилактики, на двери либо рядом с ней, размещается табличка с указанием номера и наименования кабинета, ФИО специалиста, ведущего прием.

Рекомендовано использовать технические решения, позволяющие заменять необходимую информацию в оперативном режиме (например, крепление на магнитных лентах, использование пластиковых самоклеящихся карманов из прозрачного полипропилена горизонтального или вертикального размещения).

С целью формирования у посетителей поликлиники мотивации и приверженности к ведению здорового образа жизни на всей территории медицинской организации размещаются материалы, содержащие информацию о правилах оказания первой помощи при жизнеугрожающих заболеваниях и их осложнениях, а также материалы профилактической направленности.

Отделение (кабинет) медицинской профилактики оснащается в соответствии с требованиями стандарта оснащения отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых, утвержденного приказом Минздрава России от 30.09.2015 N 683н "Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях".

Рабочие места в кабинете должны быть организованы по системе 5С, когда все необходимое для выполнения работы легко найти в рабочей зоне и вернуть на свое место, предметы мебели и расходные материалы расположены так, чтобы минимизировать лишние движения и перемещения.

В каждом кабинете размещается проверочный лист соответствия кабинета системе 5С.

Размещен график уборки и ответственные за его соблюдение.

С целью сокращения временных затрат на проведение анкетирования граждан рекомендуется оборудовать место для самостоятельного заполнения анкет, а также проведения анкетирования с участием интервьюера, где разместить стол с письменными принадлежностями и чистыми анкетами для заполнения; возможно оборудование персональным компьютером для онлайн-анкетирования.

Критерий 3. Управление запасами.

В медицинской организации внедрен и отлажен механизм снабжения кабинетов материальными запасами – лекарственными средствами/изделиями медицинского назначения/расходными материалами и пр. со склада медицинской организации по принципу "точно вовремя".

В кабинете в визуальном доступном месте выделена зона для обеспечения снабжения кабинета необходимыми материальными запасами: размещены карточки, тара для сбора и поставки материальных запасов, стандарт осуществления снабжения кабинета материальными запасами.

Стандарт включает в себя:

- указание ФИО ответственного за сбор карт и доставку материалов со склада;
- указание ФИО ответственного за прием материалов в кабинете;
- периодичность пополнения запасов в кабинете, количество материалов, необходимых для пополнения материальных запасов;
- алгоритм осуществления снабжения кабинета с применением карточек;
- алгоритм действий персонала в экстренной ситуации.

С целью содержания данных документов в надлежащем качестве, защиты их от воздействия влаги, дезинфицирующих средств, выгорания на солнце, под ультрафиолетовым излучением бактерицидных ламп, механических повреждений возможно использование специальной ламинирующей пленки.

В размещенных в кабинете стеллажах/шкафах/тумбах визуализированы материальные запасы. Имеется маркировка, сигнализирующая о необходимости их пополнения (в соответствии с рассчитанной нормой снабжения кабинета).

Критерий 4. Стандартизация процессов.

Работа каждого сотрудника отделения (кабинета) медицинской профилактики усовершенствована и стандартизирована с учетом минимизации потерь, обеспечивает качество и доступность оказываемой помощи.

Не менее 50% от общего времени приема осуществляется работа непосредственно с пациентом, а колебания нагрузки в рамках одного процесса не превышают 30%.

По итогам процессов по улучшению разработаны стандарты выполнения доврачебных медицинских исследований в рамках диспансеризации/профилактического медицинского осмотра в отделении (кабинете) медицинской профилактики и др. Стандарты понятны для сотрудников, расположены в визуально доступном, удобном для использования месте.

Критерий 5. Качество медицинской помощи.

Медицинская помощь (профилактическое консультирование при коррекции факторов риска, диспансерное наблюдение пациентов 2 группы здоровья) осуществляется на основе клинических рекомендаций, а также с использованием методических рекомендаций:

- Российские национальные рекомендации "Кардиоваскулярная профилактика", 2017 г.;
- клинические рекомендации Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых", 2018 г.;
- "Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения", 2017г.,
- "Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития", 2014 г. и др.

Охват углубленным (индивидуальным или групповым) профилактическим консультированием на втором этапе диспансеризации составляет не менее 70% от общего числа лиц, подлежащих углубленному профилактическому консультированию.

Проводится оценка эффективности диспансерного наблюдения в отделении (кабинете) медицинской профилактики пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском при отсутствии артериальной гипертензии: оценивается динамика доли пациентов, достигших снижения сердечно-сосудистого риска путем коррекции факторов риска от числа состоящих на диспансерном учете.

Сотрудники отделения (кабинета) медицинской профилактики обеспечивают:

повышение уровня знаний медицинских работников по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования среди прикрепленного населения приверженности к здоровому образу жизни;

организацию и участие в проведении мероприятий по пропаганде здорового образа жизни среди населения, в том числе в рамках информационных кампаний;

информирование населения, включая средства массовой информации, о методах коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний и профилактики их осложнения.

Сотрудники отделения (кабинета) медицинской профилактики обеспечивают внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.

Сотрудники отделения (кабинета) медицинской профилактики осуществляют свою деятельность, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии, соблюдая врачебную тайну, нормы и требования законодательства в сфере защиты персональных данных, получаемых в ходе исполнения трудовых обязанностей.

Критерий 6. Доступность медицинской помощи.

Процесс диспансеризации организован таким образом, что обеспечивает ее прохождение не более чем за 3 посещения.

Амбулаторный прием в отделении (кабинете) медицинской профилактики ведется в течение всего времени работы медицинской организации, как в плановом порядке - по предварительной записи, так и при обращении граждан без предварительной записи.

В случае превышения допустимого периода ожидания в отделении (кабинете) медицинской профилактики при проведении доврачебных методов исследования в рамках первого этапа диспансеризации, профилактического медицинского осмотра, необходимо предусмотреть

применение "цепочки помощи" – специально разработанного алгоритма действий и перечня ответственных лиц и других сотрудников, привлекаемых в случае невозможности самостоятельного устранения данного отклонения.

Рабочие места сотрудников отделения (кабинета) медицинской профилактики оборудованы АРМ, обеспечивающими внесение первичных данных в электронную медицинскую карту, запись на повторный прием, лабораторные и инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов (в том числе в иные медицинские организации), формирование и обмен учетно-отчетными формами.

Критерий 7. Вовлеченность персонала в улучшения процессов.

В подразделении внедрена система подачи и реализации предложений по улучшению.

Процедурный кабинет.

Процедурный кабинет организуется в структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, утвержденными приказами Минздрава России. Процедурный кабинет медицинской организации является специально организованным кабинетом, обеспечивающим выполнение забора проб биологических жидкостей на исследования (крови); внутривенных, внутримышечных, подкожных, внутривоженных инъекций и других лечебно-диагностических мероприятий.

Представленные ниже критерии предполагают внедрение единых подходов к организации работы процедурного кабинета, направленных на сокращение времени ожидания пациентами оказания медицинской помощи, повышение безопасности медицинских услуг, повышение уровня удовлетворенности населения их доступностью и качеством.

Критерий 1. Управление потоками пациентов

Можно выделить следующие потоки пациентов, направляемых в процедурный кабинет:

- поток пациентов, направленных отделением (кабинетом) медицинской профилактики на забор крови в день обращения для исследования в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;
- поток пациентов, направленных на забор крови для исследования в плановом порядке (по предварительной записи);
- поток пациентов, направленных в процедурный кабинет для проведения лечебных манипуляций/инъекций.

Разделение вышеуказанных потоков способствует повышению доступности и сокращению времени ожидания медицинской услуги. В процедурном кабинете возможно разделение потоков как во времени, так и в пространстве.

Критерий 2. Качество пространства.

Система навигации поликлиники должна обеспечивать быстрый поиск процедурного кабинета.

У каждого процедурного кабинета, на двери либо рядом с ней, располагается табличка с указанием наименования, номера кабинета и ФИО сотрудника, ведущего прием (осуществляющего манипуляции). Рекомендовано использовать технические решения, позволяющие заменять необходимую информацию в оперативном режиме (например, крепление на магнитных лентах, использование пластиковых самоклеящихся карманов из прозрачного полипропилена горизонтального или вертикального размещения).

Процедурный кабинет должен быть оснащен в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, отвечать всем требованиям СанПиН.

В целях соблюдения санитарно-эпидемиологических норм необходимо предусмотреть выдачу пациентам бесплатной одноразовой обуви (бахил).

Рабочие места в кабинете должны быть организованы по системе 5С: все материалы в рабочей зоне легко найти и вернуть на свое место, предметы мебели и расходные материалы расположены в пространстве так, чтобы минимизировать лишние движения и перемещения.

Для разделения входящих и выходящих потоков пациентов в планировке процедурного кабинета рекомендуется предусмотреть организацию отдельного входа и выхода.

В целях обеспечения инфекционной безопасности целесообразно условное разделение процедурного кабинета на функциональные зоны: стерильную (асептическую) зону, рабочую зону, зону дезинфекции (хозяйственную зону).

В стерильной (асептической) зоне рекомендуется разместить манипуляционный стол для хранения стерильных материалов, укладок, кожных антисептиков и инфузионных растворов, которые могут понадобиться в течение рабочей смены; медицинский шкаф для хранения лекарств и стерильных укладок.

В рабочей зоне размещаются манипуляционный стол для забора крови на лабораторные исследования или выполнения внутривенных вливаний, кушетка, рабочий стол для заполнения медицинской документации, холодильник.

В хозяйственной зоне размещаются: двухсекционная раковина с подводкой горячей и холодной воды, водонагреватель, тумбочка для хранения моющих и дезинфицирующих средств, контейнеры для дезинфекции, стойки-тележки и контейнеры для сбора медицинских отходов класса А, Б.

При организации рабочего пространства учитывается, что перемещения процедурной медсестры должны быть минимальными, последовательными и соответствовать циклу операций.

В процедурном кабинете размещен проверочный лист соответствия кабинета системе 5С.

Размещен график уборки и ответственные за его соблюдение.

С целью содержания документов в надлежащем качестве, защиты их от воздействия влаги, дезинфицирующих средств, выгорания на солнце, под ультрафиолетовым излучением бактерицидных ламп, механических повреждений возможно использование специальной ламинирующей пленки.

Необходимо уделять внимание созданию условий для инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

Рекомендуется усовершенствовать способ вызова пациентов с ограничениями по зрению и слуху (например, система вызова пациента на основе визуально-акустических табло); для удобства слабослышащих в кабинете предусмотреть наличие индукционной петли и пр.

Критерий 3. Управление запасами.

В медицинской организации внедрен и отлажен механизм снабжения кабинетов материальными запасами – лекарственными средствами/изделиями медицинского назначения/расходными материалами и пр. со склада медицинской организации по принципу "точно вовремя".

В процедурном кабинете имеется стандарт осуществления снабжения кабинета материальными запасами.

В размещенных в процедурном кабинете стеллажах/шкафах/тумбах визуализированы материальные запасы. Имеется маркировка, сигнализирующая о необходимости их пополнения (в соответствии с рассчитанной нормой снабжения кабинета). Уровень запасов не превышает недельную норму расходования.

С целью формирования стандартного объема материальных запасов и поддержания их в актуальном состоянии целесообразно ведение статистики движения лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов с использованием принципа персонифицированного учета.

Критерий 4. Стандартизация процессов.

Процессы забора крови и проведения лечебных манипуляций усовершенствованы с учетом минимизации потерь и стандартизированы.

Текущая деятельность подвергается анализу на соответствие стандартам. Стандарты регулярно пересматриваются и актуализируются по мере необходимости.

Колебания нагрузки между отдельными сотрудниками, осуществляющими прием в одном рабочем помещении, не превышают 30%.

Критерий 5. Качество медицинской помощи.

Сотрудники процедурного кабинета обеспечивают внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей

Сотрудники процедурного кабинета осуществляют свою деятельность, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии, соблюдая нормам и требования законодательства в сфере защиты персональных данных, получаемых в ходе исполнения трудовых обязанностей.

Критерий 6. Доступность медицинской помощи.

Прием плановых пациентов осуществляется строго по предварительной записи. Исключение составляют категории граждан, имеющих право на внеочередной прием в соответствии с действующим законодательством.

Критерий 7. Вовлеченность персонала в улучшения процессов.

В медицинской организации разработана система подачи и реализации предложений по улучшению.

Концепция пациентоориентированного подхода как ключевой инструмент социально-экономического развития / А. М. Харисов, П. С. Селезнев, И. Д. Демина [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 4. – С. 379-383.

Системы образования и здравоохранения оказывают значительное влияние на социально-экономическое развитие России. Лидерство в мировой экономике также все в большей степени определяется конкурентоспособностью на рынках образовательных и медицинских услуг.

Современная модель здравоохранения, направленная на купирование критических состояний, не отвечает потребностям населения, которые сталкиваются с хроническими заболеваниями. Для решения данной задачи предлагается новая стратегия – пациентоориентированная медицина – помощь, ориентированная на пациента, при которой акцент делается на здоровье пациента. Пациентоориентированная медицина – это необходимость настоящего времени, которая требует трансформации взаимодействия к равноправному и партнерскому сотрудничеству: привлечение пациентов в качестве партнеров, фокус на выявленных пациентом приоритетах и улучшение результатов.

Современное состояние системы здравоохранения в России неоднозначно. Хотя средняя продолжительность ожидаемой жизни при рождении возросла за последние 10 лет (с 65,4 года в 2005 г. до 71,9 года в 2016 г.), сохраняется довольно значительный разрыв со странами Европы – около 8 лет. Особого внимания заслуживает сверхсмертность мужчин, находящихся в трудоспособном возрасте: вероятность смерти на 1 тыс. в 2016 г. составляет 294. Соответствующий показатель выше лишь в 20 африканских странах, Гайане (Южная Америка), Монголии и Сирии. В России в 2017 г. лишь 42 % населения оценивают состояние своего здоровья как хорошее или очень хорошее, в то время как в европейских странах этот показатель составляет 68 %.

В сравнении со странами Запада в России хуже обстоит дело и с вовлеченностью населения в процесс охраны собственного здоровья, и с проблемой малоподвижного образа жизни детей и молодежи, которая возрастает в связи со смещением приоритетов от спортивных игр к компьютерным.

Как положительный момент в системе здравоохранения в России можно отметить ряд масштабных национальных программ и государственное финансирование, которое позволило реализовать данные программы: приоритетный национальный проект «Здоровье», Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения», Федеральная целевая программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности», Федеральная программа «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры в 2011–2014 гг.».

Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г., комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами до 2018 г., которые обеспечили медицинские учреждения современным оборудованием, кадрами, увеличили объемы медицинской помощи. Кроме того, в России реализованы программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 гг.)», функционируют Школы здоровья, Школа профилактики ишемической болезни сердца, Коронарные клубы. Однако, как показывает статистика в сфере здравоохранения, эти мероприятия не являются действенными в полной мере, так как они имели целью преобразование системы здравоохранения и не концентрировали внимание на персонализации медицины, на индивидуализации проблем.

Материалы и методы

По суммарным частным и государственным расходам на здравоохранение Россия находится на уровне развивающихся стран, но отстает от развитых государств.

Российские государственные расходы при сопоставимом пакете гарантий оказания медицинских услуг ниже уровня расходов в европейских странах (3,2-3,4 % ВВП в России против 7,2 % ВВП в европейских странах).

При этом именно сфера здравоохранения относится к одной из проблемных областей в масштабах страны в связи с недостаточностью уровня профессиональной подготовки врачей, недоступностью медицинской помощи для населения, недостаточной оснащенностью медицинских учреждений оборудованием и с прочими проблемами финансового, трудового и иного обеспечения. Недостаток финансового обеспечения приводит к торможению использования современных технологий, неполноценной подготовке кадров, а также создает серую зону взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами. Современная российская модель медицины не направлена на удовлетворение простейших нужд пациентов и при этом характеризуется неформальными отношениями и теневыми потоками в связи с недостаточностью четких правил распределения ресурсов и обеспечения доступа к ним.

Кроме того, работники сферы здравоохранения недооценивают важность коммуникации и необходимость этих навыков в своей деятельности. Сотрудники выбирают в качестве программ обучения преимущественно такие темы, как стрессоустойчивость, работа с трудными пациентами, конфликты, профессиональное выгорание. В выборе программ отсутствуют такие темы, как пациентоориентированность, навыки коммуникации, комплаентность пациентов.

Медицинские сотрудники пренебрегают совершенствованием таких навыков коммуникации, как активное слушание, вопросы пациенту, формирование адекватных ожиданий пациента от лечения. При этом те сотрудники, которые прошли обучение по направлению пациентоориентированности, развитию комплаентности пациентов, коммуникациям, отмечали, что в 100 % случаях они готовы рекомендовать эти темы для обучения коллегам, и 97 % считают обучение данным тематикам полезным в своей ежедневной деятельности. Также исследования подтверждают, что сотрудники сферы здравоохранения в основном не принимают во внимание, что высокий уровень навыков коммуникации способствует улучшению эмоционального состояния пациента и недопущению конфликтных ситуаций.

В ответ на указанные проблемы и вызовы целесообразно изменять траекторию развития системы здравоохранения в направлении перехода к пациентоориентированной системе, которая включает в себя реализацию следующих ключевых задач:

- формирование трехуровневой сети медицинских учреждений: первичная помощь, основной уровень, высокотехнологичная медицина;
- запуск Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения;
- осуществление запуска проектов медицины будущего;
- начало работы с Big Data пациентов;
- привлечение дополнительных средств в здравоохранение, исходя из профилактической активности застрахованных.

В целом реализация этих задач ведет к созданию Национальной пациентоориентированной системы здравоохранения. В России уже реализуется ряд проектов, направленных на создание такой системы. Например, приоритетный проект «Создание новой

модели медицинской организации, оказывающей первичную санитарную помощь» ставит основной задачей формирование новой модели медицинской организации – пациентоориентированной организации, нацеленной на доброжелательное отношение к пациенту, правильную организацию процессов и работы, качественное оказание медицинской помощи.

Данные аспекты в современных условиях цифровизации, телемедицины и интернетизации достигаются переходом к персонифицированной медицине, которая основывается на подходе P4:

– *Прогноз* (предикция, predictive) – выявление предрасположенностей и прогноза здоровья на основе индивидуальных особенностей генома пациента.

Ожидаемые эффекты:

- предупреждение смерти;
- увеличение продолжительности жизни;
- благоприятное течение болезни.

Достоверность прогноза зависит от ряда факторов, например правильности диагноза, обмена пациента, наследственности или характера трудовой деятельности.

Профилактика (превентивность, preventive) – полное предотвращение либо снижение риска развития заболевания.

Выделяются следующие виды:

- первичная – предупреждение болезней;
- вторичная – уменьшение риска развития осложнений;
- третичная – реабилитационные мероприятия.

Персонализация (personalized) – индивидуальный подход к пациенту на основе анализа и разбора его генетических и физиологических особенностей.

Цели персонализации:

- ускорение разработки персонализированного подхода к конкретному человеку;
- укрепление участия пациента в оказании медицинской помощи;
- способствование профилактике заболевания;
- улучшение предикции;
- повышение удовлетворенности лечением.

Партнерство (партисипативность, participatory) – вовлеченность пациента в процессы профилактики и лечения.

Несмотря на то, что пациенты всегда были в центре внимания медицинского обслуживания и концепция пациентоориентированной медицины в таком случае представляется излишней, между традиционной и пациентоориентированной медициной существует ряд различий.

Таким образом, пациентоориентированная медицина направлена на улучшение результатов лечения отдельных пациентов с учетом их предпочтений, целей, ценностей, а также доступных экономических ресурсов.

Опыт стран, использующих пациентоориентированную модель в системе здравоохранения, учитывая потребности пациента, здоровье человека в целом, показывает повышение эффективности оказания медицинской помощи и создание позитивной рабочей обстановки, способствующей повышению экономического благосостояния в стране. При этом, несмотря на то что в разных странах используются различные подходы, основные направления реализации пациентоориентированной помощи включают в себя:

- доступность и непрерывность медицинской помощи;
- координация услуг на уровне первичной помощи;
- выявление новых потребностей пациентов;
- межсекторальное взаимодействие;
- учет индивидуальных генетических и физиологических особенностей человека.

Пациентоориентированная модель медицины влияет на показатели качества медицинских услуг и тем самым на состояние экономической системы.

Исследования зарубежных ученых, таких как Н. Gluyas и С. Rathert, показали, что пациентоориентированная медицина ведет к улучшению здоровья населения, повышению качества оказываемых медицинских услуг, повышению эффективности деятельности медицинских сотрудников, рациональному использованию ресурсов, снижению затрат, повышению удовлетворенности пациентов.

В ряде исследований показано, что уход за пациентом играет жизненно важную роль в политике здравоохранения, распределении ресурсов и обеспечении надлежащего ухода за счет эффективной интеграции перспективы пациента и поставщика. Привлекательность уникальной концепции пациентоориентированной модели здравоохранения глобальна. Другие исследователи считают, что одним из важных инструментов для внедрения пациентоориентированной модели здравоохранения являются передовые навыки общения, которые используются для совместного принятия решений и установления дружественного контакта, который в большей степени влияет на благоприятный исход.

Исследование М. Trento подтверждает, что психологическая и эмоциональная адаптация является ключом к успешному лечению. Эмоциональные реакции тесно связаны с отношением к болезни, что отражает психологическую адаптацию пациента и ту степень ответственности, которую он/она готов принять за самоуправление.

Ряд зарубежных исследователей также подчеркивают, что если пациент считает собственный визит пациентоориентированным, то вероятность благополучного исхода повышается, а число дополнительных посещений, повторных госпитализаций и их продолжительность снижается.

Система здравоохранения России на сегодняшний день не является конкурентоспособной в полной мере. По основным показателям состояния здоровья Россия отстает от развитых стран. Сфера здравоохранения рассматривается как желаемое направление государственных инвестиций. Медицинские услуги направлены на оказание помощи пациентам лишь в критических ситуациях, при этом не используется индивидуальный подход.

Для решения поставленных проблем необходимо трансформировать систему здравоохранения в соответствии с основными положениями пациентоориентированного подхода. Сотрудничество между пациентом и командой медицинского персонала, ориентированное на пациента, включает в себя ценности, убеждения и предпочтения пациента в отношении общего состояния здоровья и благополучия в плане ухода и осуществления всех видов деятельности по уходу за пациентами.

Основной целью и преимуществом пациентоориентированного подхода является улучшение индивидуальных результатов в отношении здоровья, а не только результатов здоровья населения, хотя результаты в области народонаселения также могут улучшиться.

Такая модель приносит пользу не только для пациентов, но и для поставщиков медицинской помощи и услуг, а также систем здравоохранения через:

- улучшение показателей удовлетворенности пациентов и их семей;
- повышение репутации поставщиков среди потребителей медицинских услуг;
- укрепление морального духа и повышение производительности среди врачей и вспомогательного персонала;
- улучшение определения и распределения ресурсов;
- сокращение расходов и увеличение финансовой рентабельности в течение непрерывного медицинского обслуживания.

Указанные преимущества, влияя на социальную сферу, напрямую воздействуют и на экономическое благосостояние населения страны.

Гусев, А. Минздрав утвердил требования к МИС. Какие системы теперь устареют и что нужно обновить // Здравоохранение. – 2019. – № 9. – С. 16-22.

С января 2020 года вступит в силу приказ Минздрава, который регламентирует требования к региональным государственным медицинским информационным системам.

Клиники до этого срока должны проверить свои МИС на соответствие, заменить или обновить устаревшие. Что предпринять главврачам, читайте в статье. Чтобы облегчить работу себе и подчиненным, воспользуйтесь памяткой по новым требованиям.

Что меняет новый приказ.

Минздрав прописал требования к медицинским информационным системам (МИС). Это необходимо, чтобы привести работу клиник в электронном формате к единым стандартам.

Приказ устанавливает, что оператором МИС медорганизаций будут региональные минздравы или департаменты здравоохранения. Это означает, что со временем главные врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения больше не смогут самостоятельно выбирать любую систему для своей клиники.

Новые требования Минздрава допускают, что система может быть установлена на серверах клиники, а может быть представлена единым региональным решением. Судя по общеотраслевым трендам, в будущем МИС клиник будут централизованными едиными решениями для всего региона. Так можно будет существенно сократить административные расходы на эксплуатацию, обеспечить их интеграцию с ЕГИСЗ и ускорить обновление, если выпустят новые версии.

Что проверить в функционале МИС.

Убедитесь, что МИС соответствует новым требованиям. Если это не так, поручите подчиненным доработать или обновить систему до 1 января 2020 года. С этой даты требования нового приказа станут обязательными для государственных и муниципальных клиник.

Импортозамещение. МИС должна быть зарегистрирована в Едином реестре российских программ для электронных вычислительных машин и баз данных на сайте reestr.minsvyaz.ru. Это означает, что МИС отвечает требованиям импортозамещения, которые установило постановление Правительства от 16.11.2015 № 1236. В частности, МИС должна поддерживать работу под управлением отечественных операционных систем.

Поддержка управленческих решений. МИС должна поддерживать функции, которые позволят управлять ресурсами здравоохранения и принимать руководящие решения. Предполагается, что система будет автоматически формировать статистику, быть интегрированной с системой ТФОМС, проводить автоматические взаиморасчеты по ОМС на основе данных из электронных медкарт.

Поручите проверить, что система позволяет работать со статистическими данными по льготному лекарственному обеспечению, профосмотрам и диспансеризации, иммунопрофилактике, телемедицинским консультациям. Должен быть налажен автоматизированный учет лекарств.

Работа с электронной медкартой. Требования устанавливают объем функций, которые должна поддерживать МИС по работе с медкартой. Среди них – ведение протоколов врачебных осмотров, экспертиз, освидетельствований, сведений об оказанной медпомощи и т. д. Важно проверить, что система интегрирована с региональной ЛИС или ЛИС, которая входит в состав МИС клиники. Проверьте возможность выдавать электронные листки нетрудоспособности.

Подключение к другим информационным системам в сфере здравоохранения. Интегрируйте МИС клиники с региональными централизованными системами управления здравоохранением (ГИСами). Если такой интеграции нет, если МИС не обладает функциональными возможностями, главным образом ведением электронной медицинской карты, решайте вопрос о замене на более подходящий вариант.

МИС должна быть интегрирована с федеральным реестром электронных медицинских документов. Систему поликлиники нужно подключить к федеральной электронной регистратуре и интегрировать с сервисами личного кабинета пациента «Мое здоровье» на портале «Госуслуги». В этой подсистеме клиника должна управлять потоками пациентов, вести расписание приемов врачей, листы ожидания, учет прикрепленного населения. Там же нужно проводить мониторинг сроков оказания медпомощи, которые предусматривает программа госгарантий, регистрировать сведения о медпомощи, которую оказали.

Как обеспечить работу клиники по новым требованиям.

Проверьте, что рабочие компьютеры сотрудников подключены к единой региональной защищенной компьютерной сети.

Обеспечьте врачей усиленными квалифицированными электронными подписями до конца 2019 года. Без них МИС не сможет обеспечивать информационный обмен с федеральной системой «Соцстрах». Это необходимо для ведения электронных листков нетрудоспособности и интеграции с федеральным реестром электронных меддокументов. Усиленные электронные подписи действуют год, поэтому ежегодно закладывайте в бюджет средства, чтобы их продлить.

Обратитесь в аккредитованный удостоверяющий центр, чтобы получить УКЭП. Проверяйте репутацию контрагента. В России несколько разработчиков и свыше 400 удостоверяющих центров. Ненадежные центры могут закрыться, тогда ваши документы окажутся юридически незащищенными.

Чтобы дать одному медработнику возможность подписывать документы УКЭП, понадобится сертификат электронной подписи. Нужны будут также лицензия на программу криптозащиты, защищенный носитель ключа подписи (токен), например Rutoken или eToken.

Требования к МИС с учетом приказа Минздрава от 24.12.2018 № 911 н. Памятка.

1. Функциональные возможности МИС должны обеспечивать:

- ведение электронной медицинской карты (ЭМК) пациента;
- мониторинг и управление потоками пациентов;
- поддержку принятия управленческих решений в клинике;
- оказание медицинской помощи с применением телемедицины;
- проведение профилактических осмотров и диспансеризации;
- проведение иммунопрофилактики.

2. МИС должна обеспечивать возможность вести полноценную юридически значимую электронную медкарту в следующем объеме:

- протоколы врачебных осмотров, экспертиз, освидетельствований, сведений об оказанной медицинской помощи и т. д.;
- назначение диагностических исследований и результаты (протоколы) их проведения;
- назначение и получение результатов лабораторной диагностики, включая интеграцию с региональной ЛИС или ЛИС, входящей в состав МИС клиники;
- интеграция с архивом медицинских изображений;
- выписка листков нетрудоспособности, включая электронные;
- ведение индивидуальных программ абилитации и реабилитации;
- ведение и выдачи медицинских справок, заключений, выписок и т. д.

3. Подсистема мониторинга и управления потоками пациентов должна поддерживать:

- ведение расписаний приема врачей;
- ведение листов ожиданий;
- коечный фонд (для стационаров);
- учет прикрепленного населения;
- мониторинг сроков оказания медицинской помощи, предусмотренных программами госгарантий;
- ведение маршрута пациента;
- интеграцию с региональной системой управления потоками пациентов (электронной регистратурой), а через нее – с сервисами личного кабинета пациента «Мое здоровье» на портале «Госуслуги».

4. Подсистема поддержки принятия управленческих решений должна поддерживать:

- автоматизированное формирование статистики;
- интеграцию с ТФОМС;
- полностью автоматические взаиморасчеты по ОМС на основе данных из ЭМК, включая ЛФК и МЭК;
- информационную поддержку работы руководителя клиники;
- автоматизацию учета лекарственных средств;
- автоматизацию службы питания и т. д.

5. МИС должна быть интегрирована с информационными системами в сфере здравоохранения:

- региональной системой бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в части обмена сведениями о направлении на МСЭ;

- региональной информационной системой территориальных фондов ОМС в части автоматической актуализации сведений о застрахованном;
- федеральным сервисом нормативно-справочной информации в части автоматического двустороннего обновления онлайн-сведений между МИС МО и региональной НСИ;
- федеральным регистром медицинских работников в части актуализации сведений обо всех медицинских работниках медицинской организации;
- федеральным реестром медицинских организаций в части актуализации сведений о медицинской организации и всех структурных подразделениях;
- федеральной электронной регистратурой, к которой должны быть подключены все амбулаторно-поликлинические подразделения клиники, осуществляющие первичный прием граждан;
- федеральной интегрированной электронной медицинской картой, к которой должны быть подключены все подразделения клиники, участвующие в оказании медицинской помощи. Из МИС МО в ИЭМК должны передаваться структурированные сведения об оказанной гражданам медицинской помощи в формате, предусмотренном Минздравом;
- федеральным реестром электронных медицинских документов, к которому должны быть подключены все подразделения клиники, участвующие в оказании медицинской помощи. В РЭМД должны передаваться сведения о медицинских документах в форме электронного документа, формирование и хранение которых осуществляется в медицинской организации;
- федеральной системой ЕГИСЗ «Соцстрах» в части ведения электронных листов нетрудоспособности и рядом других.

Макеева, Ю. С. Реализация концепции «Бережливого производства» в сфере здравоохранения // Экономист лечебного учреждения. – 2019. – № 7. – С. 31-34.

Еще несколько столетий назад медицинская помощь сводилась к примитивным бессистемным манипуляциям, которые зачастую не приносили результата или же вовсе ухудшали состояние пациента. Сегодняшняя медицина значительно отличается. При лечении пациентов используются методы, эффективность которых была подтверждена на научном уровне. Регулярно применяемые методики подвергаются обновлениям с учетом новейших технологий и научных достижений, а также мировых практик.

Подтверждением роста эффективности современной медицины является увеличение ожидаемой продолжительности жизни в мире:

- каменный и бронзовый века – 20 лет;
- I в. до н. э. - I в. н. э. – 25-30 лет;
- XVII-XVIII вв. – 30-35 лет;
- начало XX в. – 45 лет;
- конец XX в. – более 50 лет;
- в настоящий момент средний показатель по миру составляет свыше 70 лет.

Также важность наукоемкой и развитой системы здравоохранения можно подчеркнуть, сравнив показатели по ожидаемой продолжительности жизни (согласно данным ВОЗ):

- в государствах с развитым здравоохранением (Норвегии, Катаре, Австралии, Канаде около 80 лет (даже несмотря на климатические условия);
- Российской Федерации – 66,7 лет;
- Центральной Африканской Республике – порядка 50 лет.

Развитие сферы здравоохранения связано с появлением различных инновационных решений: разработкой высокотехнологичных продуктов (медицинских изделий и препаратов) и организационно-управленческих процессов, позволяющих проводить реорганизацию медицинских процессов и внедрять новые технологии, оборудование и лекарства.

В настоящий момент в сферу здравоохранения осуществляется внедрение комплексной управленческой инновации – концепции «Бережливое производство», ключевой целью которой является устранение всех возможных потерь.

Основой «Бережливого производства» являются ценности. Мероприятия, реализуемые в целях получения продукта, называют «потоком создания ценности». Указанный подход позволяет осуществлять рассмотрение всех этапов создания продуктов с точки зрения их полезности для конечного пользователя. Если подвергнуть процессы анализу, то часто можно увидеть, что ряд выполняемых действий не оказывает положительного воздействия на ценность продукта, не повышая ее, а представляя собой потери.

Во время построения производственной системы представители японской автомобильной корпорации отталкивались от следующих видов потерь:

- потери из-за ожидания;
- потери по причине перепроизводства;
- потери, получаемые при ненужной транспортировке;
- потери по причине лишних этапов обработки и запасов;
- потери из-за ненужных перемещений;
- потери, возникающие из-за выпуска продукции, имеющей дефекты.

В настоящий момент система «Бережливого производства» берет в учет все вышеперечисленные потери, а также еще один вид – потери, возникшие по причине нереализованного креативного потенциала сотрудников.

Любой из элементов потока создания ценности, который по факту ценности этой не несет, представляет собой один или сочетание нескольких случаев базовых потерь.

Многие компании, осуществляющие деятельность в сфере здравоохранения, также активно внедряют систему «Бережливого производства» – «Бережливое здравоохранение», ключевой задачей которого является усовершенствование работы, повышение доступности и качественного уровня медицинской помощи.

Информационные технологии развиваются быстрыми темпами, равно как и методы анализа данных, проникая в различные отрасли экономики, благодаря чему можно говорить о ее цифровизации. По причине отсутствия толкования исследователи дали определение цифровым инструментам как инструментам, которые основываются на использовании информационных технологий.

В рамках изучения «Бережливого здравоохранения» целесообразно привести ряд примеров, показывающих, каким образом внедрение цифровых инструментов дало возможность преобразовать медицину в целом и ее отдельные составляющие.

В частности, применение цифровых технологий в диагностике дало возможность сделать габаритное аналоговое оборудование более компактным. Электронные хранилища позволили получать доступ к необходимым данным из любой точки мира, хранить большой объем сведений на носителях, не занимая для этих целей множество помещений-архивов, где было весьма сложно найти необходимую информацию. Кроме того, со временем ряд материалов (рентгеновские пленки, истории болезней, ленты кардиограмм) терялся или утрачивал свойства (снимки блекли и становились нечитаемыми).

В настоящий момент многие независимые лаборатории прибегают к удаленному анализу высококвалифицированными специалистами (в том числе с мировым именем), избегая необходимости транспортировки материалов. Это позволяет существенно сэкономить время и повысить качество обработки информации, в которой также принимают участие программные инструменты (средства метрологического контроля, программный анализ пиков ЭКГ и т.д.). Инструменты также дают возможность снижать объем брака и сводить к минимуму возникновение потерь иных типов. Это дает возможность относить цифровые инструменты диагностики к элементам «бережливого здравоохранения».

Цифровые инструменты оказали существенное влияние и на процессы лечения. К примеру, при проведении лапароскопии применение видеоаппаратуры в целях внутривидеоскопического наблюдения позволяет:

- снизить число манипуляций, оказывающих травмирующее воздействие на организм больного;
- свести к минимуму размеры разрезов, что дает возможность пациенту более быстро восстановиться и вернуться к нормальной жизни.

К тому же разрезы небольшого размера оставляют шрамы гораздо меньшего размера, что очень важно для больных, так как это влияет на их внешний вид.

В качестве примера можно привести проведение операций с использованием систем «да Винчи» (робот-хирург da Vinci – da Vinci Surgical System), имеющих большое число преимуществ, главным из них является сведение к минимуму затрат (временных и финансовых) на транспортировку до больного медицинского специалиста, который может находиться в противоположной точке мира. К примеру, операция «да Винчи» с привлечением удаленного специалиста (японского нейрохирурга) была проведена главнокомандующему ВС МВД, который получил тяжелое ранение.

Цифровые инструменты оказали воздействие и на процесс подготовки кадрового состава. Так, при подготовке хирургов стали применяться тренажеры для моделирования операций, которые имеют отклик и даже имитируют воздействие тканей человека на хирургические манипуляции. Использование инструментов позволило значительно повысить качество подготовки специалистов, принимающих участие в операциях. Благодаря IT лекции, семинары и также ряд лабораторных практикумов (в случае если необходимое оборудование имеется в наличии) могут проводиться удаленно — потребуется только мобильное устройство либо компьютер. К примеру, таким способом можно принять участие в удаленных занятиях, проводимых специалистами госпиталя Джонса Хопкинса без личного выезда к ним в Соединенные Штаты Америки или организации их пребывания на территории Российской Федерации.

В вопросах, связанных с организацией здравоохранения, информационные системы (лабораторные и медицинские) и клинические регистры выступают в качестве базы, без которой не представляется возможным реализовать концепцию «Бережливой поликлиники» — федерального проекта, направленного на модернизацию первичных медучреждений, в соответствии с «Бережливым производством». Несколько лет назад начали набирать популярность блокчейн-технологии, — сейчас интерес к ним угасает, однако они могут быть использованы в качестве носителя информации (данных о пациенте — истории болезней, перечня проведенных в отношении него медицинских манипуляций и т.д.).

При рассмотрении здравоохранения в качестве комплексной системы необходимо отметить биотехнологическую и фармацевтическую индустрии — отрасли промышленности, обеспечивающие нужды медицинской отрасли. В частности, они специализируются на производстве разнообразных лекарственных препаратов, назначаемых в профилактических, лечебных и реабилитационных целях. Также нужно выделить и медицинскую индустрию, специализирующуюся на производстве медизделий (материалов, инструментов, ПО), применяемых для диагностики, профилактики, лечения и при реабилитации пациентов, а также проведения медицинских исследований, эффект от действия которых не обусловлен метаболическим, фармакологическим, иммунологическим или же генетическим механизмами воздействия.

Инженеры нашего времени уже не занимаются проектированием вертолетов, а также томографов с применением кульмана и логарифмической линейки. Современные автоматизированные системы позволяют проектировать и моделировать без большого количества бумаги, значительно экономить пространство для размещения оборудования и

обнаруживать некоторые ошибки автоматически, существенно снижая вероятность возникновения брака.

Биотехнологи и фармацевты при создании лекарственных препаратов используют графические процессоры большой мощности, не прибегая к отрисовке вручную, что позволяет значительно экономить время и снижать брак, возникающий в результате человеческого фактора. Всё это соответствует концепции «бережливого производства», так как позволяет экономить время и ресурсы.

В завершении важно отметить, что внедрение любой из управленческих инноваций является весьма сложным процессом. Специалисты придерживаются мнения, что элементы «бережливого производства» требуется внедрять не сразу, а постепенно — в несколько этапов (по мере готовности среды).

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Невинная, И. Выстрел по вирусу. Ученые научились «дезактивировать» возбудителей опасных заболеваний // Российская газета. Неделя. – 2019. – 11 сент. (№ 203). – С. 25.

Российские и зарубежные ученые близки к созданию препаратов, способных победить вирус иммунодефицита человека, другие инфекции и, вполне вероятно, некоторые разновидности рака. Об этом «РГ» рассказал заведующий лабораторией Института органической химии им. Зелинского РАН, доктор химических наук, профессор Олег Ракитин. «Я химик, и вместе с коллегами из Южно-Уральского государственного университета мы работаем над созданием различных новых веществ – органических соединений, в том числе и таких, которые могут воздействовать на пораженные клетки или, пример, на вирусы, – рассказал профессор Ракитин. – Это фундаментальные исследования. Наша задача – предложить биологам, а затем и фармакологам потенциально перспективные «молекулы», которые в будущем могут стать эффективным лекарством».

Этой второй частью исследований – изучением воздействия препаратов на клетки, вирусы – занимаются зарубежные коллеги из университета Цюриха, университетского колледжа Лондона, университета Северной Каролины, университета Восточной Финляндии. Недавно, по словам О. Ракитина, к исследованию подключились специалисты Национального Института инфекционных заболеваний из Рио-де-Жанейро. «Результаты, о которых мы говорим сегодня, возникли не вдруг, это итог 15-летней совместной работы, – поясняет О. Ракитин. – Мы нашли, что синтезированные нами молекулы со сложным названием «полисераазотистые гетероциклы» обладают высокореакционной связью. Всего открыто семь классов таких соединений со сходными свойствами. Главное, что установлено в результате исследований, – эти вещества могут активно воздействовать на ряд вирусов. Кроме того, они проявляют высокую противораковую активность – по крайней мере, в отношении некоторых разновидностей рака».

Биологи проверяли, как эти вещества воздействуют на разнообразные вирусы. И открыли уникальный механизм: если в структуре вируса находится атом цинка или другого металла, препарат, если говорить упрощенно, вступает с этим атомом во взаимодействие и «извлекает» его из молекулы вируса, тем самым его дезактивируя. Вирус в результате становится неактивным: молекула существует, но перестает проявлять свои «вредные» свойства и не поражает здоровые клетки. Первыми этот механизм проверили швейцарские ученые на вирусе иммунодефицита кошек, очень близкого к вирусу иммунодефицита человека. Бразильские исследователи работают в другом направлении – они проверяют, насколько эффективны молекулы, синтезированные российскими учеными, против тяжелой инфекции грибковой природы – Sporotrichosis, которая распространена на Южно-Американском континенте.

Важно, что в ходе многолетней работы среди множества исследованных соединений удалось выделить препараты, которые вместе с высокой антивирусной активностью обладают низкой токсичностью к обычным здоровым клеткам. Это означает, что перспективы у открытия очень широкие. По сути, ученые сумели раскрыть универсальный механизм воздействия на вирусы, который поможет справиться с самыми разными трудноизлечимыми недугами. Впереди

самый затратный этап – проведение доклинических и клинических исследований, в результате которых проверяется, станет ли перспективная «молекула» полноценным лекарством. Но эта часть изысканий уже потребует крупных инвестиций – на этом этапе обычно к разработкам подключаются крупные фармкомпании, заинтересованные в выводе нового инновационного препарата на рынок.

Созданная российскими учеными программа определяет болезнь Альцгеймера на ранней стадии по снимкам МРТ // Медвестник : портал российского врача : [сайт]. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Sozdannaya-rossiiskimi-uchenymi-programma-opredelyaet-bolezn-Alcgeimera-na-rannei-stadii-po-snimkam-MRT.html> (дата обращения: 14.09.2019)

Признаки ранней стадии болезни Альцгеймера умеет определять по снимкам МРТ программный комплекс с использованием математического аппарата нейросетей. Он разработан учеными Центра информационных технологий в проектировании (ЦИТП) РАН и Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Научная работа поддержана грантом Российского научного фонда.

«Программный комплекс на основе нейросетей... представляет собой перспективный метод ранней диагностики, который может использоваться и в сфере телемедицины. Система сможет анализировать загруженные в компьютер снимки МРТ в автоматическом режиме, находить гиппокамп, определять его объем и динамику изменения и в итоге выдавать врачу ответ – есть у пациента начальная стадия заболевания или нет», – приводит ТАСС пояснения научного руководителя ЦИТП РАН профессора Владимира Гридина.

По словам ученого, тестирование программного комплекса на базе Первого МГМУ им. И. М. Сеченова показало, что он способен выявить атрофию гиппокампа у пациентов с альцгеймеровской деменцией в более 90 % случаев. По словам Владимира Гридина, ранняя диагностика болезни Альцгеймера крайне важна, потому что на этой стадии можно замедлить развитие недуга. «Программный комплекс станет инструментом, сокращающим время и сложность диагностики для врача, и повысит шансы пациентов вовремя начать лечение», – уверен ученый. При расширении базы данных программного комплекса, внесении в нее данных о возрастных изменениях параметров гиппокампа, эффективность метода возрастет, говорит он.

В 2018 г. в мире насчитывалось около 50 млн человек, страдающих деменцией. Каждые 20 лет это число удваивается. Такие данные приводит Международная организация Alzheimer's Disease International. Одним из основных признаков болезни Альцгеймера, которые регистрируются при МРТ-исследовании, является уменьшение гиппокампа – части лимбической системы мозга, отвечающей за сохранение памяти, эмоций и ориентации в пространстве. Одна из проблем диагностики состоит в том, что расположение гиппокампа у каждого человека индивидуально, и находить его на снимках «вручную» не всегда просто.

Дерябин, А. Вдохнуть полной грудью // Российская газета. – 2019. – 16 авг. (№192). – С. 7.

В Институте педиатрии Приволжского исследовательского медицинского университета (ПИМУ) испытали и начали использовать в клинической практике новую барокамеру, разработанную компанией-резидентом нижегородского технопарка «Анкудиновка». Устройство не имеет аналогов по своим эксплуатационным свойствам и выгодно отличается по стоимости от используемых устройств.

Медицинские барокамеры-незаменимый инструмент лечения многих заболеваний, в основе которых прежде всего гипоксия (кислородная недостаточность). Это, например, сахарный диабет, отравление угарным газом, анаэробные инфекции, ожоги, осложнения у дайверов. Суть работы устройства: в нее ложится человек, затем в камеру подается кислород под высоким давлением. Сочетание высокого давления с повышенной концентрацией кислорода приводит к тому, что он усваивается клетками организма гораздо лучше, и лечебный эффект значительно возрастает. Процедура называется гипербарическая оксигенация.

Как рассказал «РГ» руководитель отделения гравитационной хирургии и гемодиализа ПИМУ профессор Григорий Левин, сейчас в нашей стране барокамер меньше, чем необходимо. Дело в том, что они потребляют много кислорода. Поэтому требуется специальная система кислородоснабжения, весьма дорогостоящая. Кроме того, эксплуатация кислородных барокамер должна проходить в условиях надежной пожаробезопасности. В устройстве, разработанном нижегородской компанией, эти недостатки нивелированы.

Создатель барокамеры (ее назвали «БароОкс») – Сергей Хаханин. Он рос в семье инженеров из ЦКБ «Лазурит». Его родители тоже работали с барокамерами. Так что с проблемами такой техники Сергей знаком не понаслышке. Четыре года назад он решил сделать дешевую в эксплуатации и пожаробезопасную камеру. И сделал, основываясь на разработках ЦКБ «Лазурит». Решение было достаточно простым: кислород подается в маску пациенту, а не в объем камеры. Так «убиваются» два зайца: расход кислорода уменьшается в 8 раз, и барокамера становится практически пожаробезопасной. Внутри нее можно находиться в полусидячем положении. Это удобно, скажем, при лечении маленьких пациентов, когда мама садится в кресло и сажает ребенка на колени. Малыш полностью под контролем, ему уютно. В новой камере, как в старых, можно и лежать. Компания Сергея Хаханина получила на доведение продукта до ума гранты по программе «Старт» Фонда содействия инновациям – на три и пять миллионов рублей. Деньги пошли на разработки по модернизации системы подачи кислорода и воздуха, производственной линии. Новые камеры уже поставляются в санатории, частные клиники. Инженер по обследованию барокамер Сергей Егоров отметил еще одно их достоинство: есть возможность их адаптации под требования конкретного медучреждения. Так, по желанию специалистов Института педиатрии, поставлены прямая телефонная связь с пациентом, более комфортное сидение, сделана новая шумоизоляция.

Батурин, Ю. Мурашки по коже : [ученые создают аналоги органов человека] // Российская газета. – 2019. – 30 авг. (№193). – С. 10.

Ученые СВФУ работают над созданием заменителей жизненно важных органов человека. В их числе – искусственная кожа и даже искусственная печень.

На Севере люди часто становятся инвалидами из-за обморожений и ожогов. Второе может показаться странным, но большую часть года здесь приходится топить печи, поэтому пожары часты, и ожоговые центры никогда не пустуют. Специалисты лаборатории клеточных технологий и регенеративной медицины вуза поставили перед собой задачу обеспечить здравоохранение технологией, которая позволяла бы быстро восстанавливать структуру кожных покровов после подобных травм.

— Разработка биотехнологических эквивалентов кожи – наш первый проект. Технология предназначена для максимального восстановления кожи после глубокого поражения в кратчайшие сроки, – отмечает заведующий лабораторией Иван Троев.

Университетские преподаватели и биологи работают над аналогом кожи не одни: для реализации этого и подобных проектов при СВФУ создается межведомственный центр трансляционной медицины. В его составе — специалисты республиканской больницы №2, специализирующиеся на оказании экстренной медицинской помощи.

— В первую очередь это нужно пациентам с обширными ожогами, когда собственной, живой кожи для лечения недостаточно. Здесь и приходят на помощь клеточные технологии, применять которые мы уже имеем возможность, — говорит заведующая ожоговым отделением клиники Светлана Семенова.

В этой же лаборатории ученые работают над созданием прибора, способного выполнять важнейшие функции печени — очищать кровь от токсинов и синтезировать новые вещества. Проект получил грант по итогам конкурса на базе Сколково. Как считает главный трансплантолог Минздрава России Сергей Готье, при удачном завершении эксперимента технология окажется не просто востребованной в клиниках для лечения больных, но станет прообразом искусственной печени, которую можно будет вживлять в организм.

Долинина, Д. Красный, желтый, зеленый: [работать эффективнее врачам помогают цвета] // Волжская коммуна. – 2019. – 30 авг. (№127). – С. 11.

В работу приемного отделения Самарской городской больницы имени Н.И. Пирогова внедрили инновационную программу «Тайм-менеджмент». Разделение на цветовые коридоры позволяет врачам быстрее и качественнее оказывать помощь пациентам.

В коридорах приемного покоя больницы имени Пирогова стало заметно свободнее. Возле кабинетов больше нет очередей, пациенты попадают на прием и получают назначения гораздо быстрее. Такая организация работы лечебного учреждения стала возможной благодаря внедрению единой программы «Тайм-менеджмент», установленной на всех компьютерах докторов и в регистратуре. Это своего рода ноу-хау, так как эту программу придумали и разработали сами сотрудники медучреждения.

Каждые сутки через приемный покой «Пироговки» проходит в среднем от 100 до 150 пациентов, сюда везут экстренных и плановых больных. Цель новой программы – систематизировать и ускорить оказание помощи, грамотно выстроить логистику, чтобы в плотном потоке пациентов ни один из них не остался без внимания.

Благодаря программе «Тайм-менеджмент» врач может увидеть на экране список пациентов, которые в настоящее время находятся в приемном отделении стационара. Если человек там менее 30 минут, фамилия выделяется зеленым цветом. Нахождение в приемном покое от 30 минут до часа – желтый цвет. Более часа – красным, что свидетельствует о том, что пациентом следует заняться немедленно.

В программе также содержится информация о больном, о том, с какими жалобами он поступил и в каком кабинете он в данный момент находится. Разделение потоков позволяет врачу-координатору в режиме реального времени следить за длительностью пребывания в учреждении каждого пациента и при необходимости оптимизировать работу сотрудников приемного покоя.

«Такое наблюдение дисциплинирует медицинский персонал, позволяет контролировать диагностическую службу. В результате пациент быстрее получает медицинскую помощь, – говорит главный врач больницы имени Н.И. Пирогова Александр Вавилов. – Программа разработана нами в начале этого года, внедрена с мая. За три месяца мы увидели ее эффективность».

Приложение все еще проходит тестирование. По словам разработчиков, осталось внести некоторые коррективы, усовершенствовать, а после этого рекомендовать к использованию в других лечебных учреждениях Самарской области и России.

Лалаянц, И. Операции на расстоянии. Этому способствует эра 5G-технологий // Медицинская газета. – 2019. – 28 авг. (№33). – С. 14.

Работа хирурга требует четких движений пальцев и сильного напряжения глаз. Но даже работа с операционными микроскопами не снимает проблему усталости глаз и мышечного напряжения. Решения её видят в максимально широком применении кооперации с операционными роботами, позволяющими резко увеличить точность каждого движения пальцев хирурга.

Одновременно с этим пришло сообщение из Китая, где интерфейс хирург-робот работал в режиме 5G, обеспечив тем самым проведение операции с необходимой скоростью, которую не могут обеспечить сети 4G. Эксплуатация сети нового поколения была вынужденной, так как хирург Линь Жипей был на расстоянии 3 тыс. км от операционной в Пекине, где находился страдающий паркинсонизмом. Линь начал операцию в девять часов утра в столице острова Хайнань Санье за пультом управления роботом, «державшим» скальпель в своей руке-манипуляторе. Через три часа операция по установке электронного устройства глубокой стимуляции мозга (Deep Brain Stimulation) была завершена, и очнувшийся пациент сказал, что чувствует себя хорошо. Линь работал в режиме реального времени, и 5G помог вести операцию без временной задержки с прекрасным оптическим разрешением. Успех ознаменовал большой прорыв в телемедицине, он позволяет решить проблему нехватки высоко квалифицированных

кадров вне больших городов (одной из проблем, как известно, является привлечение молодых кадров в регионы, где они оказываются оторванными от необходимого тренинга).

Другую операцию на печени с применением новых технологий провёл в городе Шэньчжэнь пекинский хирург Донг Цзиахонг, давно консультирующий коллег по всему миру. Вмешательство он проводил из своего кабинета в госпитале Университета Цинхуа (Китай). Передаче HD-изображений способствовала сеть широкополосного пропускания, и специалисты обеих госпиталей активно общались в режиме онлайн. По окончании операции Донг сказал, что он стал свидетелем «прихода эры 5G-технологии, которая позволит осуществлять планирование операций с привлечением расширенного консилиума специалистов и раздвинуть временные и пространственные рамки совместной работы (коллаборации)».

Телекоммуникация открывает возможность гораздо более тесного взаимодействия учёных разных стран и континентов. В начале апреля 2019 г. Science Advances опубликовал результаты совместной работы итальянских и китайских остеопатов, а также их американских коллег, предложивших для более быстрого заживления переломов костей и предупреждения других патологий созданный ими полиэлектролит, молекулы которого растекаются по коллагеновым волокнам. Известно, что биоминералы, входящие в состав костей, содержат фосфат кальция (CaP), взаимодействующий с коллагеном очень медленно. Авторы предложили использовать для ускорения процесса полиакриловую кислоту с высоким молекулярным весом (HPAA), которая стимулирует ген белка остеопонтина, название которого переводится как «костяной мост». Так начинается минерализация внеклеточного матрикса, формируемого коллагеном, «пропитываемым» гидроксипатитом.

Не остаются в стороне и армейские специалисты, использующие большие дата-банки мозговой активности для инструктирования боевых роботов с целью решения ими задач в автономном режиме. Речь идёт о передаче на поле боя сигналов мозга искусственному интеллекту роботов, и 5G необходим последним для срочного принятия решений в быстро меняющейся боевой обстановке. Пока речь идёт о мозге одного человека, который может управлять целой роботизированной когортой, поскольку необходимо проследить путь перемещения мозговой активности между разными отделами коры и подкорковых структур, ведь именно их нарушения, как известно, приводят к болезни Паркинсона. На втором этапе сотрудники Армейской исследовательской лаборатории (ARK – Army Research Laboratory) проследили характер мозговых связей 30 людей, осуществляемых посредством пучков-трактов, проходящих в белом веществе их мозга.

Полученные карты были, затем, преобразованы в модели, показывающие изменение активности при стимуляции одной из областей. Дело в том, что мозг очень динамичен, и характер связей в белом веществе постоянно меняется по ходу изменения обстановки или обучения, что ведёт к изменению координат активности при выполнении специфических функций. Искусственный интеллект поможет описать такие координированные команды людей, выполняющих автономную задачу.

А пока, как сообщают, роботы-пчёлы летают в помещениях Международной космической станции, а искусственный интеллект отбирает и оптимизирует яйцеклетки для будущего рождения «детей из пробирки» (test-tube babies) или ЭКО.

Деменко, С. Блок для провокатора // Российская газета. – 2019. – 30 авг. (№193). – С. 10.

Препарат, эффективно защищающий нервные клетки мозга от гибели, разработала международная группа ученых из России, Испании и США. Он поможет людям, которые перенесли инсульт. Сегодня только в России ежегодно появляется около 400 тысяч таких пациентов. Существует множество лекарств, которые должны препятствовать дальнейшей гибели нервных клеток у людей, которые перенесли инсульт. Однако сегодня в мире нет препаратов с высоким уровнем эффективности. Поэтому во всем мире идет поиск новых лекарственных средств, действие которых не будет вызывать сомнений.

– В основе нашей разработки лежит одно свойство нейронов, – сказала корреспонденту «РГ» кандидат биологических наук Ольга Бурмистрова. – Как и все другие клетки организма для питания они используют глюкозу. Но у нейронов есть своя специфика, которая отличает от всех других клеток, которые для переработки глюкозы используют окисление или так называемый гликоз. Нейроны идут иным путем. Они тоже применяют гликоз, но только в очень малых дозах, а основной поток глюкозы перерабатывается совсем в другой реакции. Вот такая специфика у нейрона.

Этот механизм работает, если все в норме, и нейроны надежно защищены от гибели. Но если произошел какой-то сбой, если баланс сдвигается в сторону гликоза, нейрон начинает разрушаться. Так вот новый препарат должен вернуть нейрон на «путь истинный», заблокировать гликоз. Как же это делается?

– Все дело в одном белке, а конкретно белке PFKFB3, – говорит О. Бурмистрова. – Если все в норме, его в нейронах нет, а вот, в случае сбоя, он появляется, и сдвигает баланс в сторону гликоза. Наш препарат блокирует этот провоцирующий белок, не давая сдвинуть в негативную сторону баланс в питании нейрона.

Эксперименты на мышах показали высокую эффективность нового препарата. Он уменьшает размер области поражения мозга и улучшает координацию мышей. По словам О. Бурмистровой, механизм препарата универсален, а потому сможет помочь людям не только справиться с последствиями инсульта, но и станет хорошим средством при черепно-мозговых травмах, болезни Альцгеймера, болезни Паркинсона и ряде других тяжелых недугов. Препарат уже проверен на токсичность и показал свою полную безопасность. Клинические испытания нового лекарства для защиты клеток мозга должны начаться в ближайшее время. Он может дать надежду миллионам людей во всем мире.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Богдан, И. В. Здоровый образ жизни: отношение населения и приоритетные направления / И. В. Богдан, М. В. Гурылина, Д. П. Чистякова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 4. – С. 374-378.

В Москве хронические (неинфекционные) заболевания являются основной причиной смертности населения, что обуславливает важность поиска путей снижения их распространения и облегчения их течения. Основным и наиболее эффективным направлением борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) является формирование у населения установок на здоровый образ жизни (ЗОЖ). Важность развития данного направления нашла отражение в принятых в нашей стране законодательных актах.

Актуальность распространения ЗОЖ приводит к спросу на исследования по данной тематике на федеральном и региональном уровнях. Особенно важно проведение региональных исследований, так отдельные регионы могут обладать значимыми особенностями практик ЗОЖ вследствие специфики комического, культурного положения и демографической ситуации.

Важно не только изучить распространенность ЗОЖ в целом и отдельных его аспектов, но и выявить первоочередные направления работы по распространению установок на ЗОЖ среди населения.

Исследование проведено в ноябре-декабре 2018 г. Опрошено взрослое население г. Москвы. Критерием включения респондентов в исследование, помимо возраста, служил вопрос «Проживаете ли Вы постоянно в городе Москве?».

Размер выборки составил 800 респондентов. Был проведен уличный опрос населения. Электронная анкета из 22 вопросов заполнялась интервьюером со слов респондента (САПИ). Для опроса использована система SimpleForms.

Рабочей группой были прослушаны 100 % аудиозаписей интервью. При сомнениях в достоверности анкеты и корректности соблюдения методологии проводился дополнительный контроль по предоставленным контактными данными респондента.

В анкету было включено четыре вопроса о ЗОЖ в формулировках, используемых в исследованиях Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ): самочувствие, питание, спорт, курение, что позволило провести дополнительную валидизацию путем сопоставления данных телефонных и уличных опросов.

Жители Москвы склонны к ведению ЗОЖ (по большей части соблюдают принципы ЗОЖ 29 %, некоторые из принципов – 56 %). Люди старше 60 лет чаще ведут ЗОЖ, чем население до 35 лет и 36-59 лет (35; 24 и 28 % соответственно; $p=0,029$). Также 32 % лиц, имеющих высшее образование, ведут ЗОЖ, а среди респондентов с начальным, средним или средним специальным образованием этот показатель достигает лишь 25 % ($p=0,039$). Статистически значимых различий по полу и оценке материального положения выявлено не было.

Респонденты не склонны перекладывать ответственность за состояние своего здоровья на внешние обстоятельства. Большинство опрошенных винят в несоблюдении принципов ЗОЖ условия и образ собственной жизни (лень, занятость и т. д.), а 22 % вообще не видят препятствий к соблюдению ЗОЖ..

Анализ ответов респондентов выявил многочисленные ассоциации с понятием ЗОЖ, которые можно рассматривать как актуальные для москвичей аспекты ЗОЖ.

Из рассмотренных аспектов ЗОЖ на основании обзора литературы и частоты встречаемости в ответах респондентов было отобрано шесть основных аспектов. Факторный анализ выявил два типа поведения, по которым можно охарактеризовать отношение москвичей к ЗОЖ: «активный ЗОЖ» (питание, физическая активность, режим труда и отдыха) и «пассивный ЗОЖ» (отношение к курению и алкоголю). Первая группа аспектов требует активности индивида в работе над собой (регулярные тренировки, контроль питания, планирование дня), вторая – подразумевает отсутствие определенных пагубных пристрастий (табак и алкоголь). Аспект «психическое здоровье» не может быть однозначно отнесен ни к одной из групп (хотя несколько больше тяготеет к первой). В данный аспект могут входить как внешние (стрессовые условия жизни), так и внутренние (собственно навыки работы со стрессом) факторы.

Статистический анализ показал, что самочувствие респондентов из рассмотренных основных аспектов связано в первую очередь с занятиями спортом и умением справляться со стрессом ($p<0,001$).

Из числа опрошенных респондентов 65 % в целом следят за своим питанием, 35 % не следят. При этом 11 % из них не могут себе позволить качественное питание: «Думать о качестве пищи нет возможности, ем, что могу себе позволить». Среди граждан с высшим образованием число следящих за своим питанием значительно выше (71 %), чем среди лиц с начальным, средним или средним специальным образованием (58 %; $p<0,001$). Тех, кто следит за своим питанием, больше среди граждан с хорошим материальным положением (73 %), чем среди граждан со «средним» (62 %) и плохим материальным положением (60 %; $p=0,015$). Разница по другим социально-демографическим характеристикам не является статистически значимой.

Больше половины (63 %) населения Москвы в той или иной мере занимаются физкультурой или спортом. Однако лишь 29 % москвичей занимаются спортом регулярно, мужчины чаще (36 %), чем женщины (24 %; $p<0,001$). Также чаще ведут спортивный образ жизни москвичи с высшим образованием, чем с начальным, средним или средним специальным (34 и 25 % соответственно; $p=0,008$). Разница по другим социально-демографическим характеристикам не является статистически значимой.

В целом среди жителей Москвы соблюдают режим труда и отдыха (перерывы на работе на отдых, качественный сон 30 % населения). Чаще соблюдают режим труда и отдыха москвичи старшего возраста (40 %), чем молодого (30 %) и среднего (24 %; $p=0,001$), и граждане без высшего образования (34 %), чем с высшим (27 %; $p=0,039$). Разница по другим социально-демографическим характеристикам не является статистически значимой.

В Москве курят чуть больше трети местного населения, не менее одной пачки сигарет в день выкуривают 17 %. Не курят 60 % (из них бросили курить 18 %). Мужчин, которые на данный момент курят, почти в два раза больше, чем женщин (52 и 30 % соответственно; $p<0,001$). Среди молодежи (51 %) и граждан среднего возраста (45 %) курящих значительно больше, чем среди старшего поколения (21 %; $p<0,001$). Меньше курят граждане с высшим

образованием, чем с начальным, средним или средним специальным (36 и 44 % соответственно; $p=0,016$). Разница в материальном положении не является статистически значимой.

Употребляют алкогольные напитки в той или иной мере 72 % москвичей, из них регулярно 12-15 %. Совсем не употребляют 28 %, чаще регулярно употребляют алкоголь мужчины, чем женщины (26 и 6 % соответственно; $p<0,001$). Также чаще употребляют алкоголь люди среднего возраста и молодежь, чем старшее поколение (19; 14 и 8 % соответственно; $p=0,001$). Разница по другим социально-демографическим характеристикам не является статистически значимой.

Большая часть москвичей считают, что умеют справляться со стрессом в той или иной степени (77 %). Мужчины чаще, чем женщины (84 и 74 % соответственно), считают, что умеют справляться со стрессом ($p<0,001$). Также таковых больше среди граждан с хорошим (83) и со средним материальным положением (79 %), чем среди лиц с плохим материальным положением (70 %; $p=0,018$). Разница по другим социально-демографическим характеристикам не является статистически значимой.

Необходимо упомянуть важный, хотя и достаточно редко встречающийся в ответах москвичей, аспект ЗОЖ – рациональное медицинское поведение. Москвичи декларируют высокий уровень приверженности рациональному медицинскому поведению: считают необходимым регулярно обращаться в медицинские организации, в том числе с профилактической целью, 73 % москвичей. Сторонников рационального медицинского поведения больше среди женщин (77 %), чем среди мужчин (68 %; $p=0,003$). При этом отметивших, что они реально обращаются в медицинские организации за профилактической помощью, всего 22 %.

Большинство жителей Москвы соглашались, что соблюдение принципов ЗОЖ выступает ведущим фактором, влияющим на улучшение здоровья человека (55 %). Население не склонно перекладывать ответственность за состояние своего здоровья на внешние обстоятельства (окружающую среду, здравоохранение или наследственность).

Ведущие причины несоблюдения принципов ЗОЖ – ценностно-мотивационные («лень», «отсутствие времени», «соблазны»). В отличие от основной группы респондентов, признающих, что они ленятся вести ЗОЖ (19 %) или, что вести ЗОЖ им ничто не мешает (22 %), остальные две позиции, названные респондентами, косвенно говорят о мотивационных проблемах. Можно предположить, что ценность здоровья, занимающая важное место в иерархии ценностей населения, является инструментальной (т.е. здоровье значимо не само по себе, а исключительно как средство достижения других целей). Респонденты, говорящие о вредных привычках и соблазнах (12 %), по сути, декларируют, что они не ведут ЗОЖ из-за нехватки силы воли/мотивации.

Согласно полученным данным, большую часть принципов ЗОЖ соблюдают лишь 29 % респондентов. Это говорит о том, что здоровье не является поведенческим приоритетом населения города Москвы. Такая позиция больше свойственна молодым гражданам.

Для понимания проблем с ведением ЗОЖ у москвичей рационально рассматривать не «ЗОЖ в целом», а отдельные его аспекты. Исследование населения Москвы, данные проведенного ранее опроса экспертов – сотрудников медицинских организаций демонстрируют, что мнения населения и экспертов о том, что такое ЗОЖ и из каких компонентов он состоит, в целом совпадают.

По итогам сопоставления данных опроса населения, экспертов и обзора литературы среди основных аспектов ЗОЖ можно выделить правильное питание, физическую активность, борьбу с курением и потреблением алкоголя, режим труда и отдыха, поддержание психического здоровья.

Практически для каждого аспекта ЗОЖ есть своя группа риска с определенными социально-демографическими характеристиками, которая более предрасположена к нездоровому поведению. Данные группы можно рассматривать как приоритетные при разработке мероприятий, направленных на распространение ЗОЖ.

К группам риска для каждого из аспектов ЗОЖ относятся:

- питание – граждане без высшего образования и с плохим материальным положением;
- физическая активность – женщины и граждане без высшего образования;

- режим труда и отдыха – граждане до 60 лет и с высшим образованием;
- курение – мужчины, лица до 60 лет, без высшего образования;
- употребление алкоголя – мужчины, лица до 60 лет;
- психическое здоровье – женщины и лица с плохим материальным положением.

По сравнению со специалистами жители Москвы больше внимания уделяют экологии, необходимости прогулок на свежем воздухе как важным аспектам ЗОЖ (16 % упоминаний населением и 8 % – медицинскими работниками), причем значимо чаще они упоминаются респондентами старше 35 лет ($p < 0,001$).

Требуют скоординированного сотрудничества с Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы работа по повышению доступности качественной бесплатной психологической помощи для малоимущих граждан и распространение информации среди данной группы граждан о важности психологической гигиены.

Проведенный анализ связи аспектов ведения ЗОЖ и самооценки здоровья определил предпочтительные направления работы. Среди указанных основных направлений ЗОЖ как приоритетные можно рекомендовать занятия спортом и психологические тренинги, так как население чувствует наибольшую пользу для своего здоровья от занятий спортом и умения справляться со стрессом. Те, кто активно занимается спортом, чаще оценивают свое здоровье как хорошее, а кто не занимается – как слабое. Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении умения справляться со стрессом.

Физическая активность входит в единый кластер с другими видами «активного ЗОЖ», поэтому ее распространение среди москвичей будет мотивировать их к включению и в другие активные формы ЗОЖ, уделять больше внимания своему питанию и планированию режима.

Следует отметить такой аспект ЗОЖ, как рациональное медицинское поведение, который имеет свою группу риска – мужчин. Существующая информационная политика не включает явным образом в понятие ЗОЖ данный важный аспект, вследствие чего он слабо ассоциируется с ЗОЖ и у респондентов, и у специалистов. Клинические ассоциации (профилактические осмотры, ранняя диагностика, клинические симптомы, исполнение предписаний врача) упоминаются и населением, и сотрудниками медицинских организаций крайне редко (3 %).

Заключение

Необходимо разъяснение населению значимости рационального медицинского поведения как важной части ЗОЖ, а также дополнительная работа со специалистами на эту тему. Если специалисты не воспринимают такое поведение как важную часть ЗОЖ, они не могут передать это понимание населению.

Более половины респондентов поддерживают профилактику заболеваний только на словах, перехода от установок к действиям у них в данном вопросе не произошло (73 % респондентов поддерживают идею необходимости посещений врача с профилактической целью, а о соответствующем поведении сообщают только 22 %). Таким образом, в вопросе рационального медицинского поведения желательно не только информирование пациентов, но и развитие методов вовлечения пациентов в соответствующую активность, введение стимулирующих мер.

Как и в случае с другими аспектами ЗОЖ, в сфере рационального поведения необходимо стремиться к тому, чтобы поведение выполняло профилактическую функцию, а не было реактивным, т. е. чтобы действия предпринимались заранее, а не при появлении проблем.

Уважаемые коллеги!

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

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье – выходной день



(846) 979-87-90 – заведующий библиотекой



(846) 979-87-90 – обслуживание читателей



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

Сайт: <http://miac.samregion.ru>