

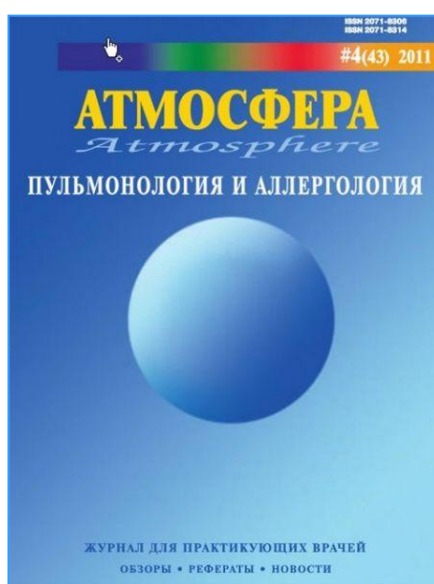


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№12 (декабрь), 2016



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	18
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	20

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Минздрав рассказал, каким будет единое информационное пространство в отрасли // Здравоохранение. – 2016. – № 12. – С. 92-97.

Международный конгресс «Информационные технологии в медицине» был посвящен развитию электронного здравоохранения. О сервисах, без которых невозможно представить работу медучреждений уже в новом году, рассказали представители Минздрава.

Приоритетный проект совершенствования организации медицинской помощи на основе информационных технологий медорганизации будут реализовывать поэтапно, до 2025 г.

База для успешного развития информатизации в сфере здравоохранения в России уже есть, развивается национальная технологическая платформа. Электронное здравоохранение охватит первичную и скорую медицинскую помощь, профилактику заболеваний и стационарное лечение, лекарственное обеспечение, повышение информированности граждан, подготовку врачей, научную деятельность и управление отраслью.

Личный кабинет пациента «Мое здоровье».

Личный кабинет пациента появится на Едином портале государственных муниципальных услуг в 2017 г. На этом сервисе граждане смогут ознакомиться с информацией о доступной медицинской помощи, уточнить номер полиса ОМС, поменять полис, получить медицинские документы в электронном виде, узнать фамилию лечащего врача, его расписание, записаться на прием или вызвать врача на дом, получить информацию о результатах диагностических исследований, оценить оказанную медицинскую помощь и т. п. Число граждан старше 18 лет, которые будут использовать личный кабинет пациента, в 2017 г. вырастет до 7 млн., к 2020 г. – до 25 млн., к 2025 г. достигнет 48 млн.

Чтобы личный кабинет заработал, медорганизации субъектов РФ должны передавать информацию в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ). Для этого сейчас создают защищенные каналы передачи данных, медицинские информационные системы, к которым подключены автоматизированные рабочие места медработников, обеспеченных электронной подписью. Потребность медработников в автоматизированных рабочих местах, которые подключены к медицинским информационным системам, удовлетворена на 100% в 8 субъектах РФ.

Сервисы личного кабинета пациентов позволят повысить качество оказанных услуг, снизят нагрузку на медорганизации первичного звена, поскольку часть услуг переведут в электронный вид.

Федеральные компоненты ЕГИСЗ.

Технологическая основа системы электронного здравоохранения, с помощью которой взаимодействуют ее участники, – ЕГИСЗ. С ней интегрируются региональные медицинские информационные системы, которые уже внедрены в 83 субъектах.

Медицинские информационные системы. Первый интегрировались уровень управления здравоохранением – руководители в федеральную ЕГИСЗ медорганизаций. В медицинских информационных системах главврачи работают редко, но им как менеджерам нужен доступ к отчетам с оперативной и достоверной информацией. Медицинские информационные системы станут инструментом управления доступностью и качеством медицинской помощи, исполнением госзадания, помогут оптимизировать коечный фонд и лекарственное обеспечение.

Следующий уровень управления – региональный. Медицинские информационные системы уровня субъекта – платформа сервисов электронной записи на прием, получения медицинской информации из электронных карт пациентов, формирования регистров медорганизаций, врачей и пациентов, реестра лекарственных средств.

Федеральный регистр медработников. Новая версия федеральной системы «Федеральный регистр медицинских работников» станет базовым элементом других федеральных систем – аккредитации медработников и непрерывного медицинского образования.

Нозологические регистры. Новые регистры базируются на единой платформе и совмещены с системой электронной медицинской карты. Задача регистров – передавать сведения из региональных медицинских информационных систем в автоматизированном виде. Так в регионах с 1 января 2017 г. заработает единый федеральный регистр ВИЧ-инфицированных. Он автоматизирует процессы оказания медицинской помощи, в т. ч.

обеспечения антиретровирусными лекарственными препаратами за счет государственного бюджета.

Нормативно-справочная информация. Специалисты приступили к разработке справочников к амбулаторному эпикризу. В декабре 2016 г. планируют завершить работу над Федеральным справочником лабораторных исследований. С его помощью многопрофильные медицинские информационные системы смогут обмениваться результатами лабораторных исследований и передавать заказы.

Электронный документооборот. Число государственных медорганизаций, которые участвуют в электронном документообороте, вырастет до 40% в 2018 г. и до 95% в 2025 г.

Доля рабочих мест врачей, подключенных к медицинским информационным системам в рамках ЕГИСЗ, увеличится до 70% к 2018 г. и 95% к 2025 г.

Телемедицинские технологии. Телемедицина позволит врачам сократить время на диагностику и обеспечит методологическую поддержку. По прогнозам, это снизит летальность при острых сердечно-сосудистых нарушениях к 2025 г. до 14%.

Удаленным способом уже сейчас можно снимать 12 параметров, в частности, давление, ЭКГ, температуру, уровень сахара. Это позволяет с большей эффективностью бороться с распространенными хроническими заболеваниями, делая акцент на профилактике, и снизить количество тяжелых осложнений.

К системам и комплексам, которые обеспечивают телемедицинские услуги, подключено 40% медорганизаций.

Медработники и сотрудники управления здравоохранением должны быть готовы к использованию возможностей, которые им дает информатизация. Необходимо внедрять в образовательные программы медицинских учебных заведений курсы, где будущим врачам и специалистам по управлению здравоохранением будут объяснять, как информационные технологии интегрируются с медицинскими и управленческими процессами.

Гусева, Н. К. Некоторые вопросы оценки качества медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации / Н. К. Гусева, В. А. Бердугин // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – № 5. – С. 228-233.

Последние годы ознаменовались развитием нормативно законодательной базы, регламентирующей вопросы оценки качества медицинской помощи. Появились закреплённые нормативными актами виды (уровни) контроля качества и безопасности медицинской деятельности (государственный, ведомственный, внутренний, независимая оценка качества медицинской деятельности). Формирование современной системы оценки качества и безопасности медицинской деятельности происходило на базе накопленного опыта работы медицинских организаций в этом направлении. Анализируя существующую в России систему оценки качества медицинской помощи, следует отметить, что она громоздка, включает различные иногда не связанные между собой критерии и показатели и не даёт ясного представления, как осуществлять внутренний контроль качества медицинской помощи. Все это вызывает много вопросов у врачей медицинских организаций. Главным дефектом действующей системы является отсутствие критерия, характеризующего систему обеспечения качества медицинской помощи. Осталась без внимания оценка структуры, предполагающая определение потенциальных возможностей медицинского субъекта (учреждения или медицинского работника) оказывать соответствующую его функциям медицинскую помощь. Показательным примером необходимости структурного подхода при анализе качества медицинской помощи являются полная нормализация психологического климата, возрастающая производственная и коммуникационная эффективность персонала внутри подразделений медицинской организации после их реформирования на основе результатов соционической оценки.

Последние годы ознаменовались развитием нормативно-законодательного обеспечения оценки качества медицинской помощи (КМП). Появились регламентированные нормативными актами виды (уровни) контроля качества и безопасности медицинской деятельности (государственный, ведомственный, внутренний, независимая оценка качества медицинской деятельности). При этом следует помнить, что экспертиза КМП как обязательная

административная процедура сформировалась в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), в которой четко определены такие оценочные критерии, как соответствие медицинской помощи действующим стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, договорам, заключаемым в системе ОМС. В последнее время возникла необходимость исследования формируемой системы оценки КМП и соответствия ее потребностям современного здравоохранения.

Цель исследования – выявить дефекты существующей в Российской Федерации системы оценки КМП и пути их устранения.

Задача исследования – провести анализ действующих в настоящее время нормативных актов, содержащих методики оценки КМП с позиций структурного, процессуального и результативного подходов.

Источником информации послужили приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации, утверждающие критерии оценки качества медицинских услуг и медицинской помощи в системе контроля качества и безопасности медицинской деятельности разного уровня (государственного, ведомственного, внутреннего, независимого), в том числе в системе ОМС. Для решения задачи исследования был применен метод сравнительного формально-логического анализа на основе триады Донабедиана. Кроме того, для установления коммуникационной слаженности медицинских коллективов использовали соционическую оценку, являющуюся эффективным инструментом современного кадрового менеджмента, который востребован при формировании работоспособных организационных структур.

Формирование современной системы оценки качества и безопасности медицинской деятельности происходило на базе опыта работы медицинских организаций (МО) в этом направлении. Поскольку качество и безопасность медицинской деятельности – ключевые задачи руководителя МО, в первую очередь следует сослаться на приказ Минздрава РФ от 28 декабря 2014 г. № 787, который утвердил общие критерии оценки качества оказания услуг МО, включающие 5 групп показателей, дифференцированных по условиям оказания (амбулаторные и стационарные) помощи.

Для каждого показателя в приказе определены единица измерения, методика расчета и его значение в баллах. Очевидно, что данные показатели характеризуют качество организации медицинской помощи в МО как конкретным пациентам, так и отдельным контингентам, дифференцированным по возрасту, полу, характеру патологии, видам медицинских услуг.

В 2015 г. были утверждены критерии оценки КМП при основных заболеваниях и состояниях. Они разработаны на основе порядков оказания и стандартов медицинской помощи, а также клинических рекомендаций. Критерии дифференцированы в зависимости от условий оказания медицинской помощи (стационарная и амбулаторная) и этапов клинико-диагностического процесса.

Интеграция объективных и субъективных критериев качества медицинской помощи отражена в методике независимой оценки качества медицинских услуг. Общественные советы, в компетенцию которых входит независимая оценка КМП, на основании показателей, характеризующих общие критерии качества оказания медицинских услуг, и результатов анкетирования пациентов определяют рейтинг каждой оцениваемой МО по сумме баллов. В анкетах, имеющих приложение № 2 к приказу Минздрава России от 14 мая 2015 г. № 240, имеются блоки информации, по которым можно судить о доступности и КМП пациентам МО, в том числе инвалидам. Данные анкеты с точки зрения пациента позволяют судить о доступности, своевременности, комфортности и результативности оказания медицинской помощи и качестве работы персонала.

Помимо указанных выше приказов, которые характеризуют критерии качества и доступности медицинской помощи в конкретных МО, существуют критерии оценки доступности и КМП, заложенные в программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Они включают в основном результативные показатели работы системы здравоохранения и МО.

Для МО, работающих в системе ОМС, особое значение имеют такие нарушения и дефекты при оказании медицинской помощи, которые влекут за собой финансовые санкции со стороны страховых МО. К ним относятся не только дефекты и нарушения при оказании медицинской помощи и оформлении медицинской документации, но и соответствие оказания

медицинской помощи территориальным программам ОМС и договорам, заключенным МО со страховыми МО на оплату медицинской помощи.

Существуют также требования, предъявляемые к качеству и безопасности медицинской деятельности в МО при осуществлении государственного и ведомственного контроля: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья, порядков проведения медицинской экспертизы, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований, порядков оказания медицинской помощи и стандартов; безопасных условий труда и применения меди ограничений, применяемых при осуществлении профессиональной деятельности; организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Частным случаем успешного решения проблем межличностного взаимодействия в слагающих коллектив МО мини-группах, например, при комплектовании хирургических бригад, является наличие в них психологически хорошо сочетаемых между собой типов личностей. Осуществленная в 2016 г. соционическая оценка персонала ГБУЗ Нижегородской области «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер», по отзыву администрации этой МО, позволила более эффективно распорядиться имеющимся кадровым потенциалом.

Современная система оценки КМП в МО включает показатели качества организации и качества реализации лечебно-диагностического процесса с точки зрения, как системы здравоохранения, так и пациентов, качества и доступности оказания медицинской помощи в системе ОМС, результаты работы системы здравоохранения на административной территории.

Анализируя представленную выше систему, можно отметить, что она громоздка, включает различные, иногда не связанные между собой критерии и показатели и не дает ясного представления о том, как осуществлять внутренний контроль КМП, что вызывает много вопросов у врачей МО. Другой проблемой системы являются ограниченные возможности использования результатов оценки для обеспечения КМП. Поэтому главным дефектом действующей системы оценки является отсутствие критерия, характеризующего ресурсы для оказания медицинской помощи. В соответствии с общеизвестной триадой Донабедиана, определяющей основные подходы к оценке качества (структурный, процессуальный и результативный), очевидно, что показатели, имеющиеся в приказах, отражают только процессуальный и результативный подходы. Показатели ресурсного обеспечения лечебно-диагностического процесса и рациональности расходования ресурсов по мере оказания пациенту медицинской помощи были предложены некоторыми авторами ранее для комплексной оценки качества медицинских услуг. Например, метод Г.Н. Царик позволяет объективно оценить не только доступность медицинской помощи и профессионализм персонала, но и состояние материально-технической базы, санитарно-противоэпидемического режима, уровень лекарственного обеспечения, соблюдение этических и деонтологических норм, адекватность медицинской помощи объемам финансирования, эффективность использования ресурсов МО. В основе метода – расчет показателя эффективности управления системой обеспечения КМП, который равен сумме показателей интегральной оценки КМП и финансирования МО, рассчитанных в баллах. В методике учитывается влияние на КМП эффективности использования ресурсов, которую оценивали как по финансовым, так и по организационным показателям (уровень применения стационарозамещающих технологий, качество амбулаторно-поликлинической помощи, стоимость одного дня пребывания больного на койке, объемы медицинской помощи). Однако такие показатели отсутствуют в системе оценки КМП, регламентированной приказами.

Осталась без внимания оценка структуры, предполагающая определение потенциальных возможностей медицинского субъекта (учреждения или медицинского работника) оказывать соответствующую его функциям медицинскую помощь. Показательным примером необходимости структурного подхода к анализу КМП является полная нормализация психологического климата, возрастающая производственная и коммуникационная эффективность персонала внутри подразделений МО после их реформирования на основе результатов соционической оценки.

Соционическая оценка является прикладным инструментом кадрового менеджмента, предназначенным для решения управленческих задач разного уровня сложности путем определения оптимального состава рабочих команд. Это связано с тем, что свойство группы как целостного психосоциального объекта определяется не только свойствами отдельных ее членов, но, в не меньшей степени, видовой структурой межличностных связей. Поэтому отсутствие про-

цедуры соционической оценки как элемента структурного подхода к обеспечению КМП при осуществлении кадровой политики МО ведет к формированию аморфных нежизнеспособных коллективов.

Выводы.

1. Главным дефектом действующей системы оценки качества медицинской помощи является отсутствие критериев, характеризующих ресурсы, необходимые для его обеспечения.

2. Существующую систему оценки качества медицинской помощи, формируемую на основе процессуального и результативного подходов, следует дополнить критериями, сформированными на основе структурного подхода.

3. Использование структурного подхода позволяет оценить ресурсную составляющую качества медицинской помощи, в том числе эффективность кадрового менеджмента на уровне, как медицинской организации, так и территориальной системы здравоохранения.

Зарубежный опыт и его влияние на формирование отечественной модели подготовки кадров в области управления здравоохранением / В. А. Решетников [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – № 5. – С. 240-244.

В настоящее время эффективность и результативность управления различными отраслями научной и практической деятельности, включая систему здравоохранения, основаны прежде всего на формировании и привлечении к этой работе специалистов, хорошо владеющих управленческим инструментарием, а также знаниями и навыками в курируемой отрасли. Подготовка таких специалистов – основная задача современного медицинского образования и, следовательно, одно из стратегических направлений его реформирования.

Одна из наиболее актуальных в системе здравоохранения России проблема эффективного управления ресурсами, принятия адекватных мер по проведению системных, качественных и эффективных преобразований отрасли, сохранению и укреплению здоровья населения. В решении этого вопроса важную роль играют руководители медицинских организаций и их структурных подразделений, работники органов управления здравоохранением, специалисты страховых медицинских организаций и фондов обязательного медицинского страхования – все те, кто непосредственно участвует в управлении кадровыми, финансовыми и материальными ресурсами отрасли.

Эффективность работы в значительной мере определяют знания, навыки и умения руководителей различных уровней. Гарантия профессионализма каждого управленца – его непрерывное образование. Основные принципы профессионального образования руководителя в современных условиях: системность, преемственность, научность, обязательность, перспективность, развитие лидерских качеств, индивидуализация и дифференциация учебного процесса, сочетание организованного обучения с самообразованием.

За последние 10-15 лет система образования в Российской Федерации, в том числе профессионального, претерпела существенные изменения и начала ускоренными темпами адаптироваться к международному опыту и требованиям.

Поэтому проведение анализа зарубежного опыта и существующих подходов к решению этой проблемы в сравнении с отечественной моделью подготовки кадров в области управления здравоохранением могло бы быть весьма полезным и позволило бы избежать ряда ошибок при развитии и совершенствовании российской модели.

С этой точки зрения представляют интерес результаты исследований, проведенных сотрудниками Школы бизнеса г. Тулузы (Франция) и Лондонского университета (Великобритания), которые анализируют особенности систем подготовки и развития управленческого персонала в различных странах Европы, ставя задачу проверки существующих концепций на основе эмпирического исследования.

В последнее время эту проблему активно изучают. Результаты показали наличие определенных различий в корпоративной практике управления человеческими ресурсами в других странах и существенное влияние на эту практику культурного фактора. Различия касаются многих аспектов управления, в том числе, таких как отбор, найм, подготовка, карьерное продвижение, увольнение работников. Эти исследования, в центре которых

находятся культурные факторы, позволяют выделить три модели развития управленческого персонала, свойственные европейским странам.

Для «латинской», или элитарной модели характерно отсутствие развитого внутрифирменного планирования кадровых управленческих ресурсов. Так, французские руководители, решая вопросы о назначениях, склонны полагаться скорее на «политические игры» или связи по протекции, чем на бюрократические правила или оценку квалификации. Эта практика характеризуется предпочтением набора внешних претендентов, преимущественно выпускников привилегированных учебных заведений. Подготовка и продвижению потенциальных менеджеров внутри фирмы должного внимания не уделяют. Иными словами, «латинские» предприятия предпочитают нанимать работников с высоким потенциалом, чем воспитывать их. Кроме того, предпочтение отдают общему формальному образованию, часто не связанному с занимаемой должностью, а не конкретной квалификации и специализации.

Существенно отличается от этого подхода «германская», или функциональная модель, характеризующаяся преобладанием внутрифирменных процессов развития компетенций и развитым внутренним рынком труда. Подготовка управленческого персонала, карьерное продвижение, планирование замещения должностей рассматривают как долгосрочные инструменты руководства и важный элемент развитой системы планирования. Большое внимание уделяют сохранению кадров в течение длительного периода времени и воспитанию их приверженности предприятию с помощью процесса внутреннего продвижения. Кадровый потенциал рассматривают не как приобретаемый раз и навсегда, а как постепенно развиваемый с помощью программ обучения и накопления опыта. Интерес к формальной квалификации в большей мере связывают не с наличием диплома, а с требованиями должностных функций.

«Англо-голландская» модель, или модель планируемого развития, объединяет черты обеих предыдущих моделей. Здесь, как и в «латинской» модели, слабее развито формальное планирование человеческих ресурсов, однако объясняется это не столько предпочтениями, связанными с образованием, сколько ориентацией внутренних процессов на внешний рынок труда, наиболее типичный для Великобритании и США. Отличительной особенностью служит слабый интерес к формальному образованию (как общему, так и специальному) и большее внимание к опыту. Ряд авторов выделяют эти черты в особую модель, именуя ее моделью многонациональной корпорации.

В Германии менеджеры, поступив на работу в организацию, получают интенсивную подготовку, углубляющую их профессиональные и технические знания. Фирмы, придерживаясь долгосрочного подхода, вкладывают значительные средства в подготовку и повышение квалификации новых работников. Они тесно сотрудничают с учебными заведениями, организующими соответствующие курсы. Подготовка и занятость оказываются задачами, совместно решаемыми сферой производства и сферой образования на отраслевом уровне. Между работодателями нет конкуренции на рынке труда, каждое предприятие в той или иной степени инвестирует в подготовку своих работников, не стремясь получить готовых специалистов у конкурентов.

Во Франции задачи занятости и образования в большей мере отделены друг от друга. Образование считается в основном функцией государства. С одной стороны, учебные заведения не приветствуют слишком широкое участие бизнеса в разработке и осуществлении учебных программ, роль профессионалов-практиков ограничивается консультационными функциями. С другой стороны, предприятия не склонны участвовать в обучении молодых работников, опасаясь выгоды для конкурентов, и довольствуются наймом достаточно квалифицированных специалистов, поставляемых государственной системой, особенно в высшем сегменте рынка труда.

В Великобритании упор делают на внешнее образование, однако в отличие от Германии (отраслевой подход, высокий уровень инвестиций и «самодисциплины» на уровне фирмы) и Франции (значимость государственных функций, слабые инвестиции со стороны фирм) подготовка и повышение квалификации в значительной мере становятся личной задачей работника, реализуемой в процессе накопления опыта карьерного роста. Здесь опыт и знания, приобретаемые различными путями, рассматривают как путь к повышению квалификации и играют большую роль, чем общее или специализированное формальное обучение.

Сравнительный анализ этих моделей и российской свидетельствует о том, что в Российской Федерации исторически подготовка кадров, в том числе в области управления, считалась государственной задачей и осуществлялась системой высшего профессионального образования на постдипломном уровне. В стране постоянно проводили обучение так называемого «кадрового резерва», работала система «наставничества». Профессиональный рост в высокой степени происходил поэтапно, с учетом всех возможных ступеней практического роста, пошагового накопления «должностного» опыта и т. д. Однако наряду с положительными моментами при реализации подобных подходов сложившаяся система все же не была достаточно эффективной, поскольку подготовленные таким образом специалисты не в полной мере владели методологией и методиками управления, принятия решений с учетом потенциальных рисков, углубленного анализа состояния здоровья населения и его отдельных групп, адекватного и рационального планирования медицинского обеспечения и решения иных проблем развития и функционирования системы здравоохранения и охраны здоровья населения.

В современном мире интенсивно развиваются три основные модели бизнес-образования.

Первая из них, «традиционная» модель, предполагающая подготовку «квалифицированного руководителя», базируется на четком разделении профессионального образования по инженерным, экономическим, гуманитарным профилям обучения в учреждениях высшего и среднего профессионального образования и подготовки кадров по бизнесу и менеджменту в системе дополнительного профессионального образования. Эта модель наиболее развита в Германии и ближе всего к отечественной, поскольку предполагает, кроме основного базового, профессиональное и дополнительное образование по проблемам подготовки в области управления.

Многолетний опыт и практика показывают, что это оптимальный подход к подготовке управленческих отраслевых кадров, которые хорошо знают предмет управления, но нуждаются в приобретении дополнительных сведений, умений и навыков в части эффективного руководства процессами и результатами деятельности.

Вторая модель бизнес-образования (так называемая «новая») – «профессиональный менеджер». Она зародилась и получила наибольшее развитие в США.

Ключевое звено американской модели – школы бизнеса как главные центры исследований и образования в сфере бизнеса и менеджмента. В них по программам разного уровня и продолжительности обучаются лица со средним и высшим образованием в сфере бизнеса и менеджмента любой специальности, уже имеющие опыт практической работы. В рамках данной модели учебные центры также реализуют разнообразные программы повышения квалификации менеджеров вне зависимости от того, окончили они школу бизнеса или нет.

Во многих странах реализуется так называемая смешанная модель бизнес-образования.

На основе наиболее интересных инноваций в управленческом образовании и развитии менеджмента Г. Минцбергом с коллегами из Institute of Management Bangalore (Индия), INSEAD (Франция), Lancaster University (Англия) и McGill University (Канада), а также представителями японских и корейских школ создана International Masters Program in Practicing Management (IMPPM), разработаны и реализуются программы подготовки управленческих работников на основе семи принципов: ограничение контингента обучающихся практикующими менеджерами; обеспечение интеграции образования и практики управления компанией; приумножение профессионального и жизненного опыта как цель образования; результаты обучения должны оказывать влияние на организационное развитие; получение образования обязано быть интерактивным процессом; каждый компонент реализуемой программы должен способствовать успешности обучения.

Только в американской модели менеджмент рассматривается как профессия, предусматривающая получение специального ступенчатого образования, только в ней подготовка управленцев поставлена на научную основу, применяют оригинальные методики обучения, а «менеджеризм» рассматривают как фундамент деловой культуры.

Менеджмент в России, Германии, Франции воспринимают как некую надстройку к профессии (инженер-менеджер и экономист-менеджер). С середины 1960-х годов российское управленческое образование начинает развиваться в рамках традиционной модели. В вузах вводят программы высшего профессионального образования по управленческим специальностям, создают (преимущественно отраслевые) институты повышения квалификации

для планомерной реализации краткосрочных программ обновления знаний и навыков уже работающих руководителей и специалистов. В настоящее время можно наблюдать значительные изменения в отношении к менеджменту как профессии: разработан образовательный стандарт; действуют бизнес-школы; отдельно в Общероссийский классификатор видов экономической деятельности рабочих профессий и должностей служащих и тарифных разрядов введена должность менеджера; появился спрос на образовательные услуги по получению профессии менеджера как второй специальности; в 1999 г. сертифицирована степень мастера делового администрирования.

Определены современные виды бизнес-образования для менеджеров в России.

Исходя из международного опыта в подготовке менеджеров здравоохранения, в обозримом будущем можно определить наиболее вероятные тенденции развития образования в области управления здравоохранением, к которым следует отнести: переход от программ медицинского дополнительного профессионального образования по общественному здоровью и здравоохранению к программам, базирующимся на менеджменте; рост числа обучающихся с базовым немедицинским образованием и количества программ подготовки по управлению здравоохранением в экономических образовательных учреждениях; увеличение количества негосударственных консалтинговых и учебных центров, предлагающих менеджерам здравоохранения услуги в области повышения квалификации и профессионального консультирования.

Развивающиеся тенденции выявляют новые задачи, направления и принципы в организации и содержании образования специалистов управления здравоохранением, в первую очередь в подготовке руководителей среднего и высшего звена отрасли в соответствии с их уровнем управления, предшествующим образованием и личными предпочтениями.

Таким образом, формирование компетенций управленческих работников не ограничивается вузом. Дальнейшее образование должно быть обеспечено путем непрерывного корпоративного обучения, которое лежит в основе развивающейся организации. От прямых инвестиций в сотрудника в конечном итоге зависит вектор инновационных преобразований в организации и ее место на рынке. Менеджеры призваны более активно исполнять роль предпринимателя (инноватора) для обеспечения развития организации, выступать инициаторами проектов, генерировать идеи, способствующие прогрессу организации на основе внедрения инновационных процессов.

Российское здравоохранение в условиях глобальных экологических вызовов безопасности жизни и здоровью населения / А. И. Вялков [и др.] // ГлавВрач. – 2016. – № 9. – С. 8-19.

Рассмотрены концепция и перспективы развития медицины окружающей среды (МОС) как одного из основных разделов медицинской экологии, непосредственно связанного с диагностикой, лечением и профилактикой экологически обусловленной патологии.

Государственная программа «Развитие здравоохранения» своей основной целью ставит совершенствование системы охраны здоровья граждан России в целях профилактики заболеваний, связанных, в том числе с неблагоприятным воздействием экологических факторов.

Сложно переоценить социальный и экономический ущерб, наносимый ежегодно экологически обусловленной и зависимой патологией (ЭОП) мировому сообществу. Так, по данным ВОЗ, только в 2011 году воздействие отдельных химических веществ (ХВ), находящихся в окружающей и производственной среде, обусловило в мировом масштабе 4,9 млн. смертей (8,3% от общего числа) и 86 млн. лет жизни, утраченных в результате смертности и инвалидности. К сожалению, сегодня в России отсутствуют обобщенные статистические сведения о конкретном социальном и экономическом бремени, причиняемом ЭОП населению страны. Есть лишь общие представления, базирующиеся на результатах отдельных научных исследований. В частности, показано: если учитывать, что на долю ЭОП системы кровообращения приходится около 50% всех смертельных исходов, то экономический ущерб только от этих заболеваний для страны составляет ежегодно около 700 млрд. руб., то есть более 2% ВВП.

Экологические вызовы безопасности жизни и здоровью населения сегодня обусловлены целым спектром неблагоприятных факторов меняющейся окружающей среды. К ним относятся:

1. Беспрецедентное по масштабу химическое загрязнение окружающей среды. Так, на территории РФ ежегодно выбрасывается в атмосферу более 30 млн. т. химических веществ. Под воздействием веществ, превышающих гигиенические нормативы в 5 раз и более (бенз(а)пирена, формальдегида, диоксида азота и других соединений, обладающих выраженным токсическим и онкогенным действием), проживает более 55 млн. человек, что составляет 53% городского населения России. Уровень химической нагрузки на человека внутри закрытых помещений, в которых современный человек проводит до 23 часов в сутки, еще выше (примерно в 4 раза и более), чем в окружающем атмосферном воздухе.

2. Несмотря на широкий спектр гигиенических разработок по регламентированию физических факторов окружающей среды (ФОС) – шума, вибрации, электромагнитных полей и др., обусловленная их воздействием заболеваемость приобретает все более внушительные масштабы. При этом стремительно нарастающей угрозой здоровью человека становится так называемый «электромагнитный волновой смог», исходящий от стационарных и особенно подвижных источников ненормированных неионизирующих излучений (компьютеров, телевизоров, ноутбуков, планшетов, мобильных телефонов). Доказано, что негативные эффекты гаджетов могут быть скрыты длительным, иногда более чем 10-летним латентным периодом развития аутизма, неврозов и реактивных депрессивных состояний, неврологических и психических расстройств, акустической невротомы в головном мозге и ДР.

3. Угрозы биобезопасности населения складываются из распространения инфекционных, вирусных, паразитарных болезней, принимающего порой характер непрогнозируемого появления новых и вновь возвращающихся инфекций. Появление ряда вирусов на неэндемичных ранее территориях вызывает тяжелейшие последствия, как это, например, наблюдалось в начале текущего столетия на юге России, где произошло резкое обострение эпидситуации по лихорадке Западного Нила, при котором наблюдалась очень высокая смертность. Необходимо отметить, что с инфекционными эпидемиями и пандемиями человечество столкнулось гораздо раньше, чем с другими угрозами загрязненной окружающей среды. Соответствующее развитие на высоком уровне получили такие медицинские науки, как инфекционная эпидемиология, микробиология, вирусология, паразитология и др. (В.И. Покровский, Н.И. Брико, С.Г. Дроздов, Ф.И. Ершов, В.В. Зверев, А.Л. Гинцбург, С.М. Клименко, Н.В. Медуницын, Г.Г. Онищенко, В.П. Сергиев, И.В. Тарасевич и другие видные отечественные ученые), которые приобрели самостоятельность и успешно интегрировались в практическое здравоохранение.

4. Этого нельзя сказать еще об одном виде экологических угроз, связанных с неблагоприятным воздействием климата и природных физических факторов. По оценкам ВОЗ, в Европе ежегодно климатопогодные изменения являются непосредственной причиной до 10% смертей среди старших возрастных групп, а в мире – более 150 тыс. дополнительных смертей, что составляет 0,3% от общего числа смертельных исходов. По данным различных отечественных источников, сегодня в нашей стране примерно 80-85% больных с гипертонической болезнью, острым нарушением мозгового кровообращения, инфарктом миокарда, ишемической болезнью сердца, невротическими нарушениями, 75% больных с ревматическими заболеваниями суставов, 65% с заболеваниями бронхолегочной системы являются метеочувствительными. Актуальность разработки национальных программ действий по снижению рисков, связанных с изменением погоды и климата, определяется также рекомендациями коллективного нобелевского лауреата за 2007 год – Межправительственной группы экспертов по изменению климата (МГЭИК). Вместе с тем приходится констатировать, что в России не только отсутствует система профилактики климато- и метеозависимых заболеваний, но и не сформирована ведомственная программа в части минимизации уровня заболеваемости и смертности в группах населения высокого риска болезней, вызванных изменением климата.

Перечисленные угрозы в современном мире нередко воздействуют в комплексе, что определяет необходимость разработки специальных методик расчета совокупного риска развития ЭОП. Кроме того, для определенных слоев общества значительную дополнительную опасность здоровью и жизни представляют факторы социального стресса (Величковский Б.Т.,

2007-2016), связанные с низкими доходами работающих граждан и пенсионеров, конфликтами на работе и в быту, другими факторами, характеризующими социально-экономическое и психоэмоциональное неблагополучие населения.

Растущие угрозы состоянию здоровья населения Российской Федерации, связанные с агрессивным воздействием факторов окружающей среды, с одной стороны, и отсутствие нормативно-правовой базы ведомственной системы организации медицинской помощи пациентам с факторами риска и проявлениями ЭОП – с другой диктуют необходимость принятия неотложных мер по научному обоснованию, разработке и реализации ведомственной программы развития медицины окружающей среды (МОС) как нового направления медицинской науки и раздела практического здравоохранения.

Очевидно, что данная программа должна соответствовать требованиям законодательства и включать комплекс мероприятий, взаимоувязанных по задачам, срокам осуществления, целевым индикаторам, исполнителям и ресурсам, привлекаемым для ее разработки и реализации. Основными задачами в части формирования данной программы должны стать обоснование предпосылок к ее разработке, формулирование цели и основных направлений, а также представление научных, научно-практических и образовательных проектов, реализация которых с учетом их актуальности должна быть начата в срочном порядке.

Одним из начальных этапов в формировании МОС как раздела медицинской науки явилось становление и развитие начиная с 1970-х годов гигиены окружающей среды, которая в соответствии с определением ВОЗ (1993) включает в себя те аспекты здоровья человека, которые определяются многосредовым комплексным воздействием физических, химических, биологических и социальных ФОС. Исследования в этой области позволили разработать огромную нормативно-регламентирующую базу, позволяющую оценивать и контролировать воздействие тех экологических факторов, которые могут потенциально воздействовать на здоровье (Ю.А. Рахманин, В.Н. Ракитский, Н.В. Зайцева и др.). В эти же годы существенное развитие получили научное направление «экология человека», которое изучает взаимоотношения человека и окружающей среды во всем их многообразии (В.П. Казначеев, Н.А. Агаджанян и др.), и медицинская экология как раздел экологии человека, связанный с развитием и внедрением в практику методологии оценки риска здоровью с установлением причинно-следственных связей между воздействием ФОС и состоянием здоровья человека.

В свою очередь, с начала XXI века в России все большее внимание начинает уделяться одному из основных разделов медицинской экологии, которое непосредственно связано с диагностикой, лечением и профилактикой ЭОП и получило название «медицина окружающей среды» – МОС.

В соответствии с мнением экспертов ВОЗ МОС – это раздел медицины, специализирующийся на изучении заболеваний или дисфункций у человека, развивающихся вследствие воздействия ФОС, и разрабатывающий методы их диагностики, профилактики, лечения, а также технологии реабилитации пациентов с хроническими экологически зависимыми заболеваниями и их осложнениями. Предполагается, что МОС включает в себя экологические физиологию и патофизиологию, биохимию и биофизику, иммунологию, генетику, вирусологию, бактериологию, паразитологию, токсикологию, кардиологию, пульмонологию, гастроэнтерологию, нефрологию, онкологию, неврологию, эндокринологию, педиатрию, офтальмологию, оториноларингологию, акушерство и гинекологию, профпатологию, а также такие направления медицины, как медицина труда, морская, военная, авиакосмическая, спортивная медицина и т.д. Как видно из этого внушительного перечисления, практически ни одна клиническая дисциплина не избежала участи быть включенной в МОС, поскольку среди профильной патологии в каждом из перечисленных разделов медицинской науки и практического здравоохранения присутствуют заболевания, в этиологии и патогенезе которых значительную роль играют неблагоприятные ФОС.

Вместе с тем нельзя не отметить, что на практике врачи-специалисты не обладают необходимыми знаниями и навыками диагностики, учета, профилактики и лечения ЭОП соответствующего профиля, не владеют эпидемиологическими, лабораторными и клиническими методами выявления зависимости патогенеза, механизмов развития заболеваний и их осложнений от выраженности воздействия неблагоприятных ФОС. Существующие порядки и

стандарты оказания медицинской помощи не включают ни специфических методов диагностики, ни лечения ЭОП.

На фоне значительных успехов гигиенической науки, проявившихся в разработке мощной нормативной базы (более 5000 гигиенических нормативов) предельно допустимых уровней содержания наиболее приоритетных химических загрязнителей в различных объектах окружающей среды, а также по регламентированию допустимых уровней воздействия физических ФОС (шума, вибрации, освещения, инсоляции, электромагнитных полей, радиационных излучений и др.), важнейшей проблемой сегодняшнего дня является образовавшийся разрыв между санитарно-гигиеническим, эпидемиологическим и клиническим направлениями в медицине. Выход из этой ситуации видится в методологическом объединении профилактического и клинического направлений в медицинской практике на основе интеграции фундаментальных физико-химических, биологических наук и клинических дисциплин для формирования системного взгляда на этиологию, диагностику, лечение и профилактику заболеваний, связанных с многокомпонентным неблагоприятным воздействием многочисленных ФОС.

Таким образом, в качестве стратегической цели концепции программы развития МОС может рассматриваться формирование нового интегративного раздела в медицине, изучающего причины и механизмы развития ЭОП, а также разрабатывающего персонализированные медицинские технологии диагностики, профилактики и лечения этой патологии с учетом фено- и генотипических особенностей организма человека.

Задачи концепции:

1. Исследование теоретических проблем охраны здоровья населения и здравоохранения, разработка методологии развития здравоохранения с учетом существующих угроз развития ЭОП и необходимости создания системы мер по ее диагностике, профилактике и лечению.

2. Разработка методов исследования, изучения и оценки состояния здоровья населения и тенденций его изменения, исследование демографических процессов, структуры заболеваемости, уровня экологического, физического, духовного и социального благополучия населения, его отдельных групп, проживающих в различных регионах РФ, на фоне характерных для них климатогеографических и других условий окружающей среды на основе подходов эпидемиологической диагностики.

3. Исследование потребности населения в оказании медицинской помощи в отношении диагностики, профилактики и лечения ЭОП, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики ЭОП.

4. Исследование медико-социальных и этических аспектов деятельности медицинских работников, связанной с оказанием медицинской помощи пациентам с ЭОП.

5. Разработка научных проблем экономики, планирования, нормирования труда медицинских работников и финансирования здравоохранения, менеджмента и маркетинга в МОС.

6. Разработка теоретических, методических и организационных аспектов обязательного и добровольного медицинского страхования населения в целях профилактики и лечения ЭОП.

7. Исследование проблем управления здравоохранением, разработка автоматизированных систем управления (АСУ) и компьютерных технологий управления лечебно-профилактическими учреждениями, службами здравоохранения в сегменте профилактики ЭОП.

8. Изучение и внедрение опыта здравоохранения за рубежом, деятельности ВОЗ и других международных медицинских и общественных организаций по охране здоровья населения в условиях неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды.

Говоря о создании Концепции ведомственной программы развития МОС как нового из разделов медицинской науки и практического здравоохранения, необходимо отметить, что создание и развитие нормативно-правовой базы, инфраструктуры и кадрового ресурса МОС является для России принципиально новой задачей, не имеющей пока общепризнанных путей и форм ее решения.

Специфика организационных решений в создании новых или дополнении существующих порядков и стандартов оказания медицинской помощи пациентам с экологически обусловленными и зависимыми заболеваниями заключается в том, что в МКБ-10 не выделяется соответствующий класс болезней, что и понятно, так как заболевания и состояния в МКБ-10 систематизированы, как правило, не по этиологии и патогенезу, а по системам, органам и тканям, которые болезнь поражает. Соответственно, сами экологически обусловленные и зависимые заболевания «растворены» в классификаторе по самым различным классам в зависимости от преобладания свойственной ЭОП клинической симптоматики.

Проведенные аналитические исследования показали, что в больших городах основными причинами смертельных исходов при резких аномальных колебаниях погодных факторов становятся ишемическая болезнь сердца, острые нарушения мозгового кровообращения, заболевания органов дыхания, несчастные случаи, а причинами обращения за скорой медицинской помощью – еще и болезни нервной системы. В зимнее время в средней полосе России в последние годы на физическое и ментальное здоровье дополнительное негативное воздействие оказывали продолжительные периоды аномально теплой и пасмурной погоды, как, например, зимой 2006, 2007, 2010 годов (когда температурный тренд составил 1,7-3,2°C). В 2012-2014 годах в осенне-зимний период отмечено увеличение частоты МЗЗ сердечно-сосудистой системы в связи с изменением системы времяисчисления и соответствующим усилением выраженности фотодесинхроноза в тех регионах, где установленное время опережало астрономическое на 1,5 часа (как в Москве) и более. Кратное увеличение показателей обращаемости и смертности пожилого населения за медицинской помощью в жаркое лето 2010 года показало, что негативное действие экстремально жарких метеоусловий в значительной степени усиливается как минимум тремя факторами: отсутствием средств кондиционирования воздуха жилых, производственных и других помещений, предназначенных для пребывания людей (в том числе в медицинских организациях), и транспорта, выраженным загрязнением атмосферного воздуха (продуктами горения торфяников и лесов), дефицитом бригад и машин скорой помощи.

Анализ обращаемости за скорой медицинской помощью в различные сезоны года показал наличие разнонаправленной корреляции количества вызовов и величин различных метеофакторов, что, на наш взгляд, доказывает полиэтиологичную природу развития осложнений МЗЗ, с одной стороны, и необходимость учета комплексного воздействия всех погодных условий в диапазонах их сезонной вариабельности – с другой.

В 2016 году в рамках государственного задания на научные исследования начата НИР по разработке математической модели метеочувствительности человека и персонализации программ нелекарственной профилактики МЗЗ кровообращения у пациентов с учетом их фенотипических особенностей, уровня функциональных резервов и потенциала стресс-лимитирующих систем организма. В настоящее время формируется лабораторно-стендовая база, оснащаемая современным аппаратно-программным комплексом «Физиоконтроль», метеостанцией, разрабатывается программное обеспечение базы данных и портала «Метеопрофилактика».

Кроме этого, в рамках реализации плана, подготовленного в соответствии с Указом Президента РФ от 05.01.2016 № 7 «О проведении в Российской Федерации Года экологии», подготовлена заявка на проведение НИР во исполнение п. 196 упомянутого плана «Формирование систем информирования и оповещения эко- и метеозависимых граждан о факторах риска окружающей среды». НИР предусматривает разработку единой государственной информационной системы (ЕГИС) «Метеопрофилактика», предназначенной для оповещения населения, а также служб социального обеспечения и здравоохранения о неблагоприятном прогнозе погоды, о соответствующих рисках развития распространенных гелеометеозависимых патологических процессов и предоставлении метеочувствительным гражданам рекомендаций по их профилактике.

Разработка и внедрение ЕГИС «Метеопрофилактика» планируется на базе центров здоровья (ЦЗ), созданных в субъектах Российской Федерации. Федеральный координационно-аналитический центр уже формируется на базе НИИ ЭЧиГОС им. А.Н. Сысина.

ЕГИС «Метеопрофилактика» предусматривает создание единой программноаппаратной инфраструктуры, предназначенной для выявления и оценки рисков развития

метеочувствительности организма человека; динамического диспансерного наблюдения за метеозависимыми пациентами; осуществления прогноза и информирования граждан, а также служб здравоохранения и социального обеспечения о рисках развития метеопатических реакций у населения; проведения профилактики развития метеозависимых заболеваний.

Разработку индивидуальных программ профилактики развития МЗЗ планируется осуществлять на основе доступных технологий восстановительной медицины (физические упражнения, закаливающие процедуры, дыхательная гимнастика, лечебно-оздоровительная физкультура, аутогенная тренировка, стресс-протекторное лечебно-профилактическое питание и использование минеральных вод для питьевого применения, музыка- и арт-терапия, локальное холодное воздействие, гипо- и гипероксические тренировки, фито-, ароматерапия, рефлексотерапия и другие технологии традиционной медицины по показаниям). На перспективу в состав ЕГИС «Метеопрофилактика» планируется включить блок анализа данных экомониторинга по оценке загрязнения окружающей среды, в первую очередь атмосферного воздуха и питьевой воды, в районе проживания каждого конкретного пациента.

Основная задача интеллектуальной информационной системы экспертного класса, входящей во все терминалы ЕГИС, должна состоять в анализе данных обследования пациента по методикам центров здоровья во взаимосвязи с данными метеонаблюдений и экомониторинга с последующим формированием персонализированных программ профилактики МЗЗ и гигиенических рекомендаций, а также в осуществлении прогноза медицинского типа погоды и своевременного оповещения метеозависимых граждан, служб здравоохранения и социального развития с выдачей им конкретных рекомендаций.

Архитектура ЕГИС должна легко масштабироваться при увеличении числа пользователей, обеспечивая защиту их персональных данных.

Еще одна заявка на НИР подготовлена по теме «Совершенствование системы организации здравоохранения, включая меры по повышению доступности и качества оказания медицинской помощи, сохранению и укреплению здоровья, профилактике экологически обусловленных и метеозависимых заболеваний и формированию здорового образа жизни у населения Арктической зоны Российской Федерации».

Актуальность данной разработки определяется задачами «Стратегии развития Арктической зоны Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности на период до 2020 года», закрепленными за Минздравом России, но пока не реализованными. Среди них: устранение вредного влияния факторов окружающей среды; предупреждение возникновения и распространения заболеваний; раннее выявление их причин и условий развития; формирование и реализация программ здорового образа жизни; проведение научных исследований по изучению влияния на здоровье населения, включая коренные малочисленные народы Севера, вредных ФОС; научное обоснование комплекса мероприятий, направленных на оздоровление окружающей среды и профилактику заболеваний; профилактика эко- и метеозависимой патологии у населения Арктической зоны Российской Федерации.

Целью НИР является обоснование и осуществление комплекса мер, обеспечивающих повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, сохранение и укрепление здоровья, формирование здорового образа жизни у населения, а также устранение вредного влияния ФОС и деятельности, включая производственные, бытовые, экологические, климатические и погодные условия на сухопутной территории Арктической зоны.

Задачи НИР:

- разработать основные принципы и рекомендации по оптимизации системы профилактики заболеваний и оказания медицинской помощи населению Севера, проживающему на сухопутной территории Арктической зоны России, в том числе предложить эффективную систему профилактики ЭОП;
- разработать технологии экспресс – оценки функционального состояния организма и рисков развития ЭОП с учетом особенностей климатических, производственных, социально-бытовых условий окружающей среды для жизнедеятельности населения Арктической зоны;
- провести исследования состояния здоровья населения (в том числе у коренных малочисленных народов Севера) в зависимости от наличия профессиональных вредностей, неблагоприятных показателей экологической обстановки и погодных условий;

- разработать адресные оздоровительные программы эко- и метеопрофилактики с учетом функционального состояния организма, загрязненности окружающей среды и погодных условий;
- создать и внедрить Единую государственную информационную систему мониторинга и профилактики ЭОП и МЗЗ у населения, проживающего на сухопутной территории Арктической зоны.

В тесной взаимосвязи с развитием МОС рассматриваются задачи практического внедрения достижений восстановительной медицины и курортологии – научных дисциплин, направленных на активное использование полезных, лечебных и оздоравливающих факторов природной окружающей среды, в том числе применительно к профилактике и лечению ЭОП.

Говоря о совершенствовании системы организации здравоохранения в сфере практических направлений восстановительной медицины, а именно медицинской реабилитации (МР) и санаторно-курортного лечения (СКЛ), следует отметить, что успешное решение проблем в этой области невозможно без нормативно-правовой поддержки и решения ряда проблем социально-экономического регулирования.

На сегодняшний день актуальность совершенствования системы организации здравоохранения и образования в сфере МР и СКЛ складывается из целого ряда медико-социальных и экономических предпосылок.

Социально-экономическая политика государства все больше делает крен в сторону повышения персональной ответственности граждан за сохранение своего здоровья и здоровья окружающих. При этом социальные гарантии и медицинские услуги, оказываемые гражданам в рамках обязательного медицинского страхования и социальной помощи, нередко не доходят до потребителя в нужном качестве и в необходимые сроки.

В сложившихся условиях в первоочередном порядке требуют решения проблемы совершенствования законодательства в части регулирования земельных, градостроительных, санитарно-охранных отношений применительно к территориям лечебно-оздоровительных местностей и курортов и иным территориям, обладающим природными лечебными ресурсами. Наиболее важным для практики здравоохранения дополнением законодательства представляется внесение дополнений и изменений, предусматривающих, что «порядки оказания и стандарты медицинской помощи, а также перечни медицинских показаний и противопоказаний для различных видов, условий и профилей оказания медицинской помощи при медицинской реабилитации (в условиях стационара, в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара, санатория) и санаторно-курортном лечении (оздоровлении, лечении хронических заболеваний, реабилитации) утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Необходимым этапом совершенствования организации здравоохранения и повышения эффективности оказания медицинской помощи является подготовка специалистов в этой области.

В профессиональные стандарты и образовательные программы по подготовке и непрерывному последипломному образованию врачей общей практики, терапевтов, кардиологов, пульмонологов, невропатологов, ревматологов, эндокринологов, профпатологов необходимо включать разделы по изучению и привитию навыков применения современных медицинских технологий, используемых при оценке риска развития, диагностике, профилактике и лечении (в том числе при МР и СКЛ) ЭОП соответствующего профиля.

В структуру подготовки специалистов по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологов следует внести коррективы по овладению правилами и навыками работы в клинике, в том числе с целью разработки клинических рекомендаций, совершенствования порядков и стандартов оказания медицинской помощи, в том числе при СКЛ и МР пациентов, профилактике ЭОП,

С другой стороны, представляется целесообразным, чтобы врачи всех специальностей получали дополнительную подготовку, обеспечивающую овладение знаниями и навыками:

- работы с базами данных, содержащими результаты профильных эпидемиологических исследований и дающими возможность применения клинической эпидемиологии в диагностике, профилактике и лечении ЭОП;
- оценки рисков развития профильной ЭОП и применения современных технологий восстановительной медицины для ее диагностики, профилактики и лечения.

Наиважнейшей задачей в сфере подготовки врачей-специалистов, замещающих должности в санаторно-курортных организациях, центрах здоровья, центрах и кабинетах медицинской профилактики, а также в организациях реабилитационного профиля, является открытие должностей и формирование программ непрерывного последипломного образования врачей по физической и восстановительной медицине.

Подготовка этих специалистов, как и других врачей, применяющих на практике диагностические и оздоровительно-реабилитационные технологии физической и восстановительной медицины, может быть организована на базе соответствующих международных образовательных стандартов и программ обучения.

В заключение хотелось бы отметить, что реализация представленных задач по совершенствованию организации здравоохранения и медицинского образования в сфере медицины окружающей среды, санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации позволит не только в определенной степени восстановить утраченные в период «перестроек» всемирно признанные научно-практические достижения отечественного здравоохранения, но и значительно повысить эффективность оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с факторами риска развития и проявлениями ЭОП. При этом предполагается максимально использовать новые и уже проверенные экономические возможности, основанные на государственно-частном партнерстве, а также информационные технологии и инновации в образовании.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Гелевая матрица / Г. Вернер // Медицинская газета. – 2016. – 25 нояб. (№ 89). – С. 13.

Швейцарские учёные из Политехнической федеральной школы Лозанны оптимизировали способ выращивания мини-органов в лабораторных условиях. Для этого они создали специальный гидрогель.

Мини-органы могут использоваться для разработки лекарств, проверки эффективности лекарственных препаратов – в некоторых случаях их использование позволяет отказаться от проведения опытов на животных. Исследователи предполагают, что в будущем искусственно выращенные органы смогут использоваться для замены повреждённых органов.

Для выращивания мини-органов используют стволовые клетки, которые должны расти и дифференцироваться. Для того, чтобы получить органоид с необходимой трёхмерной структурой, нужен каркас – его исследователи и изготовили из гидрогеля. В его состав входят биомолекулы, углеводы и белки, необходимые для роста и дифференцировки стволовых клеток. Именно благодаря такому гидрогелевому каркасу, органоиды приобретают необходимую форму.

Используемые в настоящее время гидрогели обладают рядом проблем: при их создании сложно контролировать их однородность, и потому характеристики разных гелей могут отличаться. Это влияет на поведение стволовых клеток. Кроме того, источником таких гидрогелей являются мышцы – это увеличивает вероятность того, в состав гидрогеля входят и другие компоненты, причём их концентрацию легко контролировать. Риск заражения выращиваемого органа какими-либо патогенами в этом случае минимален – такие органоиды гораздо больше подходят для использования в клинической практике, чем те, которые выращивались на натуральных гелях ранее.

Альцгеймер: помогут пробиотики! // Медицинская газета. – 2016. – 25 нояб. (№ 89). – С. 14.

Учёные из двух иранских университетов – Кашанского университета медицинских наук и Исламского университета Азад – обнаружили связь между микробиомом желудочно-кишечного тракта и когнитивной функцией у пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера. Специалисты обнаружили, что нормализация микробиома с помощью пробиотиков – бактерий – *Lactobacillus* и *Bifidobacterium* – приводит к значительному улучшению мозговой деятельности в области

познания. Пациенты, которые принимали пробиотики, успешнее справлялись с различными тестами. Это исследование стало первым, в котором участвовали люди, а не животные.

Известно, что полезные бактерии могут частично защитить организм их носителя от самых разнообразных заболеваний – экземы, инфекционной диареи, аллергии, некоторых болезней зубов и так далее. Ранее проводились исследования на грызунах, которые показали, что приём пробиотиков делает животных более обучаемыми, улучшает их память, снижает проявления депрессии и других расстройств. Иранские учёные провели эксперимент с участием 52 пациентов с болезнью Альцгеймера женщин и мужчин в возрасте от 60 до 95 лет. Половина участников ежедневно выпивала по стакану (200 мл) молока, куда добавляли 4 вида бактерий – *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus casei*, *Lactobacillus fermentum* *Bifidobacterium bifidum* примерно по 4 млрд. бактерий каждого вида. Вторая половина выступала в качестве контрольной группы, её участники пили простое молоко без пробиотиков.

В начале исследования и затем через 12 недель специалисты взяли анализ крови у каждого пациента, а также предложили всем участникам пройти тесты на когнитивную функцию, которые включали в себя задания следующего характера: назвать текущую дату, посчитать от 100 семёрками в обратном порядке, назвать какой-либо предмет, повторить фразу, скопировать картинку. Средний результат по 30-балльной шкале составлял в начале исследования около 8,7 в группе пробиотиков и около 8,5 в контрольной группе. Через 12 недель те участники, которые употребляли обогащённое молоко, показали улучшение – их средний балл повысился до 10,6. В контрольной группе, напротив, произошло ухудшение – до 8,0. Несмотря на то, что по сравнению со здоровым человеком результаты пациентов не слишком впечатляли, для них 2 балла можно было считать существенным прогрессом.

Кроме результатов тестов, у пациентов были и другие изменения. В группе пробиотиков было отмечено снижение концентрации некоторых элементов крови – например, высокочувствительного С-реактивного белка, триглицеридов и др., а также уменьшилась активность клеток поджелудочной железы, ответственных за производство инсулина. Махмуд Сапами (Mahmoud Salami) из Кашанского университета медицинских наук прокомментировал, что, возможно, эти изменения – ключ к пониманию, каким именно образом пробиотики влияют на мозг пациентов с расстройствами, подобными болезни Альцгеймера.

Профессор и его коллеги ранее уже доказали, что пробиотики положительно влияют на когнитивную функцию у страдающих диабетом крыс, а теперь ими было проведено первое исследование с участием людей. В будущем иранские учёные собираются провести более масштабное исследование, детально исследовать механизм работы пробиотиков и проверить, улучшится ли состояние пациентов, если они будут принимать пробиотики в течение более длительного времени.

Винтер, М. Белок старения // Медицинская газета. – 2016. – 30 нояб. (№ 90). – С. 13.

Учёные Университета Пенсильвании в Филадельфии (США) заявили, что обнаружили ген, который отвечает за производство белка, запускающего клеточные механизмы, приводящие к развитию рака и к негативным возрастным изменениям. По словам исследователей, данный кластер является пусковой системой для запуска двух процессов, связанных со старением организма.

С одной стороны, включаются системы, позволяющие избежать новообразований, а с другой – та же система заставляет клетку вырабатывать вещества, приводящие к появлению раковых опухолей. Это противоречие может объясняться неправильной работой белка, отвечающего за считывание генетической информации, именно поэтому данные системы стали объектом исследований сразу двух университетов – Пенсильванского в США и Казанского в России.

Как известно, эмбриональные стволовые клетки могут делиться практически вечно, то есть, по сути, являются бессмертными. Однако клетки взрослого организма не обладают такой способностью, переставая делиться через 30-50 циклов. Именно с этим и связано старение организма. Такой механизм, по мнению учёных, включается, когда накопленные мутации в клетке превышают некий критический уровень, а значит, старение клетки можно считать

защитной системой, предохраняющей от раковых образований. Но, с другой стороны, именно этот процесс включает характерные физиологические изменения, которые называют старостью.

Исследователям удалось выяснить, что изменения, которые сопровождаются выделением веществ, провоцирующих воспаления, запускает белок HMGB2, кодируемый соответствующим геном. Именно он играет основную роль в изменениях ДНК, которые сопровождаются образованием скрученных участков, мешающих правильному считыванию генетической информации при делении, и, тем самым, препятствующие размножению клетки. В то же время, этот белок мешает скручиванию ДНК на участках, которые связаны с воспалительными процессами.

Таким образом, если учёным удастся выяснить причину такой избирательности и научиться подавлять действие белка, то клетки перестанут вырабатывать вещества, провоцирующие воспалительные процессы, и начнут делиться без патологий. А значит, старение организма можно будет нивелировать без обязательного образования раковых клеток и других негативных последствий «вечной жизни» на клеточном уровне.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Деятельность центров здоровья по профилактике заболеваний у детей / И. И. Березин [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – №5. – С. 269-272.

Состояние здоровья подрастающего поколения отражает уровень развития системы здравоохранения страны в целом. Из всех факторов риска возникновения заболеваний по результатам исследований ведущих ученых основными являются факторы, связанные с образом жизни. Однако коррекция образа жизни детей во многом зависит от должного внимания родителей и участковых врачей-педиатров. В последнее время лечебно-диагностическую функцию с целью раннего выявления заболеваний у детей активно выполняют центры здоровья. Они созданы в соответствии со Стратегией национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г. (утверждена Указом Президента Российской Федерации от 12.05.2009 № 537). Особо отметить, что специалистами центров здоровья осуществляется индивидуальный подход к каждому ребенку и его родителям при составлении индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни.

В Самаре открыт Центр здоровья для детей на базе детского отделения ГБУЗ Самарской области «Самарская городская поликлиника № 10 Советского района» (далее – Центр здоровья) в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 597н от 19.08.2009 «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (ред. приказа Минздравсоцразвития России от 08.06.2010 № 430н). До 2015 г. деятельность Центра здоровья для детей осуществлялась на основании лицензии на оказание медицинской помощи ЛО-63-01-0004879 от 01.06.2010. В 2015 г. ГБУЗ Самарской области «Самарская городская поликлиника № 10 Советского района» успешно прошла лицензирование и получила новую лицензию на осуществление медицинской деятельности ЛО-63-01-003270 от 09.07.2015.

Задачи Центра здоровья для детей:

- формирование здорового образа жизни у детей;
- профилактика возникновения и развития факторов риска неинфекционных заболеваний;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма, прогноз состояния здоровья;
- информирование родителей и детей о вредных привычках и опасных для здоровья факторах риска;
- работа по формированию у населения ответственности за воспитание подрастающего поколения;
- обучение родителей и детей основным гигиеническим навыкам, включающим мотивацию их к отказу от вредных привычек;

– динамическое наблюдение за детьми группы риска развития неинфекционных заболеваний;

– разработка индивидуальных рекомендаций по сохранению здоровья, а также отказу от вредных привычек с учетом физиологических особенностей детского возраста.

Основной задачей Центра здоровья является ежегодное увеличение числа детей I группы здоровья, что должно быть достигнуто путем формирования принципов здорового образа жизни в семье, уменьшения влияния факторов риска развития хронических заболеваний и, как результат, перевода за год до 10% детей из II группы здоровья в I.

В основу работы Центра здоровья положены принципы раннего выявления (скрининга) и реабилитации детей, подверженных воздействию факторов риска. Основные этапы деятельности:

1-й этап – инструментальное обследование и анкетирование детей и родителей;

2-й этап – дополнительные диагностические исследования;

3-й этап – организация реабилитационных мероприятий и обучения детей.

Основным методом работы Центра здоровья является скрининг, включающий следующие методы исследования:

– определение функции внешнего дыхания, оцениваемого при помощи спирометрии (спирометр 8p1го 118B);

– кардиовизиографию – оценку функционального состояния сердца с помощью компьютеризированной системы скрининга сердца «Кардиовизор»;

– оценку уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма на аппаратно-программном комплексе «Экспресс-здоровье»;

– биоимпедансометрию – определение процентного соотношения воды, мышечной и жировой ткани (биоимпедансометр МЕДАСС);

– смокелайзметрию – определение содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина в крови (газоанализатор M1sgo CO);

– осмотр стоматологом-гигиенистом полости рта на универсальной стоматологической установке с ультразвуковым сканером.

Специалистами Центра здоровья выполняется расчет индивидуального риска развития хронических неинфекционных заболеваний, составляется индивидуальная программа по ведению здорового образа жизни, проводится врачебное консультирование по изменению рациона питания, режима сна и бодрствования, занятиям физкультурой и спортом, в том числе посещению зала лечебной физкультуры (ЛФК), посещению обучающих школ для прослушивания курса лекций, условиям быта, учебы и отдыха. Проводится обучение гигиеническим навыкам и мотивированию отказа от вредных привычек, формирование ответственного отношения к своему здоровью. Пациент при необходимости направляется на углубленное обследование для дополнительной диспансеризации и уточнения диагноза у врачей соответствующих специальностей.

В качестве материала использованы основные показатели работы Центра здоровья ГБУЗ Самарской области «Самарская городская поликлиника № 10 Советского района» за 2011-2013 гг. (табл. 1). Всего за изучаемый период осмотрены 14 576 детей. Оценивали количественную сторону оказания комплексных медицинских услуг детям с факторами риска, а также тем детям, которые нуждаются в наблюдении в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) по месту жительства. Статистическая обработка проведена с использованием программ Microsoft Excel 2007 и Statistica 10 Enterprise 10.0.1011.6.

Центр здоровья работает в стационарных условиях (по адресу ул. Ново-Вокзальная, 16) и на выезде (в образовательные и оздоровительные учреждения города и области). Целевая аудитория – дети и подростки в возрасте от рождения до 18 лет. В 2011-2012 гг. в Центре здоровья осматривали только детей до 18 лет. С 2013 г. Центр здоровья стал семейным, и в осмотр включено взрослое население. Дети для обследования направляются:

– участковыми педиатрами лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) города и области;

– по самостоятельной записи родителями;

– педагогами и врачами образовательных учреждений города и области.

В условиях поликлиники сотрудники Центра здоровья работают до 20% рабочего времени, а все остальное рабочее время (более 80%) специалисты работают на выезде. Оборудование для Центра здоровья получено из Центра медицинской профилактики Министерства здравоохранения Самарской области.

За 2011-2013 гг. отмечается увеличение количества посещений врачей (темп роста + 42,79%). В то же время растет число детей с факторами риска темп роста + 31,90%. Это влечет за собой увеличение количества комплексных медицинских услуг, а также необходимость в расширении целевого контингента детей для разъяснительных бесед по ведению здорового образа жизни. В 2013 г. больше всего среди детей проведено профилактических мероприятий, направленных на снижение выявленных факторов риска развития заболеваний: проручено в школах здоровья – 18,7%, составлены индивидуальные программы питания – 73,4%, разработаны индивидуальные рекомендации по уходу за полостью рта – 95,7%, посещено занятий ЛФК – 78,05%. В структуре выявленных факторов риска у детей 1-е место заняли функциональные отклонения в сердечно-сосудистой системе (43,3%), 2-е – факторы риска стоматологических заболеваний (37,5%), 3-е – отклонения в параметрах физического развития (32,7%) (см. рисунок).

Из числа осмотренных детей в 2011-2013 гг. динамическое наблюдение прошли 1579 детей, из них 443 осмотрены повторно. 1618 детей переданы в ЛПУ по месту жительства в связи с выявленной патологией. Результаты работы Центра здоровья ежемесячно направляются в Министерство здравоохранения Самарской области в виде формы 068/у. Счета за выполненные услуги формируются в автоматическом режиме и направляются в территориальный фонд ОМС.

По результатам трехлетней работы (2011-2013) Центра здоровья выявлены основные факторы риска развития заболеваний у детей: функциональные отклонения в сердечно-сосудистой системе (1-е ранговое место), риск стоматологических заболеваний (2-е ранговое место) и дисгармоничное физическое развитие (3-е ранговое место).

Увеличение количества оказанных медицинских услуг, в том числе мероприятий по формированию здорового образа жизни, свидетельствует о приоритетной направленности профилактической деятельности Центра здоровья, основной целью которой является снижение заболеваемости детского населения.

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://medlan.samara.ru> – баннер «Заявка в библиотеку», «Виртуальная справочная служба»), по электронному адресу sonmb@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://medlan.samara.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) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел

☎ (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей

☎ тел./факс: (846) 372-39-38 – заведующий библиотекой

✉ sonmb@medlan.samara.ru

✉ sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>