

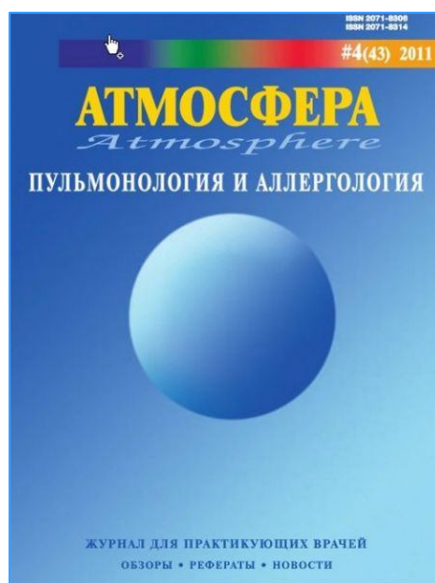


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№7 (июль), 2016



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	12
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	16

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Пивень, Д. В. Порядок экспертизы качества медицинской помощи / Д. В. Пивень, И. С. Кицул, И. В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 6. – С. 6-16.

Вопросы, связанные с проведением экспертизы качества медицинской помощи, приобретают всё большую актуальность. И это неудивительно, так как данные вопросы касаются без исключения всех медицинских организаций, непосредственно данную помощь оказывающих, а, следовательно, имеют самое прямое отношение к гражданам, обращающимся за медицинской помощью. Как известно, в соответствии с частью 2 ст. 58 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы) к одному из видов медицинских экспертиз отнесена, в том числе экспертиза качества медицинской помощи. В свою очередь частью 1 ст. 64 Основ определено, что «экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата». Исходя из данного определения, можно заключить, что именно экспертиза качества медицинской помощи является важнейшим механизмом оценки и контроля качества медицинской помощи.

В связи с этим следует отметить, что в феврале текущего года на портале <http://regulation.gov.ru> для общественного обсуждения был размещён текст законопроекта, предусматривающего внесение ряда изменений в Основы, во многом касающихся экспертизы качества медицинской помощи. С одной стороны, данным законопроектом предлагается исключить экспертизу качества медицинской помощи из видов медицинских экспертиз, а также признать утратившей силу статью 64 «Экспертиза качества медицинской помощи». Однако в то же время, с другой стороны, авторы законопроекта, и это, на наш взгляд, совершенно оправданно, предлагают дополнить статью 87 Основ частью 3 следующего содержания: «В рамках контроля качества и безопасности медицинской деятельности в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, степени достижения запланированного результата проводится экспертиза качества медицинской помощи...».

Не исключено, что к моменту выхода данной публикации представленные изменения, возможно, уже найдут своё отражение в Основых.

Однако, независимо от того, как будут дальше развиваться события, и что в конечном итоге появится или останется в Основых, сложившаяся ситуация отражает не только актуальность, но и крайнюю сложность, как нормативно-правового регулирования, так и раскрытия содержания экспертизы качества медицинской помощи. И даже если ст. 64 Основ, гласящая о том, что «экспертиза качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, осуществляется в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти», будет признана утратившей силу, но при этом ст. 87 Основ будет дополнена положениями о том, что экспертиза качества медицинской помощи должна проводиться в рамках контроля качества и безопасности медицинской деятельности, то и в этом случае такой вид деятельности, как экспертиза качества медицинской помощи, осуществляемый сегодня разными органами и организациями, несомненно, потребует определённой систематизации и раскрытия своего содержания.

С учётом изложенного в настоящей публикации предлагается для общего обсуждения возможная версия Порядка экспертизы качества медицинской помощи, которая, как надеемся, окажется в чём-то полезной как для тех, кто занимается вопросами экспертизы качества в соответствии с установленными законодательством полномочиями, так и для тех, кого эти вопросы интересуют или затрагивают в повседневной профессиональной деятельности.

Прежде чем перейти непосредственно к содержанию документа, а именно к содержанию проекта Порядка экспертизы качества медицинской помощи, обратим внимание на ряд факторов, которые мы учли при его разработке.

Фактор 1.

Часть 3 ст. 64 Основ гласит, что «экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании». Если конкретизировать данное положение Основ, то речь в нём, прежде всего, идёт о двух документах, а именно:

— о главе 9 «Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» Федерального закона от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

— о Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённом Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. №230.

Следует подчеркнуть, что экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, осуществляемая в соответствии с двумя указанными выше документами, по отношению к медицинским организациям является исключительно внешней экспертизой, т.е. экспертизой, проводимой экспертами страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. И при этом ни Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ни Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённый Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230, ничего не говорят о внутренней экспертизе качества медицинской помощи, то есть об экспертизе качества медицинской помощи, проводимой самими медицинскими организациями, участвующими в реализации программ обязательного медицинского страхования. Изложенное выше означает, что вопрос экспертизы качества медицинской помощи, проводимой самими медицинскими организациями, участвующими в реализации программ обязательного медицинского страхования, сегодня открыт и никак не регулируется законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании. Возможно, кто-то из оппонентов возразит, что медицинские организации и не должны сами в отношении себя проводить экспертизы качества медицинской помощи. Отнюдь. Абсолютно чёткий и ясный ответ на данный вопрос следует из представленного ниже второго фактора, который необходимо учесть при разработке Порядка экспертизы качества медицинской помощи.

Фактор 2.

Часть 2 ст. 88 Основ гласит, что государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется, в том числе путём «проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований». Представленный тезис совершенно чётко указывает, что медицинские организации должны соблюдать порядки проведения медицинских экспертиз. А это в свою очередь абсолютно не исключает возможность проведения экспертизы качества медицинской помощи самими медицинскими организациями. Ведь, например, один из самых массовых видов медицинских экспертиз, а именно экспертиза временной нетрудоспособности, осуществляется как раз самими медицинскими организациями. Иными словами, никаких правовых препятствий для проведения экспертизы качества медицинской помощи самими медицинскими организациями сегодня не существует.

И этот фактор необходимо учесть при разработке Порядка экспертизы качества медицинской помощи.

Фактор 3.

Проведение экспертизы качества медицинской помощи является одним из важнейших механизмов государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. На это прямо указывает Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённое Постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2012

г. № 1152. В Положении сказано, что при проведении проверок соблюдения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями прав граждан в сфере охраны здоровья граждан, и при проведении проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, в том числе осуществляется экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту. Данная компетенция Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения закреплена и в соответствующих Административных регламентах Росздравнадзора, утвержденных приказами Минздрава России от 26 января 2015 г. № 19н и от 23 января 2015 г. № 12н, соответственно.

Указанное обстоятельство также необходимо учесть при разработке Порядка экспертизы качества медицинской помощи.

Фактор 4.

Так сложилось, что по факту сегодня практически во всех медицинских организациях страны, независимо от их организационно-правовых форм и участия в системе ОМС, одним из реально действующих механизмов осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Иными словами, фактически выполняется работа, цель которой полностью совпадает с целью экспертизы качества медицинской помощи, установленной в Основах. То есть сегодня практически все без исключения медицинские организации страны уже занимаются экспертизой качества медицинской помощи, как бы иначе это не называлось.

Также допускаем, что у кого-либо возникнет вопрос: «А кто и на каком уровне в медицинских организациях сегодня проводит экспертизу качества медицинской помощи? И на каком основании? Например, в Порядке создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утверждённом Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. №502н, такой функции врачебной комиссии как экспертиза качества медицинской помощи нет. А значит вправе ли врачебная комиссия этим заниматься?».

По нашему мнению, в Порядке создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утверждённом Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. №502н, в том числе определены такие функции врачебной комиссии как:

- принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;
- оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;
- разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;
- изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработка мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента.

Очевидно, что эффективная реализация указанных функций врачебной комиссии просто невозможна без проведения экспертизы качества медицинской помощи, целью которой в соответствии с Основами «является выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Следовательно, и этот важнейший фактор при разработке Порядка экспертизы качества медицинской помощи также должен быть учтён.

Фактор 5.

Проведение экспертизы качества медицинской помощи является одним из важнейших механизмов ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. На это прямо указывает Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённый Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. №1340н. Пункт 24 указанного Порядка гласит, что должностные лица органов исполнительной власти при проведении ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности имеют право «организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок, в том числе экспертиз качества медицинской помощи». Следовательно, и этот важнейший фактор также должен быть учтён при разработке порядка экспертизы качества медицинской помощи.

Фактор б.

Как известно, Приказом Министерства здравоохранения РФ от 11 марта 2013 г. № 1 21 н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях» установлен перечень работ и услуг, организуемых и выполняемых при осуществлении медицинской деятельности. В пункте 7 данного Приказа сказано, что при проведении медицинских экспертиз, в том числе выполняются работы (услуги) по экспертизе качества медицинской помощи. То есть Приказом Министерства здравоохранения РФ от 11 марта 2013 г. № 121н чётко определена непосредственная принадлежность к медицинской деятельности работ (услуг) по экспертизе качества медицинской помощи. Следовательно, выполнение медицинскими организациями работ (услуг) по экспертизе качества медицинской помощи должно быть соответствующим образом регламентировано и учтено в Порядке экспертизы качества медицинской помощи.

С учётом представленных выше факторов можно сделать три вывода, имеющих принципиально важное значение для формирования Порядка экспертизы качества медицинской помощи.

Вывод 1. К настоящему времени Министерством здравоохранения РФ проведена серьёзная подготовительная работа, создавшая необходимую базу для разработки и принятия порядка экспертизы качества медицинской помощи, а именно:

- экспертиза качества медицинской помощи закреплена как один из механизмов государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- экспертиза качества медицинской помощи определена как один из механизмов ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015 г. № 422ан утверждены критерии оценки качества медицинской помощи, сформированные на основе порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.

Вывод 2. Принимая во внимание, что в настоящее время проведение экспертизы качества медицинской помощи самими медицинскими организациями, независимо от их организационно-правовых форм и независимо от участия в системе обязательного медицинского страхования, не регламентировано какими-либо федеральными нормативно-правовыми актами, при формировании Порядка проведения экспертизы качества медицинской помощи, в том числе целесообразно определить единый порядок её проведения самими медицинскими организациями.

Вывод 3. Учитывая, что экспертиза качества медицинской помощи, как было показано выше, является одним из важнейших механизмов государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, необходимо закрепить в порядке экспертизы качества медицинской помощи тезис о том, что экспертиза качества медицинской помощи является одним из важных механизмов контроля качества и безопасности медицинской

деятельности в целом. Это необходимо для того, чтобы медицинские организации видели и активно использовали данный механизм при организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также для обеспечения необходимой правовой преемственности между государственным, ведомственным и внутренним контролем качества и безопасности медицинской деятельности.

Перейдём непосредственно к Порядку экспертизы качества медицинской помощи. Ещё раз подчеркнём, что представленный ниже проект данного Порядка предлагается исключительно в контексте анализа и систематизации весьма сложных вопросов экспертизы качества медицинской помощи. Надеемся, что данная информация окажется полезной для всех заинтересованных органов и организаций и, возможно, будет востребована при разработке Порядка экспертизы качества медицинской помощи в соответствии со ст. 64 Основ.

Проект.

Порядок экспертизы качества медицинской помощи.

1. Общие положения.

1.1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с частью 4 ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.2. Порядок устанавливает общие организационные и методические принципы экспертизы качества медицинской помощи, оказываемой гражданам на территории Российской Федерации.

1.3. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

1.4. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в соответствии с критериями оценки качества медицинской помощи, формируемыми по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с частью 2 статьи 76 настоящего Федерального закона, и утверждённых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

1.5. Экспертиза качества медицинской помощи является одним из механизмов контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

1.6. В соответствии с настоящим Порядком экспертом качества медицинской помощи может быть:

- лицо в медицинской организации, уполномоченное на проведение экспертизы качества медицинской помощи по должности;
- лицо, включённое в соответствующий регистр (базу данных) экспертов качества медицинской помощи органа или организации, осуществляющего(ей) экспертизу качества медицинской помощи.

1.7. Экспертиза качества медицинской помощи может быть внутренней и внешней.

2. Внутренняя экспертиза качества медицинской помощи.

2.1. Внутренняя экспертиза качества медицинской помощи – это экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой или оказанной в медицинской организации, и осуществляемая специалистами органов, организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, уполномоченных в соответствии с законодательством на проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2.2. Внутренняя экспертиза качества медицинской помощи осуществляется на трёх этапах:

1-й этап – руководители структурных подразделений медицинской организации;

2-й этап – заместитель (и) руководителя медицинской организации, курирующий(ие) те или иные вопросы оказания медицинской помощи (по лечебной работе, амбулаторно-поликлинической помощи, клиничко-экспертной работе и т.д.);

3-й этап – врачебная комиссия медицинской организации.

В небольших медицинских организациях в случае отсутствия заместителя(ей) руководителя медицинской организации, первый и второй этап экспертизы качества медицинской помощи могут быть объединены.

2.3. Руководители структурных подразделений медицинской организации, заместитель (и) руководителя медицинской организации, курирующий(ие) те или иные вопросы оказания медицинской помощи, являются лицами уполномоченными на проведение внутренней экспертизы качества медицинской помощи по должности;

2.4. Внутренняя экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:

- а) целевой экспертизы качества медицинской помощи;
- б) плановой экспертизы качества медицинской помощи.

2.5. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в следующих случаях.

2.5.1. В стационаре целевой экспертизе качества медицинской помощи подвергаются:

- все летальные исходы;
- ятрогенные заболевания;
- внутрибольничное инфицирование;
- осложнения, возникшие в ходе медицинских вмешательств;
- внеплановые оперативные вмешательства, выполненные больным, поступившим на плановые операции;
- повторные госпитализации по поводу одного того же заболевания в течение года, не обоснованные технологией оказания медицинской помощи;
- жалобы пациентов и их законных представителей;
- все случаи повторной госпитализации в отделения (палаты) интенсивной терапии и реанимации;

– все случаи заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или среднесложившегося для пациентов в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;

- все случаи, подлежащие мониторингу безопасности лекарственных средств и мониторингу безопасности медицинских изделий;
- иные необходимые случаи.

2.5.2. В амбулаторно-поликлинических организациях (подразделениях) целевой экспертизе качества медицинской помощи подвергаются:

- все случаи смерти;
- все случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- впервые выданные листки нетрудоспособности (от 10% до 30% методом случайной выборки);
- запущенные формы онкологических заболеваний, туберкулёза;
- жалобы пациентов и их законных представителей;
- все случаи, подлежащие мониторингу безопасности лекарственных средств и мониторингу безопасности медицинских изделий;
- иные необходимые случаи.

2.6. Количество целевых экспертиз качества медицинской помощи определяется количеством случаев, требующих её проведения по указанным в настоящем Порядке основаниям.

2.7. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объёмов, сроков, качества, безопасности и условий предоставления медицинской помощи группам пациентов, разделённым по профилю подразделений медицинской организации, возрасту, заболеванию или группе заболеваний, и другим признакам и условиям.

2.8. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по случаям оказания медицинской помощи, отобранным:

- а) методом случайной выборки;
- б) по тематически однородной совокупности случаев.

2.9. Плановая экспертиза качества медицинской помощи методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений прав пациентов на своевременное получение медицинской помощи необходимого объёма и качества, в том числе обусловленных неправильным выполнением профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий, повлекших ухудшение состояния здоровья пациента,

дополнительный риск неблагоприятных последствий для его здоровья, неудовлетворенность медицинской помощью пациентов.

2.10. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи направлена на решение следующих задач:

- а) выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;
- б) сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам пациентов, разделенным по профилю подразделения медицинской организации, в котором им оказывалась медицинская помощь; возрасту, полу и другим признакам;
- в) разработку и реализацию предложений по предотвращению дефектов качества и безопасности медицинской помощи.

2.11. Экспертиза качества медицинской помощи может проводиться в период оказания пациенту медицинской помощи (очная экспертиза качества медицинской помощи), в том числе по обращению пациента или его законного представителя. Основной целью очной экспертизы качества медицинской помощи является предотвращение и/или минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи.

2.12. Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества и безопасности медицинской помощи, оформляется экспертное заключение (акт экспертизы качества медицинской помощи), содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи или составляется. Форма экспертного заключения (акта экспертизы качества медицинской помощи) утверждается руководителем медицинской организации.

3. Внешняя экспертиза качества медицинской помощи.

3.1. Внешняя экспертиза качества медицинской помощи – это экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой или оказанной в медицинской организации, и осуществляемая специалистами органов, уполномоченных в соответствии с законодательством на проведение государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также осуществляемая в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, и в иных случаях, предусмотренных настоящим Порядком.

3.2. Внешняя экспертиза качества медицинской помощи осуществляется:

- Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (органами Росздравнадзора) при осуществлении в установленном порядке государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- органами управления здравоохранения субъектов федерации при осуществлении в установленном порядке ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
- лицами, уполномоченными на проведение внутренней экспертизы качества медицинской помощи по должности, в случае обращения в медицинскую организацию, в которой они работают, другой медицинской организации с просьбой о проведении внешней экспертизы качества медицинской помощи.

3.3. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения осуществляет экспертизу качества медицинской помощи в объемах, необходимых для реализации полномочий по государственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

3.4. Органы управления здравоохранения субъектов федерации осуществляют экспертизу качества медицинской помощи в объемах, необходимых для реализации полномочий по ведомственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

3.5. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, органы управления здравоохранения субъектов федерации самостоятельно:

- определяют требования к экспертам качества медицинской помощи;
- формируют и ведут базы данных (регистры) экспертов качества медицинской помощи;
- устанавливают формы экспертных заключений (актов экспертизы качества медицинской помощи), отражающих результаты экспертизы качества медицинской помощи;

– организуют учёт результатов и объёмов экспертизы качества медицинской помощи.

Таким образом, предложенный вариант Порядка экспертизы качества медицинской помощи позволяет, с одной стороны, систематизировать и уточнить полномочия в части экспертизы качества медицинской помощи, которую в Российской Федерации осуществляют разные органы и организации, в тоже время, с другой стороны, раскрывает содержание экспертизы качества медицинской помощи на уровне медицинской организации, что имеет принципиально важное значение как для самих медицинских работников, та и для пациентов.

Ветлугин, И. Высокие технологии становятся ближе // Медицинская газета. – 2016. – № 48. – С. 4.

Механизм финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) устанавливается Федеральным законом «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Согласно этому, принятому Госдумой РФ в третьем окончательном чтении закону, механизм финансового обеспечения ВМП устанавливается с 2017 г. с учётом возможности ФОМС напрямую финансировать федеральные медицинские организации за оказание такой помощи, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования (ОМС).

Закон принят во исполнение поручения Президента РФ № Пр-2508 от 08.12.2015 и протокола заседания Правительства РФ от 15.10.2015. Законодательным актом предусматривается внести изменения не только в Федеральный закон об обязательном медицинском страховании, но и в законы «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «О некоммерческих организациях» и «Об автономных учреждениях».

В настоящее время в соответствии с действующим законодательством финансовое обеспечение ВМП осуществляется:

– в федеральных медицинских организациях за счёт бюджетных ассигнований федерального бюджета, источником которых являются межбюджетные трансферты из бюджета ФОМС, выделяемых медицинским организациям, подведомственным федеральным органам исполнительной власти и государственным академиям наук (в части медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС);

– в медицинских организациях субъектов РФ за счёт бюджетных ассигнований федерального бюджета, источником которых являются межбюджетные трансферты из бюджета ФОМС, выделяемых медицинским организациям, подведомственным федеральным органам исполнительной власти и государственным академиям наук (в части медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС);

– в федеральных и региональных медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ ОМС, за счёт средств ОМС в соответствии с законодательством об ОМС (в части ВМП, входящей в базовую программу ОМС).

Обособленные целевые средства на обеспечение ВМП из бюджета ФОМС в соответствии с новым законом предоставляются:

– федеральным государственным учреждениям в виде субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания, утверждённого федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции и полномочия учредителя в отношении указанных федеральных государственных учреждений (учредитель), на основании соглашения о порядке и условиях предоставления субсидии, заключаемого между ФОМС, учредителем и федеральным государственным учреждением. Форма соглашения о порядке и условиях предоставления субсидий на финансовое обеспечение выполнения государственного задания и порядок его заключения утверждаются Минздравом России;

– бюджетам территориальных фондов ОМС в виде субсидии на софинансирование расходов, возникающих при оказании ВМП, не включённой в базовую программу ОМС, для последующего предоставления иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов РФ на указанные цели.

Порядок финансового обеспечения оказания ВМП, в том числе посредством предоставления субсидий бюджетам территориальных фондов ОМС, утверждается Правительством РФ.

В соответствии с принятым законом предоставление бюджетам территориальных фондов ОМС субсидий на софинансирование расходов, возникающих при оказании ВМП, не включённой в базовую программу ОМС, будет осуществляться на основании соглашений, заключаемых между Минздравом России, ФОМС и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ.

Всё это позволит установить прозрачный механизм прямого финансового обеспечения ВМП, оказываемой в федеральных государственных учреждениях, из бюджета ФОМС, а также сохранить софинансирование расходов субъектов РФ, возникающих при оказании ВМП.

Закон предусматривает утверждение уполномоченным федеральным органом исполнительной власти порядка формирования перечня видов ВМП, который содержит, в том числе, методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП. Это позволит определить процедуру пересмотра перечня видов ВМП, а также временные рамки включения тех или иных методов ВМП в базовую программу ОМС с учётом их растражированности.

Законом предусматривается возможность участия негосударственных медицинских организаций в оказании ВМП, не включённой в базовую программу ОМС, с 1 января 2019 г.

В законе учтены положения об организации контроля качества оказания медицинскими организациями ВМП. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в отношении ВМП планируется осуществлять в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статьи 88-90). То есть в рамках государственного и ведомственного контроля качества, проводимого Росздравнадзором и федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими функции и полномочия учредителя в отношении федеральных государственных учреждений.

Принятие закона потребует внесения изменений в нормативные правовые акты РФ по вопросам формирования государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) в отношении федеральных государственных учреждений, финансового обеспечения выполнения ими государственного задания и планирования финансово-хозяйственной деятельности.

Кроме того, потребуется внесение изменений в уставные документы всех федеральных государственных учреждений в части определения источников финансового обеспечения их деятельности.

Закон позволит обеспечить реализацию основных мероприятий и достижение показателей государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи»). Эта помощь включает высокотехнологичную медицинскую помощь, скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, медицинскую эвакуацию в части увеличения количества больных, которым оказана ВМП.

Закон соответствует положениям Договора о Евразийском экономическом союзе, а также положениям иных международных договоров РФ.

Реализация предлагаемых законом решений не потребует выделения дополнительных ассигнований из бюджетов бюджетной системы России.

Гусенко, М. Лечитесь на здоровье // Российская газета. – 2016. – № 148. – С. 10.

Гражданам России станет проще получить медицинскую помощь за границей и высокотехнологичную медпомощь в России. Президент Путин подписал пакет «медицинских» законопроектов.

Как пояснила «Российской газете» вице-спикер Совета Федерации Галина Карелова, первые два документа расширяют возможности граждан для получения высокотехнологичной медицинской помощи, не предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования (ОМС). Такие возможности есть и сегодня, но механизм финансирования сложен и долог, уточнила сенатор.

С 2017 года в соответствии с законом Фонд ОМС сможет напрямую финансировать федеральные медицинские организации за оказание ими высокотехнологичной помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования. Перечень таких видов помощи будет утверждать Минздрав.

Кроме того, внесены поправки в закон об ОМС, согласно которым через два года, начиная с 2019 года, высокотехнологичную медицинскую помощь смогут оказывать негосударственные медицинские организации.

«У нас очень много негосударственных прекрасно оснащенных клиник, где работают высококлассные специалисты, которые делают уникальные операции. Их услуги далеко не всем доступны», – говорит Галина Карелова.

В некоторых регионах проблема решается с помощью закона о государственно-частном партнерстве. После того как Фонд ОМС станет финансировать услуги негосударственных медицинских учреждений, возможность лечиться в них появится у значительно большего числа граждан.

Что касается лечения за границей, то это поправки в закон о контрактной системе. Они упростят заключение договора с иностранной организацией на лечение наших граждан за пределами страны. Ранее законодательство России тоже позволяло заключать контакты с иностранными организациями на лечение. Однако на практике процедура была очень непростой. Чтобы лечение за границей состоялось, Минздрав должен провести запрос предложений. И здесь возникала главная проблема, препятствующая направлению людей на лечение за рубеж. Это невозможность обоснования начальной максимальной цены контракта методами, предусмотренными законодательством России.

Дело в том, что на официальных сайтах зарубежных клиник есть информация о профилях оказываемой медицинской помощи, но не указывается стоимость услуг. Минздрав направил иностранным медицинским организациям запросы с выписками из медицинской документации для заочной консультации по определению Стоимости лечения. Но зарубежные клиники в ответ не представили необходимую информацию. Ведомство не предложило им оплатить заочную консультацию и дальнейшее лечение пациентов. Такая процедура тогда не была предусмотрена. Новый закон решает эту проблему.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Винтер, М. Ультразвук в помощь онкологам // Медицинская газета. – 2016. – № 46. – С. 13.

Учёные из Франции разработали инновационное устройство, которое может совершить прорыв в лечении рака головного мозга. Основная проблема при этом заболевании – устойчивость к терапии, так как гемато-энцефалический барьер, который обычно защищает мозг от токсинов в крови, не пропускает также и молекулы действующего химиотерапевтического вещества.

Имплантируемое изделие излучает ультразвуковые волны, которые делают этот барьер тоньше, соответственно молекулам проще становится через него проходить – это может помочь при лечении не только рака, но и других болезней, например болезни Альцгеймера.

Исследователи уже неоднократно проводили изыскания по поводу взаимодействия ультразвука и химиотерапии при онкологических заболеваниях мозга, однако результаты тестирования аппарата на людях не были известны.

Принцип действия устройства таков: в череп рядом с опухолью вживляется мини-излучатель, который заставляет вводимые при терапии микропузырьки вибрировать – и их движение разрушает связи между клетками гемато-энцефалического барьера, помогая лекарству преодолевать это препятствие. Двух минут низкоинтенсивного воздействия ультразвуком хватает, чтобы «приоткрыть» барьер на 6 часов, в течение которых пациент может получать более эффективную терапию. Концентрация действующего вещества, поступающего в мозг, при воздействии ультразвуком повышается в 5-7 раз. Устройство необходимо включать перед каждым сеансом.

Ранее оно было проверено только на 4 людях с глиобластомой, самым опасным видом рака мозга. Конкретных результатов опубликовано не было. Сейчас производители сообщают о том, что имплантат вживили сразу 15 пациентам, у которых перед этим был диагностирован рецидив глиобластомы. Через полгода, в которые больные ежемесячно проходили курс химиотерапии карбоплатином, рост опухоли остановился у 9 пациентов.

Несмотря на то, что результаты испытаний обнадеживают, производители и врачи говорят, что необходимы дальнейшие исследования, в частности, необходимо исключить возможность проникновения через ослабленный барьер инфекций и токсинов, от которых он призван защищать ткани мозга. Необходимо также установить, не усиливает ли воздействие побочные эффекты химиотерапии.

Следующие клинические испытания планируется провести уже в будущем году.

Алексеев, П. Нанонож вместо скальпеля // Медицинская газета. – 2016. – № 49. – С. 12.

В клинике урологии им. Р. М. Фронштейна Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова была проведена уникальная операция – необратимая электропорация рака предстательной железы с помощью инновационной операционной системы «Нанонож» (NanoKnife).

На запуск установки собрались молодые специалисты различных медицинских учреждений Москвы, ординаторы, студенты и журналисты. Представлял методику оперативного лечения рака предстательной железы с применением операционной системы «Нанонож» польский профессор Зенон Рудзки, имеющий за плечами более 50 подобных операций. Под его руководством ведущие сотрудники клиники урологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Денис Чинёнов и Дмитрий Еникеев провели две операции по поводу рака предстательной железы.

Эффективнее, чем малоинвазивные методы.

Необратимая электропорация предстательной железы является одним из немногих методов, позволяющих выполнять эффективное лечение рака простаты на первых стадиях болезни в течение одного дня с минимальным риском развития осложнений, что делает её развитие более перспективным по сравнению с другими малоинвазивными методами. Следует отметить, что электропорация позволяет сохранить потенцию в той степени, в которой она была у пациента до операции. При других видах операций качество жизни пациента не достигает прежнего уровня, даже в тех случаях, когда проводятся нерво- и сосудосберегающие вмешательства.

При новом методе нетепловой абляции выполняется воздействие на ткани короткими электрическими импульсами высокого напряжения (до 3 кВ), что влечёт за собой необратимое повышение проницаемости клеточных мембран и гибель клеток. Наложение униполярных или биполярных электродов позволяет создавать электрическое поле напряжением от 100 до 3000 В. Размер участка ткани, подвергающегося электропорации, колеблется в интервале от 0,5 до 4 см в зависимости от длины контакта и расстояния между электродами, числа импульсов и их длительности.

В настоящий момент в нашей стране применение данной методики с помощью наноножа ограничено техническими возможностями больниц, а также кадрами, способными работать с данной методикой. В клинике урологии им. Р. М. Фронштейна нанонож будет доступен для пациентов в течение года.

– Опыта применения этой системы в мировой практике пока нет, всё только начинается, – пояснил заместитель директора НИИ уронефрологии и репродуктивного развития человека Первого МГМУ им. И. М. Сеченова профессор Леонид Рапопорт. – Метод позиционируют как радикальный – ведущий к полному излечению в случае его местной локализации. Нашей клинике предоставлена техническая база на один год, это лицензированный метод, но так называемые отдалённые результаты операций будут очевидны не ранее чем через полгода.

У нас есть все современные методы лечения рака предстательной железы, в том числе брахи-, криотерапия, любые виды лапароскопических вмешательств, включая робот-ассистированные пособия. Теперь будет и эта система: наберём материал, оценим, опубликуем итоги. Все просят результат. Мы каждый день оперируем рак предстательной железы, и к каждому пациенту применяем индивидуальный подход, по-другому у нас не будет никогда.

И действительно, клиника урологии им. Р. М. Фронштейна располагает современными методиками диагностики и лечения всего спектра заболеваний мочевыделительной системы, в том числе с применением малоинвазивных методов. Ведущими направлениями деятельности клиники являются онкология и реконструктивная хирургия мочевыводящих путей. Ежедневно в университетской урологической клинике проходит 25 операций в 11 операционных, половина операций – лапароскопические. В распоряжении хирургов новый универсальный шовный материал – нити с насечками Дар-Вин (со средним и длительным сроками рассасывания, удобные при любом хирургическом доступе), анкерная нить V-1оск, робот-ассистированная хирургическая система Да Винчи, лапароскопическая стойка Эпштейна (30, единственная в Москве).

– На сегодняшний день клиника урологии Первого Меда занимает передовые позиции. За последние 6 лет здесь совершён прорыв: клиника оснащена новейшим оборудованием, врачи успешно делают сложнейшие операции, активно взаимодействуя с зарубежными коллегами. В части урологии сегодня за рубеж ехать не надо – лучшие врачи в России, в Первом Меде, и это подтверждённый факт. По оснащению, по кадрам наша клиника передовая, одна из лучших в мире, – заверил профессор кафедры Александр Амосов.

Применение в онкологии.

После проведённых исследований относительно необратимой электропорации данный метод получил широкое применение в лечении опухолей таких органов, как печень, почки, поджелудочная железа, лёгкие.

В настоящее время опыт применения необратимой электропорации в лечении рака предстательной железы невелик. Впервые данная методика в эксперименте была продемонстрирована в 2007 г. и показала положительные результаты: произошла полная абляция органа без сопутствующих поражений уретры, прямой кишки, а также рядом расположенных нервов и сосудов (G.Onik, P.Mikus 2007). В клинике данная методика была опробована лишь в 2010 г. (B. Rubinsky, 2010).

Из немногочисленных работ, опубликованных в зарубежной литературе касаясь данного вопроса, можно выявить определённые показания к проведению необратимой электропорации. К ним относится уровень PSA менее 15 нг/мл; сумма по Глиссону 6-7; стадия T1c-T2a по результатам биопсии; ожидаемая продолжительность жизни пациентов более 10 лет (M. Valerio, L. Dickinsonetal, 2014).

Первые результаты в большой группе пациентов были получены в 2010 г. Тогда было отмечено отсутствие ракового поражения органа спустя 6 месяцев после операции у 15 пациентов из 16 и полная сохранность близкорасположенных сосудов и нервных волокон. Осложнения были редки, среди них отмечалось развитие транзиторного недержания мочи, инфекции мочевыделительной системы, появление дизурии и гематурии. Частота возникновения данных осложнений не превышает 15-18% среди всех пролеченных пациентов.

На сегодняшний день не существует большой доказательной базы эффективности и безопасности применения электропорации при раке предстательной железы. Однако мировая наука не стоит на месте, и сейчас проводятся несколько исследований, результаты которых могут быть учтены в дальнейшем при разработке клинических рекомендаций и протоколов лечения. В первую очередь это касается исследования NEAT (Nano Knife Electroporation Ablation Trial). Его результаты помогут оценить эффективность метода, а также отдалённые последствия спустя 12 месяцев после лечения (M. Valerio, L. Dickinsonetal, 2014).

Другое исследование, проводимое отделом клинических исследований эндоурологического общества, позволит оценить эффективность метода с морфологической точки зрения: пациентам, перенёсшим необратимую электропорацию, на втором этапе лечения будет выполняться радикальная простатэктомия (W.vandenBos, D.M. de Bruinetal, 2014). Следующий этап данного исследования ставит своей целью выявление различных побочных эффектов при разных объёмах электропорации с использованием шкалы симптомов заболеваний простаты, международного индекса эректильной функции, визуальной шкалы оценки боли, времени катетеризации мочевого пузыря, длительности госпитализации, а также онкологический исход по результатам биопсии и контрольной МРТ. Данное исследование позволяет провести оценку побочных эффектов через 1, 3 и 5 лет. К сожалению, исследований на русском языке пока не опубликовано.

Лалаянц, И. ВИЧ и наночастицы // Медицинская газета. – 2016. – № 49. – С. 13.

Более 30 лет учёные пытались получить антитела к гликопротеидам gp120 или gp41 вируса иммунодефицита, но ни одна из них не была эффективной. Парадокс заключался в том, что среди примерно 40 млн. инфицированных вирусом набралось около 2 тыс. инфицированных без СПИДа! У этих «счастливчиков» были обнаружены антитела широкого спектра действия, которые надёжно нейтрализовали всякие попытки вируса к размножению даже при наличии их в крови (виремия). Природный «успех» в борьбе со СПИДом был в 2010 г. повторён сотрудниками Исследовательского центра вакцин (Vaccine Research Center – VCR) при Национальном институте здоровья в Вашингтонском пригороде Бетесда. Антитела УСВ являются «нейтрализаторами» широкого спектра, интенсивно используемыми как при лечении, так и в исследовательских целях.

С их помощью удалось стабилизировать механически нестойкий тример белков оболочки ВИЧ, что уже через 3 года позволило сотрудникам Института Скриппса в калифорнийской Ла-Джолле детальную картину белка с атомным разрешением. Ещё через год был исследован и комплекс тримера с несколькими «широкими» антителами, и в полном соответствии с принципом «лучше один раз увидеть» учёные принялись воплощать идею посадки вирусных комплексов на поверхность наночастиц, образованных путём самосборки. Особое внимание калифорнийцы обращали на область повышенной изменчивости HR (High Recombination) и двух весьма переменных петель-loops V1V2 (изменение двух аминокислот в «кармане» gp41 быстро приводит к резистентности ВИЧ к противовирусным эн- и сифувиртиду (enfuvirtide, sifuvirtide).

Одно из приложений Nature опубликовало две новые статьи, полученные из Калифорнии, в которых описывается успех применения наночастиц с «нагруженными» на их поверхность вирусными тримерами, фиксация которых стабилизирует их и тем самым сохраняет биологические свойства и структурные особенности. В заключение одной из статей авторы пишут, что им удалось получить «арсенал мультивалентных иммуногенов для дальнейшего создания вакцин против ВИЧ». Во второй статье определяются возможные кандидаты вакцин на основе наночастиц, получивших название вирусоподобных (VLP – Virus-Like Particles). Можно добавить, что описание антител УСВ появилось в структурном молекулярно-биологическом приложении Nature. Из этого становится ясным, что без понимания основ молекулярной биологии ВИЧ и других вирусов, например того же гриппа, невозможен реальный прогресс в деле создания действенных вакцин и эффективных противовирусных терапий.

То же относится и к опухолям, которые безуспешно пытаются «задавить» химиотерапией. В Техасском университете Сан-Антонио предложили пойти другим путём, а именно «насыщать» опухоли раствором нитробензальдегида, после чего освещать закислённые раковые клетки ультрафиолетом. Метод получил название фотодинамической терапии, которая стимулировала апоптоз клеток перевитой опухоли молочных желёз человека и в 2 раза увеличила продолжительность жизни мышей. Авторы уверены, что их метод окажется эффективным и в борьбе с метастазами.

Более трети века ушло на бесплодные попытки создать вакцину против СПИДа, что лишний раз подчёркивает необходимость понимания биологии вирусов. Поверхность их, как известно, усеяна протеиновыми молекулами, в некоторых случаях образующими тримеры, или «объединения» трёх молекул. Подобное комплексование необходимо для механического преодоления барьера в виде клеточной оболочки, также имеющей свои белковые молекулы CD, или «кластеры дифференцировки». Они появляются на поверхности специализированных, или дифференцированных клеток, откуда их сокращённое название. С одним из них - CD4 (или T4) - на поверхности зрелых Т-лимфоцитов и связывается вирусный тример, имеющий вид трёхлепесткового «цветка» на небольшой ножке. Лепестки представлены «осахаренным» гликопротеином gp120, а ножка - gp41. Соединение вирусного тримера и клеточного T4 приводит к слиянию оболочек и изменению формы вирусного белка, «пробуравливающего» мембрану клетки, и проникновению в неё РНК ВИЧ. Очень сходная картина инфицирования клетки наблюдается и при заражении гриппом.

В журнале со статьями о наночастицах против ВИЧ помещён и материал с описанием пептида, состоящего из четырёх аминокислот – цистеина, аланина, глутамина и лизина, - который «распознаёт» очаги поражения мозговой ткани. Авторы полагают, что с помощью наночастиц, «одетых» молекулами пептида, можно будет переносить к очагам большие по

размерам молекулы лечебных средств. Они считают также, что такие наночастицы возможно использовать и в качестве диагностикумов мозговых расстройств, особенно их мягких и слабо выраженных форм. При необходимости в полости частиц можно будет переносить ферменты и препараты для «выключения» нежелательной активности генов. Так постепенно медицина будет становиться наночастичной, что обещает значительно меньше побочных эффектов и осложнений.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Мильникова, И. Национальная стратегия здорового образа жизни // Сестринское дело. – 2016. – № 4. – С. 8-9.

12 мая Комитет Государственной думы Российской Федерации по охране здоровья совместно с Минздравом России провел круглый стол на тему «Законодательные аспекты борьбы с неинфекционными заболеваниями и общественного здоровья в Российской Федерации». Состоялось обсуждение Национальной стратегии формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний.

В 2011 г. в Москве была проведена Первая глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, в которой приняли участие министры здравоохранения ведущих стран мира. По итогам конференции была принята Московская декларация. Страны, подписавшие Декларацию, обязались внедрять стратегии по продвижению здорового образа жизни и профилактике заболеваний в соответствии с национальными приоритетами. В 2018 г. планируется доклад Президента России на трибуне ООН о первых результатах внедрения данной стратегии в нашей стране. В рамках выполнения взятых обязательств необходимо принять указанную стратегию и начать ее выполнение. Этому должно предшествовать всестороннее обсуждение ее концепции. Собственно это обсуждение и состоялось на заседании круглого стола в Государственной думе.

О важности профилактики неинфекционных заболеваний.

Председатель думского Комитета по охране здоровья Сергей Фургал обозначил четыре основные группы неинфекционных заболеваний, в число которых входят сердечно-сосудистые (ССЗ), злокачественные новообразования, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и сахарный диабет (СД). Эти болезни являются причиной 68,5% смертей россиян. Около 40% умерших – это лица трудоспособного возраста.

С. Фургал отметил, что мы не можем похвастаться особыми достижениями, за исключением безусловных успехов по снижению смертности от ДТП (в 2,5 раза по сравнению с 2005 г.) и отравлений алкоголем (в 5 раз). В целом же, несмотря на то, что смертность в России за последние 10 лет снизилась на 17%, ее уровень по-прежнему выше, чем в странах ЕС.

Достоверна ли медицинская статистика?

Наше население в целом больно: для него характерны относительно высокая смертность и низкая продолжительность жизни. Чтобы улучшить ситуацию, необходимо предпринять меры по профилактике, раннему выявлению и лечению болезней, которые чаще других являются причиной сокращения жизни россиян. Разработка этих мер невозможна без опоры на надежную статистическую информацию о здоровье населения и факторах, которые на него влияют. Между тем, по мнению директора Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко академика Р. Хабриева, надежность современной статистики здоровья населения в нашей стране сомнительна. Так, в наших статистических отчетах часто фигурируют неточно обозначенные и неизвестные причины смерти. На них приходится значительно большее число случаев, чем в развитых странах мира. Некоторые российские регионы списывают на этот показатель до 30% смертей. «Последние 5 лет снижается смертность от сердечнососудистых заболеваний, но при этом растет число неуточненных диагнозов. Я не утверждаю, что это относится ко всем случаям, но часть из них точно сюда переехала – так как начали контролировать этот показатель», – считает академик.

О межсекторальном сотрудничестве.

Важнейшим условием реализации Стратегии должно стать межсекторальное сотрудничество в деле улучшения здоровья населения. Сегодня совершенно очевидно, что

общественное здоровье зависит не только от работы системы здравоохранения, а от общей социальной ситуации, от состояния дорог, от работы школ, от качества продуктов питания, от работы учреждений культуры и спорта и т.п. Каждый из секторов человеческой деятельности должен нести собственное бремя по обеспечению здоровья населения. Должно быть организовано их сотрудничество, направленное на снижение смертности, сохранение и укрепление здоровья людей. Об этом говорили многие участники круглого стола.

Роль общественного здравоохранения.

Директор ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России Владимир Стародубов обратил внимание участников круглого стола на то, что для воздействия на здоровье населения в целом необходимо использовать технологии общественного здравоохранения. Примерами эффективных мер общественного здравоохранения являются: вакцинация, фторирование воды, запрет курения в общественных местах, введение уроков физкультуры в школах и вузах, обязательное ношение шлемов мотоциклистами и использование ремней безопасности и т.п. Между тем в нашем законе об охране здоровья нет даже понятия об общественном здравоохранении. Поэтому В. Стародубов предложил ввести в закон статьи, в которых будет дано определение понятий «общественное здравоохранение», «система общественного здравоохранения», а также указано, что приоритет профилактики в области охраны здоровья должен обеспечиваться с привлечением структур общественного здравоохранения, организации которого должны быть созданы в основном на муниципальном уровне. Таким образом, вслед за передачей полномочий по обеспечению общественного здравоохранения на муниципальный уровень в муниципалитетах должны появиться и средства на создание условий для здорового образа жизни, профилактики болезней.

О профилактике сахарного диабета.

Директор НИИ диабета ФГБУ «Эндокринологический научный центр» М. Шестакова сообщила собравшимся, что современная статистика искажает данные о смертности от диабета и его распространенности. Так, половина диабетиков не знает о своей болезни, а с преддиабетом живет 20% россиян.

Непосредственно на диабет приходится, по официальной статистике, 1 % смертей, но при этом 70% умерших от сердечно-сосудистых заболеваний болели диабетом. Нужны скрининг населения и четкая статистическая регистрация больных – сколько их, в каком состоянии, что требуется для снижения у них риска осложнений, считает Шестакова. Сахароснижающие препараты обходятся бюджету не так дорого, как борьба с осложнениями диабета – слепотой, поражением почек, сосудов ног.

Проблемы хронических болезней легких.

По словам зав. лабораторией клинической эпидемиологии ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА Татьяны Биличенко, в 2014 г. от ХОБЛ умерло 31 тыс. человек – и только четверть из них в больнице. Причины болезней легких не только в курении (хотя оно и стоит на первом месте) и профессиональных контактах с грязью и пылью, но и в низком экономическом статусе и социальном неблагополучии. При этом 60% больных ХОБЛ страдают от тяжелой депрессии из-за отсутствия помощи.

Лекарственные программы.

Несмотря на экономическую ситуацию в стране, участники круглого стола говорили о необходимости введения обязательного лекарственного обеспечения как средства повышения продолжительности жизни. Без доступных лекарств невозможен контроль артериального давления, обструктивного синдрома при болезни легких, сахара крови при метаболическом синдроме и т.п. А не обеспечив такого контроля, невозможно предотвратить развитие осложнения у уже заболевших, продлить их жизнь.

Но найдутся ли сегодня средства на реализацию Стратегии? «Бюджет здравоохранения в этом году составил 87% от прошлогоднего, и это без учета падения курса рубля», – заявил член думского Комитета по обороне Владимир Бессонов. Будем, однако, надеяться, что обсуждение Стратегии пойдет на пользу, потому что чем меньше денег, тем эффективнее их надо расходовать.

Крутько, В. Н. Здоровьесбережение как важный радел профилактической медицины (обзор) / В. Н. Крутько, В. И. Донцов // Главврач. – 2016. – № 5. – С. 48-58.

Медико-демографическая ситуация в России является одним из главных препятствий эффективному социально-экономическому развитию страны в настоящем и будущем, при этом отставание России по показателям здоровья от развитых и развивающихся стран мира в настоящее время продолжает расти. По смертности мужчин в возрастной группе 60-64 года Россия в 2013 году заняла первое место среди всех 194 стран – членов ВОЗ. Наибольший прирост смертности по сравнению с 1990 годом имел место в основной трудоспособной возрастной группе 30-34 года (37,4% у мужчин и 71,3% у женщин).

Эффективное управление здоровьем является сложнейшей междисциплинарной и межведомственной задачей, при этом «функция здравостроения» должна реализовываться через здоровый образ жизни (ЗОЖ) с участием всей системы здоровьесбережения на индивидуальном, государственном и общественном уровнях с акцентом на доступное всем информационное обеспечение и обучение с раннего возраста. Таким образом, тема здоровьесбережения, предполагающая создание комплексных подходов к повышению уровня здоровья широких слоев населения России, является обоснованной, своевременной и необходимой для современной России.

Историческое развитие терминов «здоровье» и «здоровьесбережение».

В основе научно-практического направления «здоровьесбережение» (ЗСБ) лежит понятие «здоровье», в которое в разное время вкладывали различный смысл. Еще древние философы – Аристотель, Демокрит, Пифагор, Сократ, Платон, Эпикур и другие мыслители высказывали идеи гармонии физического и духовного начал человека, закладывая тем самым полноценное понятие о здоровье. С XVIII века традиционные рекомендации по соблюдению гигиенических мер, умеренности образа жизни стали дополняться необходимостью отказа от вредных привычек и рационализации питания.

Развитие начавшегося со второй половины XIX века процесса биомедикализации инициирует распространение и закрепление мнения о том, что проблемы сохранения здоровья — в большей мере биологические и физиологические, чем психологические и социальные, и, следовательно, они могут быть разрешены только с помощью медицинских технологий. К началу XX века виден четкий акцент на использовании ресурсов трудоспособной части населения — молодежи, что обеспечило разносторонний интерес к развитию стратегий здоровьесбережения молодого поколения с широким участием системы воспитания.

В самом понятии ЗСБ заложено представление об активном влиянии общества на формирование и поддержание здоровья как на комплекс прививаемых воспитанием привычек, ценностей и самого стиля жизни, направленных на сохранение собственного здоровья. Это привело к тому, что ЗСБ активно обсуждают прежде всего в связи с педагогикой, а не с медициной. Мы понимаем под ЗСБ систему активных действий, направленных на улучшение собственного здоровья и здоровья социального окружения, предпринимаемых, с одной стороны, самим человеком, с другой — активно пропагандируемых обществом, которое и должно создавать соответствующую среду для реализации ЗСБ, куда входят воспитание и пропаганда ЗОЖ, социально-гигиенические и социально-экономические меры, а также медико-профилактические и геропрофилактические мероприятия.

Учитывая современное определение здоровья как «состояния полного физического, психического и социального благополучия» (ВОЗ), можно указать также на три его составные части: физическое здоровье, психологический комфорт и социальное благополучие. Во многом эти элементы связаны, но далеко не тождественны, так как решаются совершенно разными способами и разными государственными структурами. ЗСБ для самого человека предполагает наличие соответствующих ценностных ориентаций индивида в соответствии с тем местом, которое он отводит своему здоровью в системе своих внутренних ценностей.

Таким образом, ЗСБ рассматривается в двух направлениях: как постоянно действующая государственная политика и как технология поддержания и укрепления здоровья (медико-социальная и индивидуальная), включая физическое здоровье, психологический комфорт и социальное благополучие. В связи с современным повсеместным постарением населения развитых стран предметом ЗСБ становится здоровая старость, свободная от возрастных болезней, а

также новые методы профилактики и обращения старения — геропротектика как новая отрасль медицины.

Развитие направления здоровьесбережения России.

Идея нового направления научно-исследовательской и практической деятельности как учение о здоровье здоровых людей — методах его формирования, укрепления и сохранения — была сформулирована и обоснована выдающимся отечественным ученым, профессором И.И. Брехманом в 1980-1982 годах. Он впервые обратил внимание на то, что здоровье человека как самостоятельный предмет изучения оказалось вне поля деятельности медицины и системы здравоохранения, которые больше заняты борьбой с болезнями и их последствиями, чем изысканием возможностей укрепления здоровья человека. Эти работы были встречены с большим интересом представителями различных направлений научно-практической деятельности: медиками-клиницистами, гигиенистами, организаторами здравоохранения, а также социологами, физиологами, психологами, педагогами, курортологами, диетологами, специалистами по физической культуре, составив основу нового научно-практического направления по формированию и поддержанию здоровья человека, названного валеологией.

С начала 1990-х годов был подготовлен целый ряд обстоятельных монографий и учебных пособий по этому направлению. При этом наряду с исследованием медико-биологических основ учения о здоровье стали особенно интенсивно разрабатываться психолого-педагогические аспекты решения проблемы формирования и укрепления здоровья человека — как посредством воспитания приверженности ценностям здоровья и принципам здорового образа жизни, так и путем оздоровления самой системы обучения учащейся молодежи в образовательных учреждениях. У истоков становления учения о здоровье стояли такие известные ученые, как Н.М. Амосов, Б.Г. Ананьев, В.П. Казначеев, Ю.П. Лисицын, В.П. Петленко, А.И. Субетто, Ф.Г. Углов и ряд других исследователей. С 1996 года валеология как учебная дисциплина включена в Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования. Были утверждены специальности «врач-валеолог» и «педагог-валеолог», и целый ряд вузов вскоре получили лицензию на подготовку специалиста-валеолога.

Однако отношение к валеологии в обществе, заинтересованное и поддерживающее ее в самом начале, сменилось к концу 1990-х годов на критическое и даже отрицательное. Возникшая в обществе и поддержанная средствами массовой информации волна недоверия к валеологии побудила Министерство здравоохранения и Министерство образования изменить отношение к этой учебной дисциплине: специализация по данному предмету была закрыта, а учебная дисциплина «Валеология» стала именоваться «Основы ЗОЖ» и «Культура здоровья», а с начала XXI века все активнее используется термин «здоровьесбережение», в зарубежной литературе — (здоровый) стиль жизни.

Связанные со здоровьесбережением термины и понятия.

Таким образом, в основе здоровьесбережения лежит понятие «здоровье» как физическое, психологическое и социальное благополучие. Это скорее конечная цель, задача, к которой стремится ЗСБ как научно-практическое и социальное направление. С этими двумя основными понятиями (здоровье и здоровьесбережение) связаны другие, отражающие саму структуру этого направления деятельности человека и общества.

Наиболее распространен термин «здоровый образ жизни» (ЗОЖ) — это образ жизни человека, направленный на укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

Качество жизни — другое интенсивно развиваемое направление и термин, который включает соответствие индивидуальных способностей жизненным задачам и внутреннюю психоэмоциональную удовлетворенность.

Здоровьесберегающая среда — это природная и социальная среда, которая способствует полноценному формированию личности и содействует ее физическому, социальному и духовному благополучию.

Под здоровьесберегающей образовательной технологией понимают систему государственного, личностного и семейного (само)воспитания, которая направлена на создание максимально благоприятных условий для сохранения, укрепления и развития физического и психоэмоционального здоровья субъектов образования. Прежде всего она нацелена на образование и воспитание детей и молодежи и широко опирается на данные мониторинга

здоровья, учет особенностей возрастного развития, создание благоприятного эмоционально-психологического климата в обучении, использование различных видов здоровьесберегающей деятельности учащихся, направленных на сохранение и повышение резервов здоровья.

Компоненты здоровьесберегающей технологии.

Выделяют различные компоненты здоровьесберегающей технологии.

Аксиологический компонент проявляется в осознании высшей ценности своего здоровья и убежденности в необходимости вести здоровый образ жизни, так как здоровье позволяет наиболее полно использовать свои умственные и физические возможности для достижения намеченных задач в жизни.

Гносеологический компонент связан с приобретением необходимых знаний в области здоровьесбережения и умений их использовать, с познанием своих потенциальных возможностей, с интересом к вопросам сохранения собственного здоровья.

Собственно здоровьесберегающий компонент включает систему ценностей и установок ЗОЖ – систему гигиенических навыков, необходимых для нормального функционирования организма.

Эмоционально-волевой компонент отвечает за проявление эмоционально-волевых качеств, формирующих организованность, дисциплинированность, чувство долга, достоинство – качества, которые обеспечивают функционирование личности в обществе, сохраняют социальное здоровье нации.

Экологический компонент требует формирования умений и навыков адаптации к экологическим факторам.

Физкультурно-оздоровительный компонент направлен на освоение лично значимых качеств, повышающих физическую и психическую работоспособность.

Предмет, цели и задачи науки о здоровьесбережении.

У научно-практического направления ЗСБ как науки об индивидуальном, персонифицированном здоровьесбережении и государственной системе поддержания здоровья имеется свой конкретный предмет исследования и свой объект изучения. Она располагает также свойственными именно ей методами исследования и имеет вполне конкретный социальный заказ – назревшую необходимость выработки и распространения научно обоснованных рекомендаций как по укреплению здоровья каждого человека в отдельности, так и по оздоровлению населения страны в целом.

По направлениям наука об индивидуальном, персонифицированном здоровьесбережении может быть представлена как теоретическая, экспериментальная, клиническая, реабилитационная, профилактическая, социальная и др.; по применению – общая, коммунальная, профессиональная, радиационная, возрастная гигиена, включая гигиену детей и подростков, пожилых людей, гигиену питания и др.; по научной составляющей – биологическая, экологическая, педагогическая, психологическая, оздоровительная.

Основное направление науки и практики оздоровления состоит в исследовании и поддержании здоровых условий жизнедеятельности людей и среды обитания в целях предупреждения нарушений и укрепления здоровья, воспитания у человека заинтересованности в своем здоровье; изыскания путей и методов формирования и сохранения здоровья индивида. Соответственно, основная концепция или доктрина научно-практической деятельности ЗСБ – это человек в оптимальных условиях жизнедеятельности и среды обитания, человек и его здоровье; формирование активной жизненной позиции и ЗОЖ как основы здоровья. Объект изучения ЗСБ в отличие от медицины – практически здоровый человек, а предмет изучения – условия жизнедеятельности людей и оптимальные для здоровья характеристики среды обитания; здоровье человека и его резервы, факторы формирования и методы распространения ЗОЖ.

Целью научно-практической деятельности для ЗСБ является укрепление здоровья человека путем привития ему заинтересованности в следовании правилам ЗОЖ и в их распространении среди окружающих людей. Ожидаемые результаты – повышение уровня и качества жизни, улучшение демографических показателей, рост социальной активности граждан, устранение риска депопуляции, обеспечение устойчивого прогрессивного развития страны как основы благополучия, формирование здорового общества.

Исходя из сказанного в настоящих условиях персонифицированное здоровьесбережение должно развиваться как наука, социально востребованное и перспективное научное направление,

а также как социально значимая учебная дисциплина, направленная на оздоровление населения через систему образования, на формирование культуры здоровья, на воспитание у человека осознанной, истинной приверженности идеалам здоровья и ценностям здорового образа жизни.

Возрастные особенности здоровьесбережения.

Анализ литературы по вопросам здоровьесбережения позволяет заключить, что эта концепция нашла свое отражение в работах социально-гуманитарного направления, ориентированных в основном на субъекты образования, представляющие интерес с точки зрения оптимизации ресурсов молодого поколения в период массовой индустриализации и модернизации производства, когда стоимость человека становится все более высокой. В связи с этим основным направлением здоровьесбережения является в настоящее время влияние на молодое поколение, с тем чтобы воспитанные у них ценности и привычки ЗОЖ в последующем сохраняли здоровье и работоспособность в зрелом возрасте.

Особенности и направления здоровьесбережения молодежи.

Для формирования у детей, подростков и молодежи определенного уровня знаний норм морали и нравственности, умений и навыков ЗОЖ, для осознания ими основных жизненных ценностей человека, среди которых одной из наиболее важных является здоровье, необходимо соответствующее образование. Задачей такого образования является формирование:

- мотивации быть здоровым, иммунитета к негативным влияниям социума, навыков ЗОЖ;
- широкого кругозора, осмысленной оценки жизненных ценностей и приоритетов, осознания места в жизни, своих возможностей, задач и перспектив;
- стремления к своему развитию, интереса к познанию;
- активной жизненной позиции, нацеленной на саморазвитие и самореализацию личности; ее прочных морально-нравственных основ;
- широкого круга интересов, увлечений, устремлений; интереса к спорту;
- социально востребованных качеств личности: социальной активности, альтруизма, коллективизма, коммуникабельности, ответственности, чуткости и отзывчивости к окружающему; патриотизма, гражданственности, интеллигентности.

Необходима разработка современной концепции образования, построенной на принципах гуманизации и развивающего обучения, которые дают возможность каждому максимально полно реализовать личностный потенциал на благо всей страны. С медико-биологических позиций это регулярные занятия физкультурой и спортом, регулярные диспансерные осмотры и своевременное использование всех средств профилактической медицины. Формирование культуры ЗОЖ предполагает работу в трех направлениях: укрепление и сохранение здоровья; овладение умениями и навыками ЗОЖ; формирование физической культуры.

Особенности и направления здоровьесбережения работоспособных лиц.

В конечном счете государство заинтересовано в поддержании высокого уровня здоровья как основы работоспособности лиц среднего возраста — трудового потенциала страны. Для них важны прежде всего социально-гигиенические мероприятия, связанные с профессией, регулярные диспансерные обследования, своевременное и полноценное использование средств профилактической медицины, а также формирование мотиваций и создание условий для занятий физкультурой и спортом.

Эффективность здоровьесбережения во многом определяется степенью санитарно-гигиенической грамотности индивида, включающей участие в периодических медицинских осмотрах, владение информацией по вопросам организации рационального питания, режима жизнедеятельности. В ситуации хронической болезни эффективное ЗСБ характеризуют достаточная комплаентность пациента, выполнение врачебных рекомендаций. Важнейшее значение при этом отводится формированию здоровьесберегающей среды, которая способствует достижению индивидом физического, социального и душевного благополучия в гармонии социального, физического, интеллектуального, карьерного, эмоционального и духовного элементов.

Особенности и направления здоровьесбережения пожилых.

Спецификой большинства методик поддержания здоровья представителей старшей возрастной группы является гармоничное сочетание заботы о духовной и телесно ориентированной составляющих жизни, что наблюдается практически во всех обществах. К началу XX века отношение к пожилым как к людям с низким уровнем жизненной активности, обусловленным болезнями и слабостью, приводит к значительному сокращению участия

пожилого населения в производстве, в экономике. В то же время происходит значительное старение общества: так, к 2020 году представители старшей возрастной группы составят в России до 27% от всего населения. Переход значительного по численности работающего населения в пенсионную когорту актуализирует вопросы самочувствия и состояния здоровья лиц третьего возраста, которые остаются экономически активной частью трудового потенциала современной России.

Анализ особенностей жизни показывает, что главные жизненные ценности для этой группы населения связаны с материальным положением, здоровьем и благополучием в семье. Разработка концепции здоровьесбережения пожилых лиц в проблемном поле социологии медицины способна помочь в решении множества социально-медицинских проблем людей, вступающих в пожилой возраст, со смещением акцентов с болезни на здоровье, с лечения на профилактику, с пациента на человека, с терапии на уход, с медицинского учреждения на личность и общество. Ввиду больших объемов информации о состоянии здоровья и необходимости постоянного наблюдения все большее внимание уделяется в настоящее время дистанционным неинвазивным и компьютеризированным технологиям мониторинга здоровья.

Современное развитие фундаментальной геронтологии и ее практического аспекта — антивозрастной медицины, успехи профилактической медицины и геропротекции открывают новые возможности для сохранения и восстановления здоровья пожилых, для сдерживания самого процесса старения, а также для обращения ряда его проявлений — снижения физической и психической работоспособности, психоэмоциональной удовлетворенности жизнью, качества жизни.

Биопсихосоциодуховная парадигма здоровья и болезни.

В психологии здоровья одним из ее оснований и перспективных направлений развития является разработка биопсихо-социодуховной модели. Данный подход подразумевает четыре вектора рассмотрения здоровья и болезни: соматогенез как развитие органов и систем организма; психогенез как развитие его психических функций; социогенез — развитие социальных функций и места в жизни; ноогенез — развитие духовной сферы как системы ценностной личности. Оправданность рассмотрения болезни как системного повреждения всех четырех планов человеческого существования доказывается в отношении таких болезней, как онкологические и психосоматические заболевания (в частности, артериальная гипертензия), болезни зависимости и наркомании и др. В силу этого эффективной оказывается основанная на парадигме здоровьесбережения профилактика.

Основные факторы здоровья, определяющие до 90% смертности населения, относятся к образу жизни: неполноценное, некачественное, нерегулярное питание (ИБС, опухоли, диабет); бытовые наркомании (цирроз печени, опухоли, ИБС); низкая самодисциплина и малая ответственность за свои поступки (травматизм, наркомании, плохое питание и духовно-моральный дисбаланс); неусвоенные правила ЗОЖ (личная и общественная гигиена, рациональное питание, закаливание и пр.). Для ЗОЖ важными факторами здоровья являются также социально-экономические факторы: уровень образования и интеллекта, круг интересов; экономическое положение и социальный статус, доступность социальных услуг; наличие свободного времени для занятий и т.п.

Важнейшим фактором формирования всей системы ЗОЖ является мироощущение: наличие ясных и позитивных целей в жизни, удовлетворенность, чувство благополучия при оценке достижений, места в жизни, настрой на долгую счастливую здоровую жизнь, эмоциональная гармония и благожелательность как доминирующее настроение, высокий и повышающийся уровень образования и культуры, сформированный менталитет здоровья, знание и выполнение правил ЗОЖ.

Таким образом, достижение цели формирования ЗОЖ должно опираться на интегральный подход, подразумевающий не только учет собственно соматической составляющей, но и влияние социального окружения (социальный аспект ЗОЖ), развитие духовной сферы личности (духовный аспект) и психологические механизмы, связанные прежде всего с формированием устойчивой внутренней мотивации.

Системность и многофакторность, а также индивидуальность ЗОЖ и ЗСБ определяют необходимость и перспективность использования компьютерных и информационных методов в

создании информационной среды для ЗСБ и создание индивидуальных паспортов здоровья, включающих разнообразную информацию обо всех сторонах здоровья человека.

Здоровьесбережение в свете современных информационных технологий.

Учитывая многофакторность здоровья и в то же время необходимость персонализации в подходе к пациенту, реализация в полной мере ЗСБ возможна только на основе современных информационных технологий. Компьютерные системы позволяют легко учитывать множество индивидуальных факторов как при оценке уровня здоровья, так и при индивидуализированном подборе рекомендаций по личному ЗСБ и ЗОЖ. Так, существующие компьютеризированные системы позволяют по нескольким десяткам нутриентов оптимизировать питание в любом возрасте, оценить уровень физического здоровья и рекомендовать безопасные индивидуальные нагрузки на различных тренажерах, оценить психоэмоциональное состояние, уровень стресса и экологического благополучия, оценить биологический возраст, эффективность лечения и др.

Широкое распространение Интернета позволяет развивать телемедицину и расширяет возможности для ЗСБ, открывая самым широким массам доступ к информации по ЗСБ и ЗОЖ, а также позволяет дистанционно оценивать уровень собственного здоровья с онлайн-доступом к компьютеризированным системам в Интернете, получать индивидуализированную информационную помощь и следить за динамикой собственного здоровья, открывая «личный кабинет» на ЗСБ-сайтах, пользоваться развиваемой в настоящее время услугой в виде персонифицированной интернет-карты здоровья.

Интернет-размещенные карты здоровья позволяют иметь к ним доступ с любого компьютера, а ЗСБ-сайты могут иметь контакты с другими сайтами: медицинских баз и карт, сетями поликлиник и социальных услуг, товаров ЗСБ-назначения и пр. Современные способы обработки информации позволяют извлекать необходимую информацию из огромного интернет-пространства, оценивать уровень значимости и достоверности, своевременно обновлять информационные базы по ЗСБ.

Таким образом, современные информационные технологии являются важнейшим и ставшим уже необходимым направлением развития ЗСБ-технологий.

Анализ литературы показывает, что эффект применения технологий ЗСБ может выражаться в 10-15 дополнительных годах активной здоровой жизни, что, в свою очередь, ведет к существенному увеличению ВВП. Имеющиеся оценки по многим странам мира показывают, что увеличение продолжительности жизни населения на один год приводит к увеличению ВВП на 4%.

Таким образом, можно заключить, что именно ЗСБ-технологии являются важнейшим и оптимальным направлением сохранения и укрепления здоровья, что, однако, требует личных усилий, широкой системы обучения и создания адекватной социальной среды.

Исторически изменялись содержание понятия «здоровье» и связанные с ним термины и области знаний. В настоящее время наиболее широким и общепринятым является понятие «здоровьесбережение», которое включает два элемента: представление о сущности и составных элементах здоровья как состояния человека, с одной стороны, и систему активного влияния общества на формирование и поддержание здоровья – с другой. Развитие основного направления науки и практики ЗСБ призвано обеспечить изучение и поддержание здоровых условий жизнедеятельности людей и среды обитания в целях укрепления здоровья и профилактики заболеваний; воспитание у человека заинтересованности в собственном здоровье; поиск путей и методов формирования, укрепления и сохранения здоровья индивида. В связи с этим в концепции научно-практической деятельности здоровьесбережения как объект и предмет воздействия определен человек в оптимальных условиях жизнедеятельности и среды обитания, его здоровье и формирование активной жизненной позиции и ЗОЖ в качестве основы здоровья.

Ожидаемые результаты практики ЗСБ – повышение качества жизни, улучшение демографических показателей, рост социальной активности граждан, устранение риска депопуляции, обеспечение социального прогресса и устойчивого прогрессивного развития страны как основы благополучия каждого человека, формирование здорового общества. Эффект грамотного применения ЗОЖ может выражаться в 10-15 дополнительных годах активной здоровой жизни. При этом оценки по многим странам мира показывают, что увеличение продолжительности жизни населения страны на один год приводит к увеличению ВВП на 4%.

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>