

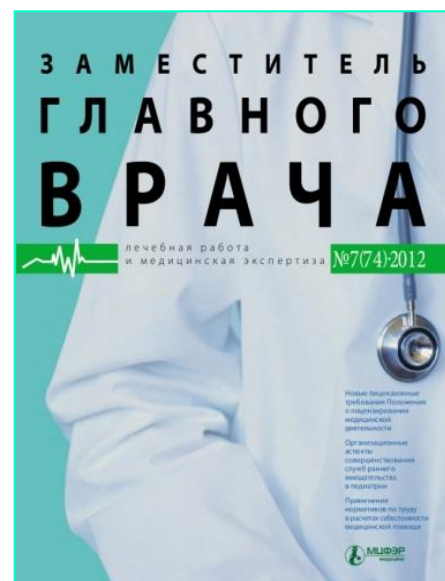
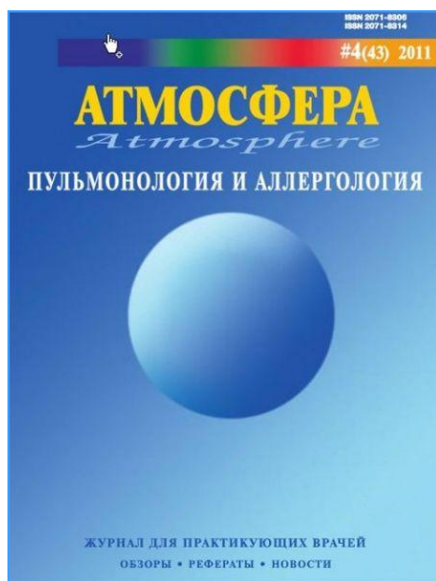
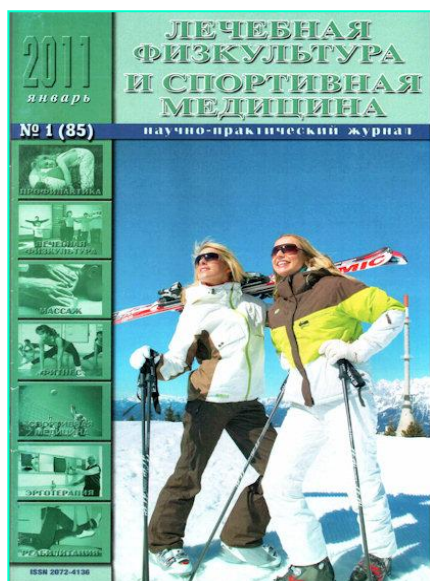


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№9 (сентябрь), 2017



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	47

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Пирогов, М. В. По материалам итоговой коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации (итоги 2016 года) // Экономист лечебного учреждения. – 2017. – № 7. – С. 4-11.

12 апреля 2017 года прошла итоговая коллегия Министерства здравоохранения Российской Федерации. Прозвучали программные доклады руководителей отрасли и выступления участников коллегии. Были подведены итоги работы системы здравоохранения за 2016 год и намечены основные направления ее дальнейшего развития.

В своем послании Федеральному Собранию Президент России Владимир Владимирович Путин подчеркнул, что смысл всей нашей политики – это сбережение людей, умножение человеческого капитала, как главного богатства России.

Сегодня можно уверенно сказать, что даже в условиях действия сложных социально-экономических факторов системе здравоохранения удастся добиваться позитивных изменений показателей здоровья населения.

Начиная с 2009 года, когда начались серьезные реформы в сфере здравоохранения, был проделан очень серьезный путь.

Первое – увеличено финансирование в здравоохранении, и это очень существенно для бюджета Российской Федерации, очень существенно для страховых взносов. Российская Федерация пошла на это, имея в виду, что здравоохранение должно финансироваться полным рублем.

Второе – это система модернизации здравоохранения, которая проводилась в течение трех последних лет, когда буквально все регионы переоснастились, ввели новые стандарты оказания медицинской помощи. Программа модернизации позволила нашему здравоохранению выйти на принципиально новый уровень оказания медицинских услуг.

Третье – сейчас самое главное. Российскому здравоохранению предстоит выйти на новую повсеместную систему индикации, необходимо сделать качественный прорыв в нашей системе здравоохранения, чтобы те ресурсы, которые пришли в здравоохранение, заработали на население.

За последний год продолжительность жизни россиян увеличилась на 0,5 года, впервые достигнув 72 лет.

Удалось сохранить на 17,5 тыс. жизней больше, чем за 2015 год.

При этом смертность снизилась во всех возрастных группах: детей – на 12,5 %, трудоспособного населения – на 3,3 %, лиц старше трудоспособного возраста – на 0,8 %. Это стало возможным благодаря снижению смертности от всех основных причин.

Важно отметить, что снижение смертности произошло, несмотря на изменение структуры населения. За 2016 год число лиц старше трудоспособного возраста увеличилось на 2,5 %, составив 24,5 %, что не могло не сказаться естественным образом на увеличении числа смертей.

Безусловный вклад в увеличение продолжительности жизни внесло снижение младенческой смертности, которая сократилась в 2016 году на 7,7 %, составив 6,0 на 1 тыс. родившихся живыми.

По прогнозам 2010 года, планировалось в 2020 году выйти на 7,5 (с учетом перехода на международные критерии живорождения). Тем не менее, за 5 прошедших лет младенческая смертность снизилась более чем на 40 % и за январь - февраль 2017 года достигла 5,0 на тысячу родившихся живыми.

В целом, детская смертность снизилась за 5 лет более чем на 30 %.

Серьезно уменьшилась и материнская смертность – за 2016 год более чем на 20 %, достигнув 8,3 на 100 тыс. родившихся живыми. В прогнозах на 2020 г. данный показатель должен был составить более 18,0. За 5 лет материнская смертность снизилась на 48 %.

Таким образом, сегодня в нашей стране уровень младенческой и материнской смертности достиг исторического минимума.

Во многом это стало возможным, благодаря реализации поручения Президента Российской Федерации по строительству сети перинатальных центров и формированию 3-уровневой системы охраны материнства и детства.

Здравоохранение вносит свой вклад в демографию не только за счет снижения смертности, но и за счет увеличения рождаемости через профилактику абортот и повышение доступности экстракорпорального оплодотворения.

Так, благодаря развитию при женских консультациях и родильных домах 1,5 тыс. кабинетов и центров медико-социальной и психологической помощи беременным женщинам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, только за 2016 год число абортот снизилось на 8 % (или на 58 тыс. случаев), а за 5 лет – на 25 %, то есть на 250 тыс. случаев.

Одновременно с этим, в 2016 году было проведено 47,5 тыс. бесплатных для населения циклов ЭКО. При этом его эффективность превысила 31 % в среднем по стране, а в лучших клиниках – 40%. На текущий 2017 год запланировано увеличение объема ЭКО до 62 тыс. бесплатных операций.

Безусловно, самой эффективной мерой для снижения смертности и увеличения продолжительности жизни является профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний.

За 10 лет охват населения вакцинацией против гриппа был увеличен вдвое с 28,5 млн. человек (или 19 % от численности населения) до почти 56 млн. человек, что превысило 38 % населения страны и является беспрецедентным для нашей истории. В результате, удалось снизить заболеваемость гриппом в 10 раз (до 60 на 100 тыс. населения), а, кроме того, уменьшить долю осложненных форм гриппа.

Начиная с 2014 года, в нашей стране внедрена вакцинация детей и взрослых из групп риска против пневмококковой инфекции. В 2016 году от нее привито более 2,2 млн. человек, в том числе 1,8 млн. детей. Это привело к значительному снижению смертности населения от пневмоний (почти на 11 %), а у детей раннего возраста – на 30 %.

В целях профилактики неинфекционных заболеваний нами реализуется комплексная программа мотивирования граждан к здоровому образу жизни. Мотивирование начинается с детей дошкольного и школьного возраста (через специальные образовательные модули, разработанные совместно с Минобрнауки), учащейся молодежи (через привлечение к волонтерству, занятиям спортом – совместно с Росмолодежью и Минспортом) и распространяется на корпоративные производственные практики, направленные на создание здоровьесберегающей

среды на рабочем месте (совместно с РСПП). Продолжены программы по формированию среды, свободной от табака, ограничению потребления алкоголя, здоровому питанию, массовому развитию физкультуры и спорта.

Системная работа на данном направлении позволила только за два с половиной года снизить распространенность потребления табака на 16 %, объем потребления алкоголя – на 8 %, а число лиц, систематически занимающихся физкультурой и спортом, увеличить на 18 %.

Для дальнейшего позитивного развития Министерством в тесном взаимодействии с профессиональным сообществом были разработаны Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года, а также Концепция мер по борьбе против табака.

Благодаря активному онко-поиску в 2016 году уже 55 % злокачественных новообразований были выявлены на 1-2-й стадиях, что привело к снижению 1-годовой летальности – до 23 % и повышению 5-летней выживаемости до 53 %.

С 2018 года порядок диспансеризации станет еще более таргетным и доказательным, что позволит дополнительно повысить его эффективность.

Приоритетным направлением медицинской деятельности в 2016 году оставалась самая близкая к пациенту первичная медико-санитарная помощь.

Впервые с советского времени были утверждены требования к размещению медицинских организаций, исходя из численности населения в населенном пункте и его удаленности от ближайшей медицинской организации.

Это дало результат: из 554 медицинских объектов, построенных и введенных в 2016 году, 418 – были новые ФАПы, 55 – офисы врачей общей практики. Проведен ремонт на более чем 2,6 тыс. медицинских объектах, из них в более 600 ФАПов и 88 офисах ВОП. За год доля сельских медицинских подразделений, требующих капитального ремонта, сократилась более чем на 20 %. В 2016 году функционировало уже более 10 тыс. домохозяйств для помощи жителям малонаселенных территорий, что на 10,5 % больше, чем годом ранее, и работало более 3,5 тыс. мобильных медицинских бригад (годовой прирост – 13 %).

В целях оценки территориальной доступности медицинских организаций была разработана и внедрена геоинформационная система, содержащая информацию о всех 158 тыс. населенных пунктах, численности проживающего в них населения, транспортной инфраструктуре, 72 тыс. медицинских организаций и их структурных подразделений.

Впервые в истории отечественного здравоохранения была оценена реальная доступность медицинской помощи жителям каждого населенного пункта.

На основании этого анализа каждый регион разработал план мероприятий по обеспечению доступности медицинской помощи для жителей населенных пунктов, не охваченных медицинским обслуживанием.

Заслуживает особого внимания совместный проект Минздрава с Управлением внутренней политики Президента и экспертами ГК «Росатом», целью которого является выявление неэффективных технологических процессов в медицинских организациях и их устранение, т.е. совершенствование логистики, менеджмента и комфортности предоставления услуг, а также повышение ресурсной эффективности.

Эта «Фабрика технологий» уже заработала в Ярославской и Калининградской областях, в Севастополе и показала, что достаточно 4-5 месяцев, чтобы разделить потоки здоровых и больных пациентов, обеспечить комфортное прохождение диспансеризации (первый этап – за один визит), начать оказывать помощь без очередей (сократив время записи на прием в 5 раз, а ожидания приема – в 12 раз), увеличить время непосредственной работы врача с пациентом в 2 раза.

Сейчас уже 30 поликлиник подключились к данному проекту. Планируется тиражирование этого пилотного опыта во всех регионах страны. Именно это мы обсуждали все вместе на Всероссийском семинаре в Ярославле 3 апреля 2017 г.

Говоря об эффективности, нельзя не сказать также о рациональном использовании медицинского оборудования. Благодаря контролю, осуществляемому Росздравнадзором, сокращено количество простаивающего медицинского оборудования в 1,5 раза, в том числе за счет перераспределения более 300 единиц оборудования в 45 субъектах Российской Федерации.

Особую роль в обеспечении своевременности оказания медицинской помощи играет скорая помощь. В 2016 году в регионы направлено 2154 автомобиля скорой медицинской помощи класса В и 113 реанимобилей. За счет этого на 37 % обновлен автопарк автомобилей класса В со сроком эксплуатации свыше 5 лет и на 19% – класса С. Как результат, в 2016 году показатель 20-минутного доезда скорой медицинской помощи обеспечен в 88,3 % случаев на всей территории страны, а при ДТП – в 94 %.

До конца 2018 года во всех регионах должна быть создана единая централизованная диспетчерская служба скорой помощи, которая на основе системы ГЛОНАСС позволит оптимизировать маршрутизацию больных и сократить время доставки пациента в стационар.

Для своевременной экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с жизненно-угрожающими состояниями, проживающим в труднодоступных районах со сложными климатическими и автодорожными условиями, в 2016 году инициирован проект по развитию санитарной авиации. Его реализация позволит уже в ближайшие 2 года в 34 регионах страны сформировать необходимую систему, которая обеспечит сокращение времени доставки больных в специализированные центры.

В целом, в стране выстроена современная служба экстренной специализированной медицинской помощи при жизненно-угрожающих состояниях на основе создания и правильного размещения на межрайонном уровне более 590 сосудистых центров и 1,5 тыс. травмоцентров, где применяются современные технологии ведения больных со сложными состояниями.

Так, только за 2016 год частота применения тромболитика при ОКС выросла на 25,5 %, ангиопластик коронарных артерий – более чем на 11 %, системного тромболитика при ишемическом инсульте – на 8,0 %. Увеличилась профильная госпитализация пациентов с острыми сосудистыми нарушениями на 6,4 %. Это обеспечило снижение госпитальной летальности больных с инфарктом миокарда и инсультом – на 6,0 % в среднем по стране.

Предпринятые меры позволили за 5 лет уменьшить смертность от инсультов более чем на 34 %, ДТП – на 20 %.

Отдельное направление нашей работы – повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Для этого в 2014 году создана новая организационная модель, предусматривающая поэтапное погружение методов ВМП в систему обязательного медицинского страхования. Эта модель на практике доказала свою эффективность и позволила существенным образом увеличить объемы и доступность ВМП. Если в 2013 году медицинская помощь была оказана 505,0 тыс. пациентов, то в 2016 году – более 963 тыс. больных. При этом значительно увеличились объемы ВМП по наиболее востребованным профилям: стентированию коронарных сосудов – более чем в 3 раза, эндопротезированию крупных суставов – на 44 %, ЭКО – в 3,6 раза. В 2018 году ВМП будут получать более 1 млн. пациентов ежегодно, что приближается к реальным потребностям населения в данном виде помощи.

Важно отметить, что и сеть медицинских организаций, выполняющих ВМП, расширилась в 3,7 раза – до 932 медицинских организаций, что существенно приблизило помощь к населению.

Одним из важнейших направлений нашей работы является внедрение единых требований к качеству медицинской помощи и создание системы управления качеством. В 2014-2016 годах (совместно с профессиональным сообществом, Национальной Медицинской Палатой) впервые была создана национальная система клинических рекомендаций при основных заболеваниях человека. Для ускоренной адаптации к ним врачей в декабре 2016 года завершено создание электронного рубрикатора клинических рекомендаций и быстрой поисковой системы алгоритмов диагностики и лечения по ключевым словам и графологическим структурам.

С 2017 года данная система начинает внедряться повсеместно через автоматизированные рабочие места врачей. Внедрение клинических рекомендаций во всех регионах должно быть завершено до конца 2018 года.

На основе клинических рекомендаций разработаны критерии оценки качества медицинской помощи, закрепляемые нормативно.

Уже с июля 2017 года все экспертные и контрольные мероприятия будут проводиться с их применением.

Одной из главных задач 2016 года стало сдерживание цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты.

За год цены на них в амбулаторном сегменте увеличились на 1,4 %, что много ниже инфляции, тогда как для препаратов, не входящих в Перечень ЖНВЛП, – на 7,4 %. В 2 раза сократилось количество рецептов, находящихся на отсроченном обслуживании. При этом анализ практики государственных закупок лекарственных средств в регионах показал сохраняющийся значительный разброс цен на одинаковые препараты. С тем, чтобы его устранить, а также в целом снизить цены при государственных закупках, нами совместно с ГК «Ростех» и Федеральным Казначейством создана единая информационно-аналитическая система, которая будет содержать информацию о всех планируемых закупках и автоматизированно просчитывать среднюю взвешенную рыночную цену по каждому МНН и торговому наименованию, а также отклонение от нее по каждой закупке. Система начала функционировать с 1 марта в тестовом режиме, а уже с начала следующего года будет запущена в эксплуатацию в полном объеме.

Безусловно, лекарства должны не только быть доступными по ассортиментным позициям и цене, но и качественными. Сегодня можно утверждать, что в нашей стране сформирована комплексная система обеспечения качества, эффективности и безопасности лекарственных препаратов.

Внедрен выборочный контроль качества лекарственных средств, что позволило существенно снизить долю фальсификата на российском рынке в 2016 году – до менее чем 0,01 %. В 2016 году введены в действие новые фармакопейные статьи, определяющие стандартизованное качество лекарственных препаратов, а также практически завершена работа по подготовке XIV издания Государственной фармакопеи Российской Федерации. Полностью истребить фальсифицированную и контрафактную продукцию позволит создаваемая Минздравом совместно с Федеральной налоговой службой автоматизированная система мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя к потребителю с использованием маркировки. К концу 2018 года поэтапно 100 % выпускаемых в обращение лекарственных препаратов будут промаркированы.

Основной движущей силой поступательного развития отрасли являются медицинские работники. Все меры по совершенствованию здравоохранения должны базироваться на создании профессиональной среды, комфортной для работы медиков. Принимаемые консолидированные меры по реализации Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. позволили добиться положительной динамики в численности врачей.

Их число в 2016 году увеличилось на 854 человека.

Сегодня мы можем констатировать рост, произошедший за 3 года, числа специалистов по дефицитным специальностям: «Онкология» – на 597 чел., более %, «Анестезиология-реаниматология» – на 1184 чел., или 4,0%, «Рентгенология» – на 478 чел., или 3,0%, «Патологическая анатомия» на 95 чел., более 3 %.

Особое внимание уделяется кадровому обеспечению на селе. Программа «Земский доктор» в 2016 году была не только продолжена, но и расширена: единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. рублей осуществлялись медицинским работникам в возрасте до 50 лет, прибывшим на работу не только в сельский населенный пункт или рабочий поселок, но и в поселок городского типа.

Число врачей, приехавших на село в рамках программы, на конец 2016 года составило почти 24 тыс. человек, увеличившись за год на 1,5 тыс. человек, или 2,6 %. При этом в 51 регионе уровень реализации программы составил 100 %. В 2017 году программа продолжается, на ее финансирование предусмотрены необходимые ресурсы.

В 2016 г. Минздравом совместно с Минобрнауки продолжена работа по увеличению объемов подготовки медицинских специалистов с высшим образованием. За 3 последних года объем подготовки в вузах увеличился почти на 7 %. Эффективно зарекомендовал себя механизм целевой подготовки, который позволил привлекать и закреплять молодых специалистов на конкретных рабочих местах. За 3 года целевая подготовка по программам специалитета расширилась почти на 7 %, а на последипломном уровне – на 13,5 %. При этом необходимо подчеркнуть повышение эффективности целевой подготовки в 2016 году почти до 90 %.

В 2017 году этот реально действующий механизм должен привести в первичное звено отрасли не менее 30 % выпускников медицинских вузов и факультетов, прошедших аккредитацию. В тоже время проблемы укомплектованности средними медицинскими кадрами все еще стоят очень остро.

Вызывает положительную оценку внедрение в 2016 году программы «Земский фельдшер» уже в 21 регионе страны. Замечательно, что в 2017 году еще в 9 регионах стартует эта программа.

Однако всем регионам необходимо еще раз оценить потребности в среднем медицинском персонале и пересмотреть цифры приема в региональные медицинские колледжи, при этом активнее внедрять механизмы целевой подготовки.

В настоящее время, совместно с Национальной Медицинской Палатой, разработаны и утверждены профессиональные стандарты по базовым медицинским специальностям. Создание всех профессиональных стандартов для врачей-специалистов и среднего медицинского персонала будет завершено к концу 2018 года. В соответствии с профессиональными стандартами, в течение полугода после их принятия происходит актуализация образовательных стандартов и программ.

В 2016 году дан старт принципиально новой системе допуска к профессиональной медицинской деятельности через проведение профессиональным сообществом аккредитации по международному стандарту ОБСЕ. В 2016 году аккредитацию успешно прошли 98 % выпускников по специальности «Стоматология» и 94 % – по специальности «Фармация». В этом году механизм аккредитации будет распространен на выпускников по всем специальностям группы «Здравоохранение и медицина», а до конца 2021 года – на всех медицинских специалистов отрасли.

В 2016 году завершено и создание национального регистра врачей и единого информационного портала непрерывного повышения квалификации, включающего перечень программ теоретической и практической подготовки, стажировок на рабочем месте, интерактивные модули самостоятельного обучения.

Созданный портал предоставляет врачам право выбора индивидуальной образовательной траектории, форм обучения. На сегодня на портале зарегистрированы личные кабинеты 349 организаций, содержатся записи более 133 тыс. врачей и размещены более 11 тыс. образовательных программ. Все врачи будут включены в эту систему до конца 2021 года.

Наряду с уже действующими более 70 симуляционно-тренинговыми центрами, запланировано поэтапное их внедрение в региональных медицинских организациях 3-го уровня, а также их дооснащение методами дополненной и виртуальной реальности.

Важной задачей является обеспечение достойных условий работы медиков, включая повышение уровня заработной платы и создание эффективных систем стимулирования.

По данным Росстата, с 2012 года среднемесячная заработная плата врачей, среднего и младшего медицинского персонала увеличилась соответственно более чем на 47, 46 и 75 %. По итогам 2016 года, в целом по Российской Федерации, среднемесячная заработная плата врачей составила 50,7 тыс. рублей, среднего персонала - 28,2 тыс. рублей и младшего персонала - 16,8 тыс. рублей.

На эффективный контракт переведено уже 83 % работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. С учетом рекомендаций Минздрава России регионы продолжили работу по совершенствованию систем оплаты труда, ориентированных на увеличение доли выплат по окладам в структуре заработной платы до 55-60 %. В настоящее время в 60 из 85 регионов параметры оплаты труда соответствуют или приближены к рекомендованным значениям. Средняя величина должностных окладов врачей увеличилась в 1,5-2 раза.

По итогам 2016 года, обеспечено компьютерным оборудованием около 470 тыс. рабочих мест врачей, или 70 % от необходимого количества.

В 2016 году был создан федеральный сегмент многоуровневой системы телемедицинских консультаций. До конца 2018 года необходимо внедрить регламенты оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий и настроить работу многоуровневой телемедицинской системы по основным медицинским профилям – от ведущих федеральных учреждений до региональных организаций первого и второго уровней.

Особое значение имеет формирование единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, которое позволит:

- внедрить перекрестный электронный документооборот и личный кабинет пациента;
- создать архив цифровых медицинских изображений с применением интеллектуальных компьютерных программ для их автоматизированного чтения и повышения точности и своевременности диагностики;
- внедрить автоматизированную экспертизу качества медицинской помощи.

Основной концепцией развития российского здравоохранения является создание Национальной системы, объединяющей все медицинские мощности страны, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, на основе единых требований к доступности и качеству медицинской помощи и квалификации медицинских работников.

Продолжается привлечение частных медицинских организаций к реализации программы государственных гарантий.

В 2016 году их было в 4 раза больше, чем в 2010 году, а их доля в общем числе медицинских организаций выросла с 7 до 29 %.

В настоящее время в здравоохранении реализуется более 70 проектов государственно-частного партнерства с общим объемом привлекаемых инвестиционных средств более 61 млрд. рублей. Эффективность развития отечественного здравоохранения во многом определяется внедрением новых персонализированных технологий, основанных на результатах биомедицинских исследований.

Успехи России в области здравоохранения достойно оцениваются за рубежом.

За последние 2 года резко увеличился поток иностранных пациентов в российские клиники – на 87 %, и в 2016 году уже более 13,5 тыс. иностранных пациентов лечились в российских клиниках по таким профилям, как репродуктивные технологии, ортопедия, пластическая хирургия, сердечно-

сосудистая хирургия, офтальмология, стоматология. Одновременно с этим сократился поток россиян, выезжающих для получения плановой медицинской помощи за рубеж: в Израиль – на 60 %, в Германию – на 30 %.

По оценкам ВОЗ, озвученным на встрече высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН, наша страна вошла в тройку мировых лидеров по эффективности мер, направленных на борьбу с неинфекционными заболеваниями. В этом вопросе Россия сегодня оказывает методологическую и образовательную помощь многим государствам. Россия занимает активную позицию в вопросах предотвращения распространения особо опасных и социально значимых инфекций, а также в вопросах противодействия развитию проблемы антимикробной устойчивости.

Признавая успехи России в борьбе с туберкулезом, в ноябре этого года ВОЗ будет проводить в Москве Первую Глобальную Министерскую конференцию по борьбе с туберкулезом в контексте устойчивого развития.

Шишкин, С. В. Приоритеты необходимой государственной политики в сфере здравоохранения // Экономист лечебного учреждения. – 2017. – № 7. – С. 12-22.

В сложных экономических условиях системе здравоохранения удалось обеспечить требуемую динамику сокращения показателей смертности от отдельных причин и увеличения заработной платы медицинским работникам; сохранена доступность бесплатной медицинской помощи для населения; реализован комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению ее эффективности; проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования. Но многие важные вопросы совершенствования организации, управления и финансового обеспечения системы оказания медицинской помощи остались нерешенными.

Система здравоохранения в условиях экономического кризиса нуждается в увеличении ее финансирования для смягчения последствий кризиса, поскольку потребности населения в медицинской помощи в кризис, как правило, растут (дополнительные психологические стрессы, обострение хронических заболеваний и проч.). Если же сокращений финансирования избежать не удастся, то их приоритеты должны определяться с учетом критериев минимизации последствий для доступности медицинской помощи и отбора тех мероприятий, которые обеспечивают более высокую клинико-экономическую эффективность. Эти рекомендации Европейского отделения Всемирной организации здравоохранения представляются нам совершенно уместными для современного состояния российского здравоохранения.

При определении показателей программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на ближайший и последующие годы следует обеспечить приоритетность развития первичного звена оказания медицинской помощи при сокращении объемов стационарной помощи. Это означает, что распределение финансовых ресурсов должно быть ориентировано, прежде всего, на укрепление ПМСП – привлечение кадров, повышение их квалификации, материально-техническое оснащение поликлиник, развитие

профилактики заболеваний, улучшение ведения хронически больных и больных с множественными заболеваниями.

Главным приоритетом политики в сфере обязательного медицинского страхования в этот период должно стать развитие практик планирования объемов оказания медицинской помощи медицинскими организациями, участвующими в ОМС, с учетом качества и эффективности работы этих организаций.

Учитывая низкие оценки готовности врачей работать больше и лучше при условии большей увязки размеров оплаты труда с их трудовым вкладом и желание врачей иметь более высокую базовую часть заработной платы, следует изменить приоритеты политики внедрения эффективного контракта в 2016-2017 гг. и переместить акцент на использование стимулирующего потенциала базовой части оплаты труда. Необходимо переключить внимание на проведение изменений в порядке определения базовой части зарплаты, в механизмах институционализации уровня квалификации врачей (сертификация, аттестация) и увязки базовой зарплаты с этим уровнем.

Главными приоритетами политики в сфере здравоохранения должны стать структурные преобразования в системе оказания медицинской помощи:

- повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи на основе укрепления участковой службы;
- централизация специализированной диагностической и консультативной амбулаторной помощи;
- развитие стационарозамещающей помощи с акцентом на ее оказание в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- укрупнение стационаров, создание многопрофильных больниц;
- дифференциация стационаров по степени интенсивности оказываемой медицинской помощи;
- завершение формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи;
- инвестиции в новые информационно-медицинские технологии, развитие на их основе новых форм оказания медицинской помощи и усиление преемственности и непрерывности лечебно-диагностического процесса;
- развитие государственно-частного партнерства в оказании медицинской помощи населению.

К числу главных приоритетов политики в сфере здравоохранения в среднесрочной перспективе следует также отнести развитие человеческого потенциала: реформирование системы медицинского и дополнительного профессионального образования и порядка определения и подтверждения квалификационного уровня, реализации масштабных государственных программ повышения квалификации в первую очередь участковых врачей.

С выходом из экономического кризиса необходим пересмотр приоритетов бюджетной политики. В среднесрочной перспективе государственное финансирование здравоохранения должно быть увеличено с 3,6-3,7 % ВВП до среднего уровня стран Центральной и Восточной Европы (4,8-4,9 % ВВП).

Приоритетными направлениями изменений в системе финансирования здравоохранения должны выступать:

- развитие системы стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях и обеспечение балансировки размеров финансирования с затратами, необходимыми для выполнения этих стандартов;
- развитие страховых принципов финансирования здравоохранения;
- введение новых механизмов легального софинансирования оказания медицинской помощи государством и небедными группами населения (например, соплатежей для части пациентов за виды медицинской помощи, основанные на принципиально новых медицинских технологиях, не входящих в существующие гарантии);
- развитие системы лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении при софинансировании государства и населения;
- активное содействие развитию конкуренции в оказании медицинской помощи.

Критическим условием повышения эффективности всей системы оказания медицинской помощи является в современных условиях укрепление участковой службы. Это включает решение двух главных задач:

- преодоление дефицита врачей участковой службы;
- реорганизация действующей модели участковой службы.

Важно подчеркнуть, что повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи может быть обеспечено только при условии кадрового укрепления участковой службы. Не будет достаточно врачей первичного звена – продолжится бессистемное и хаотичное развитие ПМСП по принципу «латать тришкин кафтан» – перераспределение функций и попытки «выравнивания» нагрузки отдельных категорий врачей с последующим воспроизведением исходных проблем.

Предлагаются следующие главные меры по преодолению дефицита врачей участковой службы:

А) Среднесрочное планирование подготовки врачей для участковой службы.

Действующая практика планирования кадров органами управления здравоохранением всех уровней концентрируется на вопросах преодоления текущего их дефицита и, по существу, сводится к представлению ежегодных заявок в медицинские университеты на распределение выпускников медицинских вузов в учреждения здравоохранения. Необходимо создать систему перспективного планирования подготовки кадров. В качестве первого шага – на 5-7 лет. В перспективных планах следует предусмотреть первоочередную подготовку врачей для участковой службы и установить количественные параметры такой подготовки.

Среднесрочные и текущие плановые задания по подготовке врачей для участковой службы должны быть доведены до медицинских вузов. Необходимо возложить на них обязанность подготовки врачей с практическими навыками, достаточными для первого этапа работы в качестве участковых врачей, с последующим повышением их квалификации.

Б) Создание сильных экономических стимулов для работы врачей в первичном звене.

Нужно выделить участкового врача в экономическом отношении по сравнению с узкими специалистами поликлиник и поднять его престиж. Но для привлечения и закрепления участковых врачей нельзя ограничиться простым

разовым повышением их заработной платы, как это было сделано в рамках Национального проекта «Здоровье» в 2006 г.

Участковые врачи должны иметь ясную перспективу повышения зарплаты при условии:

а) освоения новых технологий лечения и организационно-координационных функций;

б) достижения установленного набора показателей качества и эффективности работы.

Реализация этого приоритета позволит переместить часть медицинской помощи на более ранние и менее затратные этапы, своевременно диагностировать заболевания и раньше начинать лечение пациентов. Тем самым усилится профилактическая направленность, а соответственно и медико-экономическая эффективность всей системы оказания медицинской помощи.

В действующей модели участковой службы врач-терапевт, как и врач-педиатр, выступает специалистом по нескольким самым простым заболеваниям и оператором примитивных схем маршрутизации пациентов. Такой функционал участкового врача, с одной стороны, делает эту профессию малопривлекательной, а с другой стороны, является в современных условиях препятствием для повышения качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи.

В настоящее время можно говорить о трех моделях участковой службы, каждая из которых задает альтернативный вариант реформирования существующей модели.

Первый вариант – переход от терапевтической к общеврачебной модели организации участковой службы. При этом возможно параллельное функционирование двух типов врачей общей практики в зависимости от контингента наблюдаемых пациентов (врач общей практики для взрослых и врач общей практики для детей). Для педиатрической службы, не менее чем для терапевтической, актуальны проблемы чрезмерной специализации первичного звена и ограниченных функций участкового врача. Некоторые регионы страны, например, Московская, Воронежская и Самарская области, Республики Чувашия и Татарстан, уже заметно продвинулись в комплектовании участковой службы врачами общей практики.

Второй вариант – использование модели с расширяющимся функционалом участковых врачей путем освоения ими части функций, которые сегодня выполняются узкими специалистами. Этот вариант предполагает организацию непрерывного повышения квалификации участковых врачей на основе специальных учебных программ, предусматривающих прохождение модулей по отдельным врачебным специальностям. Участковый врач осваивает часть лечебных функций, например, невролога, и получает право на первичный прием пациентов с соответствующими заболеваниями, а размер его зарплаты устанавливается в зависимости от освоенных новых лечебных функций. Такой врач уже не является участковым врачом, но еще не достиг объема функций врача общей практики. Промежуточность его квалификационного статуса диктует необходимость введения нескольких категорий таких врачей.

Третий вариант – модель функциональной дифференциации участковой службы. Это предполагает специализацию отдельных функций участковых врачей

и передачу их другим специалистам (врачам неотложной помощи, врачам-дежурным, врачам по проведению посещений на дому, медицинским сестрам доврачебного приема и патронажных услуг, врачам, ведущим маломобильных больных). В поликлиниках выделяются группы врачей для оказания неотложной помощи и формируются службы для посещений пациентов на дому. Кроме того, часть функций диспансерного наблюдения за хронически больными, выполнявшихся участковыми терапевтами, передается узким специалистам. Одновременно вводится система записи хронически больных к узким специалистам, отнесенным к первому уровню оказания амбулаторной помощи. Сосредоточение участковых терапевтов на приеме больных повышает доступность терапевтической помощи и дает возможность увеличить среднее время приема пациентов.

Это новая для нашей страны модель участковой службы, которая в настоящее время апробируется в московском здравоохранении. В отличие от первых двух моделей она не требует длительных усилий по повышению квалификации участковых врачей, опирается на имеющиеся человеческие ресурсы участковой службы и путем их реаллокации обеспечивает получение в короткие сроки ощутимых позитивных изменений в доступности ПМСП.

Но такая модель порождает и определенные риски:

- квалификация и функционал участкового врача остаются неизменными; сохраняется узкая сфера деятельности этого врача, а следовательно, сохраняются условия для роста потребности в обращении к узким специалистам;
- размывается ответственность участкового врача за состояние здоровья приписавшихся к нему граждан;
- результативность посещения больного на дому врачом специальной службы поликлиники может оказаться низкой в силу недостаточности у такого врача информации о больном, по сравнению с терапевтом, наблюдающим больного в течение длительного времени; в свою очередь, информация о состоянии больного может не в полной мере быть учтена при последующем ведении этого больного участковым врачом;
- ограничивается организационно-координирующая функция участкового врача; при передаче больного с определенным заболеванием на диспансерное наблюдение узкому специалисту возникает риск утраты комплексности лечения: у больного может быть несколько заболеваний, лечение которых результативнее может координировать именно терапевт, а не специалист в лечении одного из них.

Чтобы нейтрализовать эти риски, предлагаются следующие меры:

- аккумуляция участковым врачом всей информации о приписавшихся к нему пациентах, включая отслеживание динамики состояния больных из групп риска (единолично или вместе со специалистами), учет объемов медицинской помощи, оказанных «своим» пациентам во всех звеньях системы, прежде всего, учет госпитализаций и вызовов скорой и неотложной помощи. Разработка электронной медицинской карты призвана обеспечить накопление и облегчить использование такой информации;
- организация электронных и телефонных коммуникаций с больными из групп риска, периодические посещения таких больных на дому – в дополнение к

действиям специальных служб поликлиники. Следует исходить из того, что делегирование функций участкового врача другим врачам должно быть компенсировано активными контактами с пациентами;

– введение порядка обмена информацией между участковым врачом и врачом неотложной службы о больных, вызывающих неотложную помощь. Это касается информации о больном до его посещения, а также информации о его состоянии, полученной по итогам обслуженного вызова. Такой обмен информацией будет способствовать комплексности и преемственности лечения;

– введение порядка передачи узкому специалисту наблюдения за больным только на ограниченное время и на четко определенный курс лечения – с последующим восстановлением ответственности участкового врача за его ведение.

Следует отметить, что модель функциональной дифференциации участковой службы, строго говоря, не является альтернативой первым двум моделям. Она может сочетаться с каждой из них. Третья модель в части передачи некоторых функций участковых врачей среднему медицинскому персоналу в целом соответствует тренду, наметившемуся в зарубежном здравоохранении. Во всем мире идет поиск форм освобождения врача общей практики от рутинных функций и повышения роли медсестринского персонала, способного помочь врачу (в США врачи уже давно работают вместе с помощниками, организующими их прием и ведущими запись их назначений без каких-то лечебных функций). Акцент делается на вертикальном перераспределении функций – между врачами и средним медицинским персоналом.

Накоплены эмпирические данные о том, что включение медицинских сестер в лечебный процесс в качестве самостоятельных поставщиков услуг по ряду заболеваний не наносит ущерба качеству лечения, хотя и не снижает общие затраты на лечение (эффект расширения функций оказывается выше замещения врача медсестрой с более низкой зарплатой). Подобное разделение труда очень актуально для российской участковой службы, да и для здравоохранения в целом.

Что же касается горизонтальной специализации (между отдельными группами врачей), то небольшой пока опыт Москвы дает основания как для больших ожиданий, так и для серьезных опасений. Ее нужно продолжать отрабатывать. Пока можно с уверенностью сказать только о необходимости нейтрализации рисков этой модели, в том числе на основе представленных выше мер. Будущее покажет, нужна ли эта модель в таком виде, в каком она сегодня реализуется в Москве, но в любом случае многие ее элементы могут быть полезными в качестве дополнения первых двух моделей преобразования участковой службы.

Нам представляется, что ни одна из трех рассмотренных моделей не сможет стать абсолютно доминирующей в российской системе здравоохранения. Учитывая разнообразие условий оказания медицинской помощи, различия в человеческом потенциале врачей участковой службы в разных населенных пунктах, развитие получит каждая из этих моделей. В этом смысле можно говорить о будущей организации участковой службы в нашей стране, как о реализации смешанной модели участковой службы.

В качестве стратегической перспективы следует рассматривать постепенный переход на общеврачебную модель организации участковой службы. Но учитывая

существенную задержку в реализации этого курса в предшествующие десятилетия и ограниченные возможности для становления института врача общей практики в массовом масштабе в нашей стране, реалистично полагать, что этот переход в ближайшие годы коснется лишь части участковой службы. При этом регионы будут существенно отличаться по темпам перехода на общеврачебную модель. В наиболее продвинутых регионах этот процесс может обеспечить преобразование 60-70 % участков на основе общеврачебной модели в ближайшие 4-5 лет. В большинстве же регионов участковый врач в обозримом будущем останется главным субъектом ПМСП, и можно предположить, что преимущественное развитие получат модель функциональной дифференциации участковой службы и модель с расширяющимся функционалом участковых врачей.

Для реализации этого курса в качестве первоочередных мер предлагается:

– Провести широкое обсуждение вопросов модернизации модели участковой службы с организаторами здравоохранения, медицинской общественностью, экспертным сообществом, руководителями и преподавателями медицинских вузов.

– Разработать детальную концепцию модернизации участковой службы и дорожную карту ее реализации в течение последующих шести лет (2017-2022 гг.).

Решение задачи расширения лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях представляется одним из наиболее перспективных направлений повышения эффективности медицинской помощи, в первую очередь в связи с возможностью переноса основной нагрузки со стационарных на амбулаторные условия.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, Россия занимает одно из последних мест среди европейских стран по значению показателя доли государственных расходов в общих расходах на лекарственные препараты. В нашей стране эта доля составляет 11 %. Для сравнения, в Белоруссии – 31 %, в Литве – 34 %, в Португалии – 55 %, в Чехии – 63 %, в Греции – 74 %, в Нидерландах – 78 %.

Принимая во внимание эти обстоятельства, можно выделить следующие актуальные направления развития лекарственного обеспечения населения:

А) Формирование системы лекарственного обеспечения пациентов для амбулаторного лечения ряда заболеваний при софинансировании государства и населения.

Необходима организация эффективной лекарственной терапии в амбулаторных условиях с целью снижения уровня распространенности ряда заболеваний. Чтобы эффективное лечение было доступно, оно не должно зависеть от экономических возможностей пациента, при этом оно не обязательно должно быть бесплатным.

В этой связи введение механизмов сооплаты лекарств за счет государственных средств и средств населения, когда гражданин платит предсказуемую или фиксированную сумму и получает лекарство по рецепту, способно существенно повлиять на доступность фармакотерапии. Положительным примером такого решения является опыт реализации в Кировской области пилотного проекта лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении. Используя механизм сооплаты, можно выстроить лекарственное

обеспечение пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, такими как хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, сахарный диабет и ряд других.

Внедрение новых механизмов лекарственного обеспечения потребует, прежде всего, изменений в законодательстве, распределения ответственности между медицинской организацией, органом управления здравоохранением в регионе, территориальным фондом ОМС. На следующем этапе необходимо определиться с количеством и перечнем нозологии, по которым будет проходить проект, и размером соплатежей пациентов, что будет зависеть от возможностей государственного финансирования. Не менее важный этап – анализ первых результатов внедрения и особенно клинико-экономического эффекта. Средства, сэкономленные в связи со снижением нагрузки на службы здравоохранения, должны реинвестироваться в дальнейшее развитие системы лекарственного обеспечения.

Б) Достижение среднего по Европейскому региону показателя доли расходов государства на лекарственные препараты – 50 %. Учитывая сложившиеся объемы рынка лекарственных препаратов, на эти цели потребуется около 140 млрд. руб. С целью максимизации затратной эффективности вложений в сектор лекарственного обеспечения, в силу наиболее широкого популяционного охвата и ожидаемого эффекта в виде улучшения показателей здоровья населения приоритетным должно стать расширение лекарственного обеспечения амбулаторного лечения заболеваний, преобладающих в структуре заболеваемости и смертности населения страны. При этом важно понимать, что успешная реализация этого направления развития лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях не снимет проблемы редких и жизнеугрожающих заболеваний, а также льготного лекарственного обеспечения.

В) Унификация подходов к формированию перечней льготных препаратов с целью повышения эффективности управления льготным обеспечением дорогостоящими лекарственными препаратами. С этой целью необходимо расширить существующий перечень семи высокозатратных нозологий, объединив его с перечнем жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний. Соответственно, необходимо сохранить за федеральным уровнем полномочия по обеспечению пациентов с редкими и тяжелыми заболеваниями, нуждающихся в дорогостоящей лекарственной терапии в амбулаторных условиях. Такое решение целесообразно, поскольку по аналогии с препаратами в программе высокозатратных нозологий эффективно контролировать обоснованность назначения посредством ведения федерального регистра пациентов, влиять на цену и другие условия поставок, как и в целом на обращение дорогостоящих препаратов, возможно только при условии централизованных закупок лекарственных препаратов федеральным органом.

Г) Представляется целесообразным поэтапное объединение ресурсов регионального и федерального льготного лекарственного обеспечения с целью устранения дублирования групп населения (инвалидов, детей-инвалидов) и повышения эффективности лекарственного обеспечения. Предположительно такое объединение следует осуществлять с использованием нозологического подхода, а

именно предоставления пациенту льготного лекарственного обеспечения при наличии подтвержденного диагноза, входящего в соответствующий перечень.

Д) Необходимо интенсивное расширение деятельности по оценке медикаментозных технологий в здравоохранении и внедрение доказательных подходов на всех этапах, связанных с обращением лекарственных препаратов. Так, необходим пересмотр всех ограничительных перечней на предмет содержащихся в них препаратов, исключение из перечней препаратов с недоказанной клинической эффективностью, что позволит существенно оптимизировать сегмент государственных закупок лекарств.

Нужно ли менять действующую модель финансирования здравоохранения?

В последнее время оживилась дискуссия о сравнительной эффективности двух главных моделей финансирования здравоохранения – обязательного медицинского страхования и бюджетной. Противники модели ОМС приводят аргументы против этой модели со ссылкой на реальные или мнимые недостатки модели, сложившейся в России, но все чаще делаются и более широкие обобщения о низкой эффективности модели ОМС вообще. Так, в недавнем докладе группы экспертов во главе с Е.Ш. Гонтмахером отмечается, что бюджетная модель «проще, прозрачнее и дает лучшие результаты в виде управляемых показателей здоровья, чем модель обязательного медицинского страхования».

Исходя из этого ничем не подкрепленного тезиса делается вывод о необходимости возвращения к бюджетной модели финансирования.

Действительно, ожидания, связанные с переходом на модель ОМС, оказались завышенными. Действующая в России система ОМС не позволила сколько-нибудь заметно повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения. Но проблема не в том, что страховая модель хуже, чем бюджетная, а в ее конкретном дизайне – отсутствии оснований для эффективной конкуренции страховщиков, порядке планирования и распределения объемов медицинской помощи, действующих методах оплаты медицинской помощи, чрезмерном акценте на функциях контроля за деятельностью медицинских организаций, недостаточном распространении механизмов, мотивирующих медицинские организации к более эффективной деятельности, незаконченности перехода к одноканальной системе финансирования и проч.

В других странах есть примеры более рационального дизайна ОМС. Например, в Эстонии в последние годы утвердилась новая система планирования и распределения объемов медицинской помощи фондом ОМС. Учитываются качественные характеристики деятельности однотипных медицинских организаций, акцент делается на преимущественное распределение объемов в сферу ПМСП, ведется отбор поставщиков услуг по критериям их географической доступности, оптимальной мощности, межтерриториальных потоков, а самое главное – по критерию качества услуг.

Можно согласиться с оппонентами модели ОМС в том, что многое из того, что «записано» в этой модели (оплата объемов помощи, внедрение стимулирующих механизмов и проч.), можно развивать и в бюджетной модели. Но сделать это значительно сложнее. Те механизмы, которые заложены в системе ОМС самими принципами ее организации, в бюджетной системе требуют специального регулирования.

Нельзя, например, отрицать, что системе ОМС присуща большая гибкость в реализации принципа «деньги следуют за пациентом» по сравнению с бюджетной моделью. Так, если поликлиники расширяют объем и качество своей деятельности, снижая потребность в стационарной помощи, то при правильной организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС они могут рассчитывать на возникающую вследствие этого экономию средств. Бюджетная система основана на твердом бюджете для каждого вида медицинской помощи. Например, в Казахстане и Армении в рамках бюджетной системы финансирования сегодня используются различные методы оплаты за объемы медицинской помощи (примерно такие же, как в странах с ОМС), но при этом выделяются бюджетные программы финансового обеспечения амбулаторной и стационарной помощи, которые разделены жесткими финансовыми перегородками. Финансовые средства, спланированные для стационарной помощи, не могут быть потрачены на амбулаторную помощь. Такое перемещение средств возможно только после серьезных обоснований и длительных процедур корректировки бюджетов каждого сектора здравоохранения. В страховой модели такая корректировка не нужна.

Можно также утверждать, что в модели ОМС относительно выше степень гибкости межтерриториальных потоков пациентов и финансовых средств. Здесь не существует принципиальных барьеров для получения медицинской помощи застрахованным за пределами места его проживания – деньги следуют за пациентом. В бюджетной модели межтерриториальные потоки ограничены обязательствами административных территорий в отношении содержания собственных учреждений и обслуживания «своего» населения. Конечно, можно найти много примеров того, что подобные барьеры существуют и в модели ОМС, но такие барьеры порождаются не моделью ОМС, а особенностями организации медицинской помощи и размещения учреждений здравоохранения.

Для сравнения эффективности двух моделей финансирования были проведены расчеты по 28 постсоветским странам за 1991-2012 гг.

С помощью различных методов эконо-метрического анализа оценивалось влияние моделей финансирования (бюджетная система и страховая система) на 3 показателя финансирования здравоохранения (общие, государственные и частные расходы на душу населения), 18 показателей смертности (агрегированных и по отдельным заболеваниям), 6 показателей структурной эффективности (уровень госпитализаций, занятость койки и проч.). Учитывалось влияние двух дополнительных факторов – ВВП на душу населения и доли населения старше 65 лет.

В результате проведенного анализа выявлена статистически значимая связь между наличием системы ОМС и следующими переменными:

Показатели финансирования:

– Общие расходы на здравоохранение на душу населения выше на 30-40 % в страховых системах в сравнении с бюджетными системами финансирования здравоохранения.

– Государственные расходы на здравоохранение на душу населения на 64 % выше в странах со страховой системой здравоохранения, чем в странах с бюджетной системой.

– Частные расходы на здравоохранение на душу населения также в среднем выше в странах со страховой системой почти на 23 %.

Показатели смертности:

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет и коэффициент перинатальной смертности в странах со страховой системой на 10% ниже, чем в странах с бюджетной системой, коэффициент младенческой смертности ниже на 7 %.

Существенно ниже (на 40 %) неонатальная смертность.

– Стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от всех видов болезней для всех возрастов снижается на 14% при наличии страховой системы.

– СКС от ишемической болезни сердца в странах с системой ОМС на 50 % ниже.

– СКС от болезней сердечно-сосудистой системы для лиц не старше 64 лет и всех возрастов ниже на 24 и 11,3 % соответственно для стран со страховой системой.

– СКС от цереброваскулярных заболеваний для всех возрастов ниже на 15% при наличии страховой системы здравоохранения.

– СКС от рака молочной железы ниже на 12 % при наличии системы страхования в стране.

– СКС от инфекционных заболеваний для всех возрастов снижается на 44 % при наличии страховой системы здравоохранения.

Показатели структурной эффективности:

– Число госпитализаций на 100 человек населения в больницах для лечения острых заболеваний в странах со страховой системой здравоохранения ниже на 23 % (тот же показатель для всех заболеваний не прошел проверку на статистическую значимость).

– Общая средняя продолжительность госпитализации в странах со страховой системой на 6,8 % ниже, в больницах для лечения острых заболеваний – на 7,4 %.

– Показатель средней занятости койки ниже в странах со страховой системой на 7 %.

– Частота кесаревых сечений на 1 тыс. живорожденных на 30 % выше в странах со страховой системой.

Таким образом, эконометрический анализ дает основания для следующих выводов:

1. При прочих равных условиях (ВВП на душу населения и доле пожилого населения) в странах со страховой системой государственные и частные расходы на здравоохранение в среднем выше, чем в странах с бюджетной системой.

Оценивая этот результат, нужно принять во внимание, что вследствие повышения размеров страховых взносов, а также из-за целевого характера привлечения средств в преобладающей части стран ЦВЕ объем государственных расходов заметно увеличился. Порядок сбора средств и используемые методы оплаты за оказанную медицинскую помощь в этих странах позволили с большим успехом преодолеть остаточный принцип финансирования отрасли. Сметный принцип финансирования все же остается доминирующим в странах с бюджетной

системой, и, как следствие, реальные потребности системы здравоохранения часто остаются без внимания.

2. В странах с ОМС также выше частные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения, чем в странах с бюджетной системой. Важно только отметить, что в данном случае разница средних значений для двух рассматриваемых групп стран гораздо меньше (23 %), чем в случае с государственными расходами (64 %).

При этом доля частных расходов в общем объеме расходов на здравоохранение ниже в странах со страховыми системами. В Чехии она составляет всего 15,2 %, Эстонии – 20,1 %, Словении – 26,7 %, Словакии – 29,5 %, в то время как в Казахстане – 42,2 %, Украине – 45,1 %, Узбекистане – 46,9 %. То есть страховая модель генерирует частные расходы в значительно меньшей мере, чем государственные расходы. Таким образом, соотношение между государственным и частным финансированием становится более приемлемым для населения. Но это общая тенденция, наша же страна по данному показателю больше тяготеет к странам с бюджетной системой (39 %).

3. С показателями структурной эффективности ситуация менее определенная. Уровень госпитализации в больницах для лечения острых заболеваний в странах со страховой системой заметно ниже, чем с бюджетной системой. Это может быть индикатором более высокой структурной эффективности систем оказания медицинской помощи, в которых амбулаторной помощи отдается предпочтение. Менее длительные сроки госпитализации и более высокая оборачиваемость коечного фонда в странах со страховой системой финансирования оказались ожидаемым результатом. Метод клинико-статистических групп для оплаты объемов медицинской помощи, введенный в последнее десятилетие практически во всех странах со страховой системой, обычно ведет к интенсификации оказания стационарной помощи.

4. При интерпретации результатов тестирования влияния страховой модели на индикаторы здоровья населения следует учитывать, что связь показателей смертности с доминирующей моделью финансирования опосредуется множеством факторов, которые крайне сложно учесть при эконометрическом анализе. В ряду этих факторов можно выделить различия в дизайне страновых систем ОМС, отношение населения к своему здоровью, меры государства по формированию здорового образа жизни, межведомственное взаимодействие по вопросам охраны общественного здоровья и проч. Предположительно, эти факторы действуют сильнее в тех странах ЦВЕ, где здравоохранение развивается по страховой модели. Наши попытки расширить состав учитываемых переменных не повлияли на объясняющую способность модели. Поэтому общий вывод достаточно осторожный: страны со страховой моделью имеют более низкую смертность населения по большинству показателей, но по ряду показателей смертности эта закономерность не обнаружена.

Таким образом, сравнительный анализ показателей здравоохранения в странах ЦВЕ с бюджетной и страховой системами финансирования, проведенный с использованием современных методов эконометрических исследований, демонстрирует преимущества страховой модели финансирования, хотя и не по всем показателям.

Возвращаясь к российской системе ОМС, следует сказать, что сегодня, на наш взгляд, непродуктивно затевать дискуссию о пересмотре модели финансирования. Проблема сейчас состоит не в выборе иной модели финансирования, а совсем в другом – в определении и внедрении конкретных механизмов повышения эффективности использования государственных средств.

Правильно, что их можно внедрять и в бюджетной модели.

Но, во-первых, делать это намного сложнее – в силу большей жесткости бюджетной системы, а во-вторых, обсуждение, какая модель нам нужна, отвлекает от реальных действий по формированию таких механизмов.

Кадыров, Ф. Л. Особенности взаимодействия государственного и частного здравоохранения / Ф. Л. Кадыров // Экономист лечебного учреждения. – 2017. – № 8. – С. 37-45

В России с каждым годом увеличивается доля медицинских организаций негосударственной собственности, в том числе участвующих в реализации базовой программы обязательного медицинского страхования. В статье рассмотрены особенности интеграции частного здравоохранения в отечественную систему здравоохранения.

Недостаточно высокая экономическая эффективность функционирования бюджетных учреждений здравоохранения (в силу специфики данной организационно-правовой формы) в условиях рыночных отношений, ограниченность общественных ресурсов и другие факторы неизбежно ставят вопрос о поиске путей привлечения в отрасль частных инвестиций, о приемлемых формах взаимоотношений бюджетных медицинских учреждений и частных организаций, о заимствовании опыта функционирования коммерческих структур для совершенствования деятельности бюджетных учреждений.

По мере развития негосударственного сектора здравоохранения, увеличения инвестиций в частное здравоохранение проблема взаимодействия государства и частных медицинских организаций становится; все более актуальной.

Улучшение экономического положения Ораны, рост размеров бюджетов приводят к тому, что частные медицинские организации проявляют все больший интерес к общественным ресурсам в виде бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования. Поэтому чаще всего вопрос о взаимодействии государственного и частного здравоохранения поднимается именно со стороны частного здравоохранения.

Развитие частного здравоохранения, взаимодействие государственного и частного секторов – это достаточно сложные проблемы, сочетающие в себе и положительные, и негативные моменты.

К положительным сторонам развития коммерческого здравоохранения, кроме традиционных выгод от развития предпринимательства (рост занятости населения, налоговые поступления и т.д.), относятся:

– привлечение в здравоохранение дополнительных финансовых ресурсов (средств населения и предприятий);

– экономия средств общественного здравоохранения, которая достигается за счет того, что обеспеченная часть населения обращается за коммерческими услугами. Это позволяет улучшить оказание медицинской помощи остальной части населения;

– появление возможности для медицинского персонала государственных учреждений здравоохранения получать дополнительный заработок за счет оказания платных услуг или работы по совместительству в частных медицинских организациях (что является общемировой практикой).

Все это свидетельствует о необходимости поддержки частного здравоохранения, тем более, что задача государства заключается в заботе не только о государственных и муниципальных бюджетных медицинских учреждениях, но и о частном здравоохранении. Статья 41 Конституции Российской Федерации гарантирует принятие мер по развитию не только государственной и муниципальной, но и частной системы здравоохранения.

Вместе с тем нельзя не учитывать, что развитие частного здравоохранения находится в тесной зависимости от состояния общественного здравоохранения. Неудовлетворенный спрос на бесплатную медицинскую помощь неизбежно рождает спрос на платные услуги. Однако формы предоставления этих платных услуг могут быть различными:

– теневая оплата услуг в бюджетных учреждениях (самая нежелательная форма);

– официальное развитие платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях;

– оказание услуг в частных медицинских организациях.

Необходимо отметить, что, по мнению зарубежных и отечественных экспертов, развитие частного здравоохранения является более предпочтительным, чем оказание платных услуг в государственных учреждениях. Совмещение в государственных (муниципальных) медицинских учреждениях оказания бесплатной медицинской помощи и предпринимательской деятельности (оказание платных услуг)

не позволяет осуществлять эффективный контроль целевого использования бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Такое совмещение неизбежно порождает предпосылки либо для финансовых нарушений, либо для нарушений прав граждан на бесплатную медицинскую помощь (хотя, безусловно, эти предпосылки не всегда реализуются на практике).

В перспективе в бюджетных учреждениях должно быть прекращено оказание платных медицинских услуг (по крайней мере, за наличный расчет). Однако это предполагает наличие определенных условий:

– развитая сеть частных медицинских организаций;

– высокий платежеспособный спрос на медицинские услуги со стороны населения;

– достаточный уровень финансирования бюджетных учреждений.

К сожалению, всего этого пока нет, и еще достаточно долгое время платные медицинские услуги в бюджетных учреждениях будут сохраняться.

Поэтому должен быть выработан эффективный механизм контроля за развитием платных медицинских услуг. Так, несмотря на то, что в Санкт-

Петербурге действует одна из самых либеральных систем предоставления платных медицинских услуг в стране, Комитетом по здравоохранению осуществляется жесткий контроль за наличием нарушений в этой сфере. Действует «горячая линия», информация которой является основанием для принятия самых серьезных мер, вплоть до полного запрещения оказания платных медицинских услуг для отдельных учреждений здравоохранения. Акцент делается на развитии платных услуг в специально выделенных подразделениях, на сервисных услугах и услугах, оказываемых за безналичный расчет (предприятиям и организациям, в первую очередь в рамках добровольного медицинского страхования).

Следует отметить, что влияние государства на рынок коммерческих медицинских услуг противоречиво. Государство способно влиять не только на ситуацию общественном здравоохранении, но и посредством этого на уровень цен в коммерческом секторе: чем более доступны и качественны бесплатно оказываемые медицинские услуги, тем ниже спрос и цены на платные медицинские услуги, и наоборот. Поэтому имеет место неравномерность распределения видов медицинских услуг между рынками платных и бесплатных услуг. В свою очередь это ведет к ценовой диспропорции, когда, с одной стороны, высокие цены на коммерческие услуги вызваны невозможностью или сложностью получения каких-либо услуг бесплатно (услуги с высокой сервисностью, стоматологические с использованием новейших пломбировочных материалов и т.п.), а с другой стороны, относительно низкие цены на другие услуги связаны с гораздо большей возможностью получения этих услуг бесплатно (виды услуг, входящие в программу ОМС или финансируемые из бюджета).

Необходимо иметь в виду, что нарушение порядка предоставления платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях наносит финансовый урон не только населению и бюджету, но и частному здравоохранению (за счет демпинговых цен и т.д.). Государственные (муниципальные) медицинские учреждения оказываются в лучших конкурентных условиях по сравнению с частными организациями не только в случае явных или неявных финансовых нарушений. Эти преимущества заложены в различиях затрат на оказание медицинской помощи: бюджетные учреждения обычно бесплатно пользуются зданиями, сооружениями (не платят арендной платы) и дорогостоящим медицинским оборудованием, не возмещают при оказании платных услуг целый ряд других затрат. Частные учреждения этой возможности лишены, что объективно заставляет иметь высокие цены на аналогичные виды оказываемых медицинских услуг, ориентироваться на дефицитные, сервисные или высокодоходные услуги.

Причем причиной демпинга цен зачастую являются и решения органов управления здравоохранением и других органов государственной и муниципальной власти, которые искусственно ограничивают уровень цен, зачастую в нарушение действующих нормативных документов, запрещающих любые формы государственного регулирования цен на платные медицинские услуги, в частности, Постановление Правительства Российской Федерации от 7 марта 1995 г. № 239 «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)».

В Санкт-Петербурге в этом отношении реализуется четкая позиция – необоснованных ограничений цен на платные медицинские услуги быть не должно. В соответствии с Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

«О порядке предоставления платных медицинских услуг» от 4 апреля 2005 года №112-р установлено, что «государственное регулирование цен (тарифов) на медицинские услуги путем установления фиксированных цен, предельных цен, надбавок, предельных коэффициентов изменения цен, предельного уровня рентабельности и т.д. не применяется. Максимальные цены на медицинские услуги вышестоящими органами не устанавливаются».

Проблему взаимодействия государственного и частного здравоохранения можно разделить на две части:

– Взаимодействие частных клиник непосредственно с органами государственной и муниципальной власти.

– Взаимодействие частных клиник с бюджетными (государственными и муниципальными) медицинскими учреждениями.

Взаимодействие частных клиник непосредственно с органами государственной и муниципальной власти.

Рассматривая взаимодействие государства и частного здравоохранения, нельзя оставить в стороне проблему государственно-частного партнерства. Если говорить о классическом понимании государственно-частного партнерства, то основной смысл для государства заключается в привлечении частных инвестиций в государственный сектор здравоохранения; в экономии бюджетных средств, необходимых для ремонта и содержания запущенных зданий медицинских учреждений, что обеспечивается путем реализации инвестиционных проектов.

Основными формами государственно-частного партнерства в здравоохранении России на современном этапе являются следующие:

– создание (строительство) новых частных медицинских центров при содействии государства с точки зрения инфраструктуры и т.д.;

– передача инвестору территориально выгодно расположенных зданий медицинских учреждений на условиях строительства новых зданий для этих медицинских учреждений в других местах;

– реконструкция зданий для перемещения туда медицинских учреждений из других зданий, привлекательных для частных инвесторов;

– реорганизация государственных медицинских учреждений в акционерные общества со 100%-ным государственным капиталом и возможным последующим созданием с участием частного инвестора совместного государственно-частного предприятия.

Что касается инвестиционно привлекательных для частного (в том числе для иностранного) капитала видов деятельности, то опыт Санкт-Петербурга показывает, что это могут быть следующие направления:

– восстановительное лечение;

– различные виды диагностики;

– родовспоможение;

– высокотехнологичная медицинская помощь;

– гемодиализ;

– техническое и хозяйственное обслуживание учреждений здравоохранения (аутсорсинг).

Что касается смены организационно- правовой формы медицинских учреждений, то, хотя теоретически такие возможности существуют, подобная

практика невелика. Тем не менее, примеры рационального применения такого варианта имеются. Например, в настоящее время в Санкт-Петербурге проходит процесс реформирования ряда государственных учреждений здравоохранения (так называемых «хозрасчетных») в акционерные общества со стопроцентным государственным капиталом, принадлежащим Санкт-Петербургу.

Если же выходить за пределы классического понимания государственно-частного партнерства, то взаимодействие государства и частного бизнеса в здравоохранении выражается, в том числе, и в непосредственном участии частных медицинских организаций в оказании бесплатной для населения медицинской помощи. Основными формами такого участия являются:

- подключение частных медицинских организаций к реализации территориальной программы ОМС;
- оказание бесплатной для населения помощи в рамках государственного (муниципального) заказа.

Теоретически наиболее подходящей формой участия частных клиник в бесплатном медицинском обслуживании жителей является их интеграция в систему ОМС. Ныне действующее законодательство допускает это.

Тем не менее, частные клиники крайне слабо представлены в системе ОМС. Низок как удельный вес частных клиник в общем числе медицинских организаций, работающих в системе ОМС, так и удельный вес частных медицинских организаций (от общего их числа), оказывающих бесплатную медицинскую помощь по программе ОМС.

Это связано, во-первых, с тем, что негосударственные медицинские организации чаще всего рассматривают работу в системе ОМС как неэффективное направление своей деятельности (поскольку за счет средств ОМС обычно возмещаются только пять основных статей расходов и не возмещаются затраты по содержанию зданий, приобретению и эксплуатации оборудования и т.д.). Отчасти эту проблему можно было бы решать в рамках плотного проекта по одноканальному финансированию. Однако и в этом случае частные клиники не полностью возмещают свои затраты.

Вторая проблема заключается в том, что для негосударственных медицинских организаций существуют большие сложности в получении возможности работать в системе ОМС – государство обычно отдает приоритет содержанию бюджетных (пусть даже неэффективных) медицинских учреждений, чем «делиться» ограниченными средствами ОМС с коммерческими организациями.

Тем не менее, опыт подобной работы частных медицинских организаций в системе ОМС имеется. Так, в системе ОМС Санкт-Петербурга работают 26 частных клиник различной направленности: амбулаторно-поликлинические (включая стоматологические) и стационарные клиники, частный родильный дом, диагностические центры и т.д.

Практику расширения участия частных медицинских организаций в системе ОМС необходимо развивать, в том числе и путем установления для частных медицинских организаций более справедливых тарифов в системе ОМС, учитывающих виды затрат, напрямую финансируемых государством для бюджетных учреждений (связанных с содержанием зданий и сооружений).

В то же время нужно отметить, что мы не являемся сторонниками точки зрения, согласно которой средства ОМС должны идти вслед за пациентами, в том числе и в частные клиники, а пациенты в частных клиниках доплачивали бы только разницу между полной стоимостью услуг в этих клиниках и тарифами в системе ОМС. Необходимо помнить, что ОМС – хотя и несовершенная, но все же, система страхования, предполагающая высокую степень общественной солидарности. Кроме того, за счет ОМС должна предоставляться именно бесплатная для граждан медицинская помощь. Это означает, что любой гражданин, в том числе и не желающий доплачивать за свое лечение, должен получить в частных медицинских организациях, работающих в системе ОМС, бесплатную медицинскую помощь. У себя в Санкт-Петербурге мы решаем эту проблему с помощью страховых организаций. Мы готовы включить в систему ОМС любую частную клинику, имеющую договор на оказание бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС со страховой организацией. Но обязанность контроля за обеспечением бесплатности медицинской помощи в этом случае возлагается на саму страховую организацию, которая хорошо подумает, прежде чем заключать подобные договоры с частными клиниками. Неслучайно даже некоторые из частных клиник, судившиеся за право работать в системе ОМС, не захотели заключать соответствующие договоры со страховыми организациями. Некоторые частные клиники заключили договоры только на оказание бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС своим собственным сотрудникам. Однако в основном участие частных организаций в системе ОМС – это попытки более полно загрузить мощности своих клиник, предложить пациентам, наряду с бесплатной помощью, на платной основе услуги, не входящие в программу госгарантий.

Другая форма участия частных клиник в оказании бесплатной для населения медицинской помощи – госзаказ на медицинские услуги. При использовании госзаказа тоже возникает немало проблем, связанных с тем, что государственные или муниципальные учреждения получают бюджетные средства напрямую по смете, вне конкурса, а при проведении конкурсных процедур имеют большие преимущества по предлагаемым ценам, поскольку не включают в свои затраты целый ряд статей.

Тем не менее, имеется ряд примеров методологически правильного подхода к этой проблеме. Так, в Санкт-Петербурге, когда возможностей бюджетных учреждений оказалось недостаточно для проведения необходимого объема процедур гемодиализа в связи с выделением городом дополнительных средств на эти цели, был проведен конкурс по привлечению частных структур с включением в цену амортизации, коммунальных и других расходов, которые для бюджетных учреждений покрывались напрямую из бюджета. Поэтому если для бюджетных учреждений цена установлена на уровне 2360 руб. за сеанс, то для коммерческих организаций – 3169 руб., то есть на треть выше. Причем включение в процесс проведения гемодиализа за счет бюджета частных организаций имело положительные последствия и для бюджетных учреждений: волей-неволей пришлось закладывать в цены обоснованный уровень затрат на расходные материалы, а не «урезанный», как это было раньше.

Другой пример: поставленная Губернатором Санкт-Петербурга В.И. Матвиенко задача ликвидации длительных очередей на бесплатное

зубопротезирование не могла быть быстро решена силами только бюджетных медицинских учреждений. Неизбежно встал вопрос о привлечении частных стоматологических клиник. Они выбирались на основе квалификационного отбора. Чтобы обеспечить приемлемый для частных клиник уровень цен, калькуляция предусматривала включение амортизации оборудования и прибыли, исходя из плановой рентабельности 5 %. А для того, чтобы санация пациентов в процессе подготовки к зубопротезированию могла производиться в самих частных клиниках, они были включены в систему ОМС.

Еще один пример: проведение конкурса на оказание услуг по экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) за счет средств бюджета Санкт-Петербурга. О непредвзятом отношении к коммерческим организациям говорит хотя бы тот факт, что победителями конкурса оказались две частные организации, а государственное учреждение проиграло.

Взаимодействие частных медицинских организаций с бюджетными учреждениями.

Такое взаимодействие может преследовать различные цели. Обзор практики взаимоотношений государственных (муниципальных) и частных медицинских организаций позволяет представить определенную классификацию этих взаимоотношений:

1. Содействие бюджетным учреждениям в организации оказания ими медицинской помощи. Оно может касаться как бесплатной, так и платной медицинской помощи

Рассмотрим сначала проблемы оказания бесплатной для населения медицинской помощи с привлечением частных клиник.

Речь, прежде всего, идет о покупке бюджетными учреждениями отдельных видов услуг у частных организаций. В первую очередь это касается диагностических услуг. Так, в настоящее время в Санкт-Петербурге рассматривается вопрос использования одной из частных лабораторий в качестве централизованной районной биохимической лаборатории, финансируемой за счет средств ОМС.

Среди основных причин, которые предполагают подобное участие частных клиник в содействии оказанию бесплатной медицинской помощи, можно выделить следующие:

– невозможность оказания определенных видов медицинской помощи бюджетными ЛПУ из-за отсутствия у них оборудования, необходимых кадров и т.д. В первую очередь это касается небольших ЛПУ, территориально удаленных структурных подразделений медицинских учреждений;

– экономическая нецелесообразность организации оказания некоторых видов помощи (обычно диагностических) бюджетными учреждениями, когда более выгодным является приобретение отдельных видов услуг у частных организаций (например, услуг, потребность в которых невелика) при наличии этих видов помощи у частных клиник.

Гораздо больше возможностей сотрудничества бюджетных и частных медицинских организаций при оказании бюджетными учреждениями платных медицинских услуг.

Можно указать следующие возможные цели взаимодействия:

– Привлечение в бюджетные учреждения дополнительных коммерческих пациентов. Например, работа по договорам с частными фирмами, которые направляют пациентов для лечения в бюджетное учреждение. Вариантов сотрудничества здесь может быть достаточно много. Частные фирмы могут направлять в бюджетные учреждения тех пациентов, которым требуется специализированная помощь, отсутствующая в частных медицинских организациях; обеспечивать информационное сопровождение деятельности бюджетного учреждения; играть роль простых посредников и т.д.

– Продажа отдельных видов медицинских услуг частным клиникам. В данном случае не пациент, а частная медицинская организация покупает у бюджетного учреждения и оплачивает услуги, которые не может оказать сама. Как правило, сам пациент частной организации при этом не имеет контактов с бюджетным учреждением (например, при оказании услуг по лабораторной диагностике и др.) либо эти контакты не касаются финансовой стороны (пациент, получая услугу, ничего не платит бюджетному учреждению, а счет выставляется частной фирме, направившей этого пациента в бюджетное ЛПУ).

– Оказание частными организациями пациентам бюджетных ЛПУ дополнительных сервисных услуг или услуг по обеспечению более комфортных условий. В этом случае бюджетное учреждение может вообще отказаться от самостоятельного оказания платных услуг в подобной форме.

– Оказание бюджетным учреждениям информационных, справочных, аналитических, маркетинговых и прочих услуг, связанных с развитием предпринимательской деятельности.

2. Использование временно свободных мощностей бюджетных учреждений

Временно свободные мощности (помещения, оборудование) бюджетных учреждений могут предоставляться в пользование частным медицинским организациям.

Отметим, что для бюджетного учреждения обычно выгоднее, чтобы в случае предоставления помещений в пользование частным фирмам в качестве пользователей выступали именно организации, осуществляющие медицинскую деятельность. Это связано с тем, что, кроме дохода от использования имущества, бюджетное учреждение, как правило, получает возможность реализовывать частной медицинской организации (или его пациентам) определенный объем услуг на платной основе.

Следует обратить внимание на то, что временно свободные мощности бюджетных ЛПУ – это не только пустующие помещения, простаивающее оборудование, но и помещения и оборудование, используемые в одну смену и не используемые в остальное время суток, в выходные и т.д. Поэтому в ряде случаев возможно предоставление бюджетными учреждениями своих мощностей другим организациям не на постоянной основе (в рамках оговоренного срока), а лишь на определенные ограниченные промежутки времени. Речь может, например, идти о предоставлении в вечернее время некоторых операционных залов частным клиникам для выполнения ими своих операций и т.д.

3. Привлечение в бюджетное учреждение дополнительных материальных ресурсов

Бюджетные учреждения в свою очередь также могут использовать оборудование и помещения частных организаций (лишние, временно простаивающие и т.д.) для осуществления предпринимательской деятельности.

4. Привлечение в бюджетное учреждение дополнительных трудовых ресурсов

Бюджетное учреждение в целях развития предпринимательской деятельности заинтересовано в расширении как объемов традиционно оказываемых платных услуг, так и во введении новых видов платных услуг. Но трудно ожидать, что, например, в бюджетном учреждении одни и те же специалисты будут одинаково качественно выполнять весь спектр возможных процедур, манипуляций, операций и т.д. – всегда имеется определенная углубленная специализация, как подразделений, так и отдельных врачей. И если в экстренных ситуациях хирурги вынуждены выполнять любые необходимые операции, соответствующие техническим возможностям ЛПУ, независимо от того, насколько хороши навыки конкретных врачей в данной сфере, то при плановых, да к тому же платных операциях, специализация проявляется особенно наглядно. Приобретение же врачами новых навыков – процесс сложный, длительный и дорогостоящий. Поэтому во многих случаях более целесообразным является привлечение на определенных условиях врачей из других учреждений, в том числе и из частных. Так, в Центре амбулаторной хирургии одного из бюджетных учреждений Санкт-Петербурга при штатной численности в 3,5 ставки врачей специализированные операции выполняют до 30 привлекаемых специалистов из различных учреждений города.

Участие же специалистов частных клиник в работе бюджетных учреждений по совместительству дает возможность получить дополнительные потоки пациентов в свои частные клиники.

5. Уход от ограничений по возможностям и условиям предоставления платных услуг – замена платных услуг, оказываемых бюджетными ЛПУ, на оказание услуг частными организациями на базе этого же учреждения

Не секрет, что многие бюджетные учреждения сталкиваются со всевозможными (нередко необоснованными) ограничениями со стороны вышестоящих органов при организации оказания платных медицинских услуг населению за наличный расчет (при этом ограничения по поводу оказания платных услуг по безналичному расчету устанавливаются намного реже). Как правило, эти ограничения касаются следующих моментов:

- предоставления специального разрешения на оказание отдельных видов помощи на платной основе. Так, очень часто ограничения касаются оказания медицинской помощи детям;

- ограничения по распределению доходов, полученных от оказания платных услуг: по доле (%) доходов от предпринимательской деятельности, направляемых на оплату труда; по доле (%) дохода (или фонда оплаты труда), направляемого на оплату труда административно-управленческого персонала и т.д.;

- возможности самостоятельного установления цен и т.д.

Мы не будем сейчас рассматривать проблему правомерности подобных ограничений. Для нас важен сам факт, что такие ограничения имеют место. Одной из форм корректного выхода из подобных ситуаций является отказ медицинского

учреждения от оказания определенных видов медицинской помощи на платной основе с одновременным предоставлением такой возможности частной медицинской организации.

Фактически речь идет о том, что организацию оказания платных услуг берет на себя частная фирма. Она на определенных условиях использует помещения и оборудование бюджетного учреждения, привлекает сотрудников бюджетного учреждения. Соответственно из полученных доходов частная фирма должна возмещать стоимость используемых бюджетных ресурсов, выплачивать зарплату привлекаемым сотрудникам и нести другие расходы. Естественно, для бюджетного учреждения этот вариант представляет интерес, как правило, только в ситуации, когда ему достается и часть дохода, получаемого частной организацией.

Во многих отношениях такой вариант оказания платных услуг выгоднее для государства, чем традиционный механизм оказания платных услуг бюджетными учреждениями, в силу следующих обстоятельств:

- частные организации при оказании услуг на базе бюджетного ЛПУ платят арендную плату, возмещают амортизацию оборудования, коммунальные платежи. При оказании же платных услуг силами самого бюджетного медицинского учреждения возмещение используемых бюджетных ресурсов обеспечивается далеко не всегда;

- для бюджетного ЛПУ отсутствует риск убыточности предпринимательской деятельности;

- при осуществлении предпринимательской деятельности силами частной фирмы всегда меньше уровень теневой оплаты медицинских услуг (в силу более жесткого контроля, чему также способствуют меньшие размеры частной организации и т.д.);

- такие достоинства частных фирм, как более высокая гибкость, лучшая организация лечебного процесса, хозяйственной и других сторон деятельности учреждения и т.д., (что в итоге обеспечивает более высокую эффективность), могут стать наглядным примером и объектом для изучения и копирования со стороны бюджетного учреждения.

В целом же можно сделать вывод о том, что создание рационального организационного и экономического механизма участия частных медицинских организаций в решении задач общественного здравоохранения – проблема достаточно сложная. И в должной мере никто ею пока не занимался. Однако имеющийся, хотя и небольшой, опыт Москвы, Казани, Санкт-Петербурга и некоторых других регионов свидетельствует о возможности и необходимости усиления государственно-частного сотрудничества в сфере здравоохранения.

В заключение отметим, что и рассмотренные далеко не полно проблемы взаимодействия государственного и частного здравоохранения позволяют сделать следующие выводы:

1. Легальные взаимовыгодные формы сотрудничества бюджетных и частных медицинских организаций используются явно недостаточно.

2. Поддержка частного здравоохранения должна включать в себя такие аспекты, как:

- совершенствование законодательной базы;
- содействие развитию добровольного медицинского страхования;

- отказ от политики неявной дискриминации частных медицинских клиник;
- более гибкая ценовая политика, обеспечивающая при участии частных медицинских организаций в системе ОМС или реализации госзаказа возмещение обоснованных затрат;
- создание более четкого экономического механизма функционирования бюджетных учреждений, не допускающего использование демпинговых цен при оказании ими платных медицинских услуг.

Основы менеджмента для руководителей здравоохранения: принятие решений как составляющая управленческой функции // Главный врач. – 2017. – № 9. – С. 3-12.

Главный врач – это, прежде всего, руководитель организации, поэтому знание им современных методов и технологий управления является строго обязательным. Начинается серия публикаций со статьи, посвященной вопросам принятия управленческих решений.

Руководителем можно назвать человека только тогда, когда он принимает организационные решения или реализует их через других людей. Принятие решений – составная часть любой управленческой функции. Необходимость принятия решения пронизывает все, что делает руководитель медицинской организации или органа управления здравоохранением, формулируя цели и добиваясь их достижения. Поэтому понимание природы принятия решений чрезвычайно важно для всякого, кто хочет преуспеть в искусстве управления. Чтобы оказать вам помощь в этом, ниже мы рассмотрим типы решений, принимаемых руководителями, используемые способы, научные методы повышения эффективности этого процесса и основные факторы, которые необходимо учитывать при принятии управленческих решений.

Природа процесса принятия решений.

Ни один человек не может не познать на практике процесса принятия решений. Способность принимать решения – это умение, развиваемое с опытом. Каждый из нас в течение дня принимает сотни, а на протяжении жизни – тысячи и тысячи решений.

Решение - это выбор альтернативы.

К решениям относится как малозначащий выбор одежды для работы или меню второго завтрака, так и выбор места работы или спутника жизни. Хотя зачастую альтернатив множество – почти все каждодневные решения мы принимаем без систематичного продумывания. Что касается других решений, например, о том, в какое учебное заведение поступить, какую профессию выбрать или на какую работу устроится, то мы принимаем их обычно после долгих размышлений. Однако иногда в силу неосознаваемых психологических факторов мы уделяем непропорционально много внимания и времени незначительным решениям, и наоборот, действуем импульсивно при решении важных проблем.

В управлении организацией принятие решения более систематизированный процесс, чем в частной жизни. Руководитель выбирает направление действий не

только для себя, но и для всей организации и других работников. Главные врачи медицинских организаций и руководители органов управления здравоохранением принимают управленческие решения, связанные с охраной здоровья десятков тысяч людей, приобретением медицинского и иного оборудования на сотни миллионов рублей, организуют работу своих многочисленных трудовых коллективов, решают иные масштабные задачи.

Ответственность за принятие важных организационных решений – тяжелое моральное бремя, что особенно ярко проявляется на высших уровнях управления. Если руководитель решает уволить подчиненного, последний может сильно пострадать. Если плохого работника не остановить, может пострадать организация, что отрицательно скажется на результатах ее работы и всех сотрудниках. Поэтому руководитель, как правило, не может принимать непродуманных решений. Прежде чем понять, как руководитель может действовать более рационально и систематизировано, давайте подробнее познакомимся со всеобщностью принятия решения, его органической взаимосвязью с процессом управления и некоторыми характеристиками организационных решений.

Организационные решения.

Принятие решений – часть каждодневной работы главного врача. Принятие решений – это интегральная часть управления организацией любого рода. Более чем что-либо другое, компетентность в данной области отличает настоящего руководителя от не руководителя и, что еще важнее, – эффективно работающего руководителя от его неэффективно работающего коллеги.

Как определено выше, решение – это выбор альтернативы. Это, по сути дела, ответ ряд вопросов. В сегодняшнем сложном, быстро меняющемся мире организаций многие альтернативы находятся в распоряжении руководителей и, чтобы сформулировать цель перед группой людей и добиться ее достижения, необходимо дать ответы на многочисленные вопросы. Каждая управленческая функция связана с несколькими общими, жизненно важными решениями, требующими претворения в жизнь.

Организационное решение – это выбор, который должен сделать руководитель, чтобы выполнить обязанности, обусловленные занимаемой им должностью. Цель организационного решения – обеспечение движения к поставленным перед организацией задачам. Поэтому наиболее эффективным организационным решением явится выбор, который будет на самом деле реализован и внесет наибольший вклад в достижение конечной цели.

Организационные решения можно квалифицировать как запрограммированные и незапрограммированные.

Запрограммированное решение есть результат реализации определенной последовательности шагов или действий, подобных тем, что предпринимаются при решении математического уравнения. Как правило, число возможных альтернатив ограничено, и выбор должен быть сделан в пределах направлений, заданных организацией.

К примеру, руководство больницы при составлении графика работы медсестер и санитаров может исходить из формулы, требующей определенного соотношения между числом пациентов и обслуживающего персонала. Если правилами больницы предусмотрена одна медсестра на десять пациентов, то

решение принимается автоматически – на этаже с 50 пациентами нужно иметь 5 сестер.

Программирование можно считать важным вспомогательным средством в принятии эффективных организационных решений. Определив, каким должно быть решение, руководство снижает вероятность ошибки. Этим также экономится время, поскольку подчиненным не приходится разрабатывать новую правильную процедуру всякий раз, когда возникает соответствующая ситуация. Неудивительно, что руководство часто программирует решения под ситуации, повторяющиеся с определенной регулярностью.

Руководителю очень важно иметь уверенность в том, что процедура принятия решений на самом деле правильна и желательна. Очевидно, если запрограммированная процедура становится неверной и нежелательной, решения, принятые с ее помощью, будут неэффективными, а руководство утратит уважение своих работников и тех людей вне организации, на которых принимаемые решения сказываются. Более того, в высшей степени желательно сообщить об обоснованиях методологии принятия запрограммированных решений тем, кто этой методологией пользуется, нежели просто предложить ее для употребления. Неспособность ответить на вопросы, начинающиеся с «почему» в связи с процедурой принятия решений, зачастую порождает напряжение и обижает людей, которые должны применять эту процедуру.

Особенно трудно решать управленческие проблемы вновь назначенному руководителю со стороны. Только эффективный обмен информацией может повысить эффективность принятия решений. Необходимо собрать информацию о самых значимых и актуальных проблемах организации, узнать о моральном климате и взаимоотношениях между работниками, сложившихся традициях трудовых отношений в организации и т.д. В качестве отправной точки можно использовать информацию, полученную в ходе углубленных собеседований с руководителями структурных подразделений, функциональными руководителями, рядовыми работниками и информированными людьми вне организации, которые могут высказать свое мнение (возможно анонимно) относительно того, что, с их точки зрения, было правильным и неправильным в отношении управления и приоритетности задач.

При назначении главного врача очень желательна помощь вышестоящих органов управления, особенно на первых порах в период адаптации, когда новому руководителю необходимо быстро войти в курс дела.

Незапрограммированные решения. Решения этого типа требуются в ситуациях, которые в определенной мере новы, внутренне не структурированы или сопряжены с неизвестными факторами. Поскольку заранее невозможно составить конкретную последовательность необходимых шагов, руководитель должен разработать процедуру принятия решения. К числу незапрограммированных можно отнести решения следующего типа: как повысить качество и эффективность медицинских услуг, как усилить трудовую мотивацию подчиненных и т.д.

На практике немногие управленческие решения оказываются запрограммированными или незапрограммированными в чистом виде. Скорее всего, они суть крайние отображения некоторого спектра в случае и с повседневными, и с принципиальными решениями. Почти все решения

оказываются где-нибудь между крайними вариантами. Немногие запрограммированные решения настолько структурированы, что личная инициатива лица, принимающего их, практически целиком исключается (например, принятие решения о разработке и утверждении штатного расписания, основанного на действующих нормативно-правовых актах). И даже в ситуации самого сложного выбора методология принятия запрограммированных решений может быть полезна. При дальнейшем обсуждении рационального решения проблем мы фактически описываем процедуру принятия обоснованного, но в высшей мере незапрограммированного организационного решения.

Более того, на всем протяжении изучения процесса принятия организационных решений следует всегда помнить, что он так тесно связан с процессом управления в целом, что при условии реалистичности подхода их нельзя рассматривать отдельно. Как показано выше, все функции планирования, организации деятельности, мотивации и контроля требуют от руководителя принятия решений. Данную статью следует рассматривать как введение к широкому обсуждению процесса принятия организационных решений. Главная цель здесь – представить некоторые основы, которые дадут Вам возможность принимать такие решения с большей эффективностью. Важнейшим сущностным элементом указанной основы будут личные решения, как руководителей, так и людей, которыми они руководят.

Компромиссы. Важно отметить, что, как правило, большинство управленческих решений имеют определенные отрицательные последствия. Трудно учесть все интересы, ценности, цели и критерии множества заинтересованных лиц, особенно при ограниченных ресурсах. Каждое решение, затрагивающее всю организацию, будет, скорее всего, иметь негативные последствия для каких-то ее частей и членов ее трудового коллектива. Вот почему следует рассматривать организацию с позиций системного подхода и учитывать возможные последствия управленческого решения для всех частей организации.

Эффективно работающий руководитель понимает и принимает как факт то, что выбранная им альтернатива может иметь недостатки, возможно, значительные. Он принимает данное решение, поскольку, с учетом всех факторов, оно представляется наиболее желательным с точки зрения конечного эффекта. Концепция компромиссов – это тема, к которой мы будем возвращаться часто. В деле руководства организациями встречается очень мало ситуаций, настолько однозначных, что результатом наилучшего решения будет одно только благо.

Эффективно работающие руководители и люди, наиболее удачливые в повседневной жизни, – это индивиды, не позволяющие возможным недостаткам решений парализовать их волю. Это люди, понимающие, что непринятие решения, «флюгерная» тактика обычно в такой же мере неудовлетворительный или даже худший ход, чем принятие плохого решения. Тем не менее, встречаются ситуации, в которых с очевидностью отказ от выбора будет хорошим решением. Например, если дополнительная информация должна вскоре поступить, а время не является критическим фактором, может, будет лучше не принимать решение немедленно.

Это подводит нас к вопросу о том, как люди принимают решения, т.е. к мыслительному процессу, которым они пользуются, делая выбор из нескольких вариантов.

Подходы к принятию решений.

Рассматривая процессы принятия решений, следует учитывать два момента. Первый заключается в том, что принимать решения, как правило, сравнительно легко. Все, что при этом делает человек, сводится к выбору направления действий. Трудно принять хорошее решение. Второй момент состоит в том, что принятие решения - это психологический процесс. Все мы по опыту знаем, что человеческое поведение не всегда логично. Иногда нами движет логика, иногда – чувства. Поэтому неудивительно, что способы, используемые руководителем для принятия решений, варьируют от спонтанных до системно продуманных и высокологичных. Рациональный подход к принятию решений описан ниже, но здесь важно помнить, что руководитель находится под воздействием таких психологических факторов, как социальные установки, накопленный опыт и личностные ценности. Далее мы рассмотрим влияние некоторых поведенческих факторов на процесс принятия управленческих решений.

Хотя любое конкретное решение редко относится к какой-то одной категории, можно утверждать, что процесс принятия решений имеет интуитивный, основанный на суждениях или рациональный характер.

Интуитивные решения. Чисто интуитивное решение – это выбор, сделанный только на основе ощущения того, что он правилен. Лицо, принимающее решение, не занимается при этом сознательным взвешиванием «за» и «против» по каждой альтернативе и не нуждается даже в понимании ситуации. Просто человек делает выбор. То, что мы называем озарением или шестым чувством, и есть интуитивные решения. Интуиция – это нечто, механизм которой мы до сих пор не до конца понимаем. Однако за последние десятилетия здесь сделаны серьезные открытия, связанные с когнитивной психологией и поведенческой экономикой и о которых мы расскажем в следующих публикациях. Отдельная статья будет о психологии ошибок при принятии управленческих решений.

В сложной организационной ситуации возможно множество вариантов выбора, хотя деятельность бюджетных организаций гораздо более регламентируема, чем в сфере бизнеса, науки и т.д. Здесь четко обозначены цели, задачи, источники и порядок финансирования, существует четкое нормативно-правовое регулирование.

Решения, основанные на суждениях. Такие решения иногда кажутся интуитивными, поскольку логика их не очевидна. Решение, основанное на суждении, – это выбор, обусловленный знаниями или накопленным опытом. Человек использует знание о том, что случалось в сходных ситуациях ранее, чтобы спрогнозировать результат альтернативных вариантов выбора в существующей ситуации. Опираясь на здравый смысл, он выбирает альтернативу, которая принесла успех в прошлом.

Суждение как основа организационного решения полезно, поскольку многие ситуации в организациях имеют тенденцию к частому повторению. В этом случае ранее принятое решение может сработать снова не хуже, чем прежде (это основное достоинство запрограммированных решений). Мало того, на основе обратной связи мы можем вносить в него определенные улучшения.

Поскольку решение на основе суждения принимается в голове руководителя, оно обладает таким значительным достоинством, как быстрота и дешевизна его

принятия. Оно опирается на здравый смысл, но истинный здравый смысл встречается очень редко. Это тем более верно, когда приходится иметь дело с людьми, т.к. зачастую ситуация искажается потребностями людей и другими факторами. Вероятно, более важно, что одного лишь суждения будет недостаточно для принятия решения, когда ситуация уникальна или очень сложна. Многие руководители считают, что все их проблемы разрешимы с помощью здравого смысла. Однако то, что представляется простым, вполне может оказаться предельно сложным. Проблема может лишь казаться очевидной.

Суждение невозможно соотнести с ситуацией, которая в самом деле нова, поскольку у руководителя отсутствует опыт, на котором он мог бы основать логический выбор. Сюда следует отнести любую ситуацию, новую для организации, например, внедрение системы менеджмента качества медицинской помощи, новых медицинских технологий или новой системы трудовой мотивации. В сложной ситуации суждение может оказаться плохим, поскольку факторов, которые необходимо учесть, слишком много для человеческого разума, и он не в состоянии их все охватить и сопоставить.

Поскольку суждение всегда опирается на опыт, чрезмерная ориентация на последний смещает решения в направлениях, знакомых руководителям по их прежним действиям. Из-за такого смещения руководитель может упустить новую альтернативу, которая должна была бы стать более эффективной, чем знакомые варианты выбора. Многие руководители становятся рабами прямолинейного мышления. Очень часто мы слышим слова: «Мы всегда делали это именно так».

Адаптация к новому и сложному, очевидно, никогда не будет простым делом. Нельзя исключить опасность неудачи из-за принятия плохого решения. Однако во многих случаях руководитель в состоянии существенно повысить вероятность правильного выбора, подходя к решению рационально.

Рациональные решения. Главное различие между решениями рациональным и основанным на суждении заключается в том, что первое не зависит от прошлого опыта. Рациональное решение обосновывается с помощью объективного аналитического процесса типа описанного ниже.

Рациональное решение проблем.

Решение проблем, как и управление, – процесс, ибо речь идет о нескончаемой последовательности взаимосвязанных шагов. Руководитель заботится не столько о решении как таковом, сколько обо всем, связанным и проистекающим из него. Для решения проблемы требуется не единичное решение, а совокупность выборов. Поэтому, хотя процесс решения проблемы мы представляем как пятиэтапный (плюс внедрение и обратная связь), фактическое число этапов определяется самой проблемой

Этапы рационального решения проблем.

1. *Диагностика проблемы.* Первый шаг на пути решения проблемы – определение или диагноз, полный и правильный. Существуют два способа рассмотрения проблемы. Согласно одному, проблемой считается ситуация, когда поставленные цели не достигнуты. Другими словами, вы узнаете о проблеме потому, что не случается то, что должно было случиться. Поступая так, вы сглаживаете отклонения от нормы. Например, выросла заболеваемость внутрибольничными инфекциями (ВБИ). В ответ на это разрабатываются и

реализуются мероприятия по снижению ВБИ. Это будет реактивное управление, его необходимость очевидна. Однако слишком часто руководители рассматривают в качестве проблем только ситуации, в которых что-то должно произойти, но не произошло (например, не выполнен какой-либо план, не проведены необходимые мероприятия и т.д.) или произошло то, что не должно было произойти (вспышка ВБИ).

Как проблему можно рассматривать также потенциальную возможность. Например, поиск способов повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи, даже если дела идут хорошо, будет упреждающим управлением. В этом случае вы осознаете проблему, когда поймете – что-то можно сделать лучше, эффективнее, качественнее.

Полностью определить проблему зачастую трудно, поскольку все части организации взаимосвязаны. Например, работа лаборантов сказывается на действиях врачей в больнице. Если лаборатория делает ошибку, врач, скорее всего, усугубит ее, поскольку его решения опираются на данные лабораторного анализа. В крупной организации могут быть сотни таких взаимозависимостей. Поэтому, как принято говорить, правильно определить проблему – значит наполовину решить ее, но это трудно применимо к организационным решениям. В результате, диагноз проблемы сам по себе часто становится процедурой в несколько шагов с принятием промежуточных решений.

Первая фаза в диагностировании сложной проблемы – осознание и установление симптомов затруднений или имеющихся возможностей. Понятие «симптом» употребляется здесь во вполне медицинском смысле. Некоторые общие симптомы болезни медицинской организации – низкое качество медицинской помощи, низкая эффективность использования ресурсов (финансов, кадров, оборудования и т.д.), жалобы пациентов и других заинтересованных лиц, претензии со стороны вышестоящих органов управления здравоохранением, фондов ОМС, медицинских страховых организаций и т.д., конфликты в организации и большая текучесть кадров. Обычно несколько симптомов дополняют друг друга. Плохая организация лечебно-диагностического процесса, производственные конфликты и низкое качество медицинских услуг часто неразлучны.

Выявление симптомов помогает определить проблему в общем виде. Это способствует также сокращению числа факторов, которые следует учитывать применительно к управлению. Однако так же, как головная боль может служить симптомом переутомления или опухоли мозга, общий симптом типа низкого качества медицинской помощи обусловлен многими факторами. Поэтому, как правило, целесообразно избегать немедленного действия для устранения симптома, к чему склонны некоторые руководители. По аналогии с врачом, который берет анализ и изучает его, чтобы установить истинные причины болезни, руководитель должен глубоко проникнуть в суть для выявления причин неэффективности организации.

Для выявления причин возникновения проблемы необходимо собрать и проанализировать требующуюся внутреннюю и внешнюю (относительно организации) информацию. Например, основными источниками информации об

удовлетворенности потребителей медицинских услуг и других заинтересованных сторон являются:

- социологический опрос, как правило, в виде анкетирования;
- жалобы и предложения;
- непосредственное общение с потребителями и другими заинтересованными сторонами;
- результаты изучения удовлетворенности целевых групп;
- групповое обсуждение (фокус-группы);
- наблюдение за потребителями медицинских услуг (например, наблюдение за посетителями в очереди в регистратуру поликлиники может дать полезную информацию по устранению недостатков в организации ее работы);
- отчеты, претензии, результаты экспертиз и исследований заинтересованных сторон (фондов ОМС, страховых медицинских организаций, общественных организаций по защите прав пациентов, доверенных лиц и т.д.);
- сообщения в средствах массовой информации;
- изучение по литературным и иным источникам удовлетворенности потребителей в других медицинских организациях, регионах и целевых группах и сопоставление полученной информации с собственными результатами.

Следует учитывать, что увеличение количества информации не обязательно повышает качество решения. Руководители часто страдают от избытка не относящейся к делу информации. Поэтому в ходе наблюдений важно видеть различия между релевантной и неуместной информацией и уметь отделять одну от другой.

Релевантная информация – это данные, касающиеся только конкретной проблемы. Исходные данные необходимо «фильтровать», отбрасывая не относящиеся к делу и оставляя только релевантные сведения, которые и будут использованы в процессе принятия решения.

Поскольку релевантная информация – основа решения, естественно добиваться, по возможности, ее максимальной точности и соответствия проблеме. Организации может быть непросто получить исчерпывающую точную информацию по проблеме. Процессы коммуникации и психологические факторы всегда несколько искажают информацию. Факт существования проблемы может породить стрессы и беспокойство, значительно усиливающие искажения.

Если работники считают, например, что руководство склонно видеть причину неприятностей в них, они сознательно или бессознательно представят информацию, более благоприятно освещающую их позиции. Если руководитель не поощряет честность, работники могут просто сообщать то, что желает услышать их начальник. Полученная при этом информация в такой же мере полезна для принятия решения, как просьба пациента к врачу подправить показания электрокардиографа, потому что он не может позволить себе лечь в больницу на дальнейшее обследование и лечение. Это подчеркивает также необходимость поддержания хороших взаимоотношений в организации.

2. *Формулировка ограничений и критериев принятия решения.* Когда руководитель диагностирует проблему с целью принятия решения, он должен отдавать себе отчет в том, что именно можно с нею сделать. Многие возможные

решения проблем организации не будут реалистичными, поскольку либо у руководителя, либо у организации недостаточно ресурсов для реализации принятых решений. Кроме того, причиной проблемы могут быть находящиеся вне организации силы – такие, как нормативно-правовые акты, которые руководитель не властен изменить. Ограничения корректирующих действий сужают возможности в принятии решений. Перед тем как переходить к следующему этапу процесса, руководитель должен беспристрастно определить суть ограничений и только потом выявлять альтернативы. Если этого не сделать, как минимум, будет впустую потеряна масса времени. Еще хуже, если будет выбрано нереалистичное направление действий. Естественно, это усугубит, а не разрешит существующую проблему.

Ограничения варьируются и зависят от ситуации и конкретных руководителей. Некоторые общие ограничения – это недостаточность финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов.

В дополнение к идентификации ограничений руководителю необходимо определить критерии, по которым предстоит оценивать альтернативные варианты выбора. В здравоохранении пригодится клиничко-экономический анализ – методология сравнительной оценки качества двух и более методов профилактики, диагностики, лекарственного и нелекарственного лечения на основе комплексного взаимосвязанного учета результатов медицинского вмешательства и затрат на его выполнение. Методология клиничко-экономического анализа применима к любым медицинским вмешательствам лекарственным (фармакоэкономика) и нелекарственным способам лечения, методам диагностики, профилактики и реабилитации, – для определения экономической целесообразности их использования.

3. Определение альтернатив. Следующий этап – формулирование набора альтернативных решений проблемы. В идеале желательно выявить все возможные действия, которые могли бы устранить причины проблемы и, тем самым, дать возможность организации достичь своих целей. Тем не менее, на практике руководитель редко располагает достаточными знаниями или временем, чтобы сформулировать и оценить каждую альтернативу. Более того, рассмотрение очень большого числа альтернатив, даже если все они реалистичны, часто ведет к путанице. Поэтому руководитель, как правило, ограничивает число вариантов выбора для серьезного рассмотрения всего несколькими альтернативами, которые представляются наиболее желательными.

Вместо поиска наилучшего возможного решения, люди продолжают перебирать альтернативы только до тех пор, пока не выявится такая, которая удовлетворит определенному приемлемому минимальному стандарту. Руководители понимают, что поиск оптимального решения занимает чересчур много времени, дорого стоит или труден. Вместо него они выбирают решение, которое позволит снять проблему.

Следует, однако, позаботиться о том, чтобы был учтен достаточно широкий спектр возможных решений. Углубленный анализ трудных проблем необходим для разработки нескольких действительно различающихся альтернатив, включая возможность бездействия. Когда руководство не в состоянии оценить, что произойдет, если ничего не предпринимать, существует опасность не устоять перед

требованием немедленных действий. Действие ради самого действия повышает вероятность реагирования на внешний симптом проблемы, а не на ее главную причину.

Отобрав альтернативы, необходимо оценить их.

4. *Оценка альтернатив.* Следующий этап – оценка возможных альтернатив. При их выявлении необходима определенная предварительная оценка. Исследования, однако, показали, что как количество, так и качество альтернативных идей растет, когда начальная генерация идей (идентификация альтернатив) отделена от оценки окончательной идеи. Это означает, что только после составления вами списка всех идей, следует переходить к оценке каждой альтернативы. При оценке решений руководитель определяет достоинства и недостатки каждого из них и возможные общие последствия. Ясно, что любая альтернатива сопряжена с некоторыми отрицательными аспектами. Как упоминалось выше, почти все важные управленческие решения содержат компромисс.

Для сопоставления решений необходимо располагать стандартом, относительно которого можно измерить вероятные результаты реализации каждой возможной альтернативы. Подобные стандарты называют критериями принятия решений, устанавливаемыми на этапе 2.

Все решения следует выражать в определенных формах. Желательно, чтобы это была форма, в которой выражена цель. В бизнесе прибыль – неизменная потребность и высший приоритет, поэтому решения можно представить в денежном выражении и в виде оценки их воздействия на прибыль. В некоммерческой организации главной целью, как правило, является предоставление наилучших услуг при наименьших затратах. Поэтому денежное выражение можно использовать для сравнения последствий решений в сходных организациях.

Заметим, что при оценке возможных решений руководитель пытается спрогнозировать то, что произойдет в будущем. Будущее всегда неопределенно. Множество факторов, включая изменение внешнего окружения и невозможность реализации решения, может помешать воплощению намеченного. Поэтому важным моментом в оценке является определение вероятности осуществления каждого возможного решения в соответствии с намерениями. Если последствия какого-то решения благоприятны, но шанс его реализации невелик, оно может оказаться менее желательным вариантом выбора. Руководитель включает вероятность в оценку, принимая во внимание степень неопределенности или риска, о чем рассказано ниже.

5. *Выбор альтернативы.* Если проблема была правильно определена, а альтернативные решения тщательно взвешены и оценены, сделать выбор, то есть принять решение сравнительно просто. Руководитель просто выбирает альтернативу с наиболее благоприятными общими последствиями.

Однако если проблема сложна и приходится принимать во внимание множество компромиссов, или если информация и анализ субъективны, может случиться, что ни одна альтернатива не будет наилучшим выбором. В этом случае главная роль принадлежит хорошему суждению и опыту.

Хотя для менеджера идеально достижение оптимального решения, иногда это не реально. Часто руководитель склоняется к поведению, которое он называет «удовлетворяющим», а не «максимизирующим». Обычно оптимальное решение не обнаруживается из-за нехватки времени и невозможности учесть всю релевантную информацию и альтернативы. В силу этих ограничений руководитель, как правило, выбирает направление действия, которое, очевидно, является приемлемым, но не обязательно наилучшим из возможных.

Реализация. Реальная ценность решения становится очевидной только после его осуществления. Процесс решения проблемы не заканчивается выбором альтернативы. Простой выбор направления действий имеет малую ценность для организации. Для разрешения проблемы или извлечения выгоды из имеющейся возможности решение должно быть реализовано. Уровень эффективности осуществления решения повысится, если оно будет признано теми, кого оно затрагивает. Признание решения редко, однако бывает автоматическим, даже если оно явно хорошее.

Иногда руководитель может возложить принятие решения на тех, кто должен будет его исполнять. Чаще же он вынужден убеждать в правильности своей точки зрения других людей в организации, доказывать людям, что его выбор несет благо и организации, и каждому в отдельности. Некоторые руководители считают попытки убеждения напрасной тратой времени, однако, подход типа «прав я или не прав, но начальник я» сегодня, как правило, не срабатывает.

Как станет понятно при рассмотрении проблем мотивации и лидерства, шансы на эффективную реализацию значительно возрастают, когда причастные к этому люди внесли в решение свою лепту и искренне верят в то, что делают. Поэтому хороший способ завоевать признание решения состоит в привлечении других людей к процессу его принятия. Дело руководителя выбирать, кто должен решать. Тем не менее, бывают ситуации, когда руководитель вынужден принимать решение, не консультируясь с другими. Участие работников в принятии решений, подобно любому другому методу управления, будет эффективным далеко не в каждой ситуации.

Более того, твердая поддержка сама по себе еще не гарантирует надлежащего исполнения решения. Полное осуществление решений требует приведения в действие всего процесса управления, в особенности его организующей и мотивационной функций.

Обратная связь. Еще одной фазой, входящей в процесс принятия управленческого решения и начинающейся после того, как решение начало действовать, является установление обратной связи. Система отслеживания и контроля необходима для обеспечения согласования фактических результатов с теми, что ожидалось в период принятия решения. На этой фазе происходит измерение и оценка последствий решения или сопоставление фактических результатов с теми, которые руководитель надеялся получить. Обратная связь – т.е. поступление данных о том, что происходило до и после реализации решения – позволяет руководителю скорректировать его, пока организации еще не нанесено значительного ущерба. Оценка решения руководством выполняется, прежде всего, с помощью функции контроля.

Меньшикова, Л. Телемедицинские технологии: выгода и риски // Здравоохранение. – 2017. – № 9. – С. 96-102.

С помощью телемедицинских технологий медорганизации могут не только обеспечить качество и доступность медицинской помощи, но и сократить затраты на обучение врачей и сэкономить фонд оплаты труда. Однако есть ограничения, о которых следует знать главврачу. Подробности в статье.

Качество и доступность медицинской помощи.

Можно дать районным больницам полноценное финансирование, оснастить новейшим оборудованием, но обеспечить каждую специалистами мирового уровня нереально. Решить проблему помогает телемедицина.

Развитию телемедицинских технологий в Архангельской области способствовал пилотный проект по оплате телеконсультаций из средств ОМС. Оплату получают заказчики консультации и исполнители медуслуги. Проект разработал региональный Минздрав совместно с ТФОМС. Согласовали Минздрав России и ФФОМС.

Региональная телемедицинская сеть объединяет консультативно-диагностический центр телемедицины на базе Областной клинической больницы, детский телемедицинский центр в Областной детской клинической больнице им. П. Г. Выжлецова и 23 телемедицинские студии в медорганизациях региона, в т. ч. 20 – в центральных городских и районных больницах, 5 – во врачебных амбулаториях. Работают дистанционные консультативные кабинеты в Региональном сосудистом центре на базе Первой городской клинической больницы им. Е. Е. Волосевич и Областном онкологическом диспансере.

В 2016 году врачи провели 5180 консультаций. Телемедицинскую консультацию могут получить медорганизации всех районов Архангельской области и Ненецкого автономного округа. Врачи оказывают консультативную помощь по 33 специальностям.

Например, Областной акушерский консультативно-диагностический центр организовал дистанционный мониторинг беременности у женщин с высоким риском акушерской и перинатальной патологии. Специалисты центра совместно с врачами медорганизаций 1-го и 2-го уровня курируют беременных, планово и экстренно консультируют специалистов учреждений родовспоможения. Система дистанционного слежения позволяет управлять акушерской ситуацией, особенно в удаленных районах области.

А в Областной клинической больнице врачи ведут телеконсультации с помощью дистанционной передачи данных по суточному мониторингованию сердечного ритма и артериального давления. Для этого Минздрав области приобрел для государственных медорганизаций, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь, 20 систем холтеровского мониторингования и 32 электрокардиографа с программным обеспечением дистанционной передачи данных.

Обучение с применением телемедицины.

Система аккредитации медработников сделала актуальными телемедицинские образовательные технологии. Такие лекции, семинары, мастер - классы помогают врачам повышать квалификацию без отрыва от места работы.

Преподаватели Северного государственного медицинского университета вместе с практикующими врачами проводят лечебно-диагностические консультации, образовательные, научные и просветительские мероприятия. Медуниверситет создает обучающий центр телемедицины, интегрированный в региональную телемедицинскую сеть.

Выпускники медвузов в первые годы работы нуждаются в профессиональной поддержке. Телемедицинские технологии позволяют обратиться за помощью, чтобы проконсультироваться со специалистами высокого уровня, получить новейшую медицинскую информацию.

Экономическая выгода.

Образовательные телемедицинские технологии уменьшают затраты медорганизаций на подготовку специалистов в 10 раз. Нет расходов на проезд к месту учебы и обратно, проживание, командировочные выплаты и сохранение среднего заработка.

Телемедицинские технологии позволяют сэкономить фонд оплаты труда. Так, Центральная районная больница решила ввести дополнительную должность врача функциональной диагностики, т. к. вырос объем исследований. Однако закрыть вакансию не получилось. Тогда медорганизация закупила медоборудование с функциями дистанционной передачи ЭКГ, холтеровского мониторирования, велоэргометрии. Телемедицинская студия в больнице уже была. Главврач заключил договор с центром телемедицины Областной клинической больницы о передаче и расшифровке данных.

Год работы показал, что содержание врача функциональной диагностики обошлось бы в 2 раза дороже, чем удаленное сотрудничество с центром телемедицины. В таком же режиме больница наладила взаимодействие с областными противотуберкулезным и онкологическим диспансерами.

Телемедицинская консультация иногда может заменить санитарную авиацию, затраты на которую в сотни раз выше.

Беременная пациентка поступила в Каргопольскую центральную районную больницу - медорганизацию 1-го уровня. Диагноз «Беременность III, 36 недель. Преэклампсия средней степени. Анемия. Миопия». Больница провела телемедицинскую консультацию с областным акушерским консультативно-диагностическим центром (АКДЦ) и получила рекомендации по интенсивной терапии. При повторной консультации, с результатами обследования женщины и плода, врачи согласовали перевод пациентки в межрайонный центр родовспоможения – Няндомскую центральную районную больницу. По рекомендациям АКДЦ врачи межрайонного центра провели коррекцию терапии, подготовили шейку матки к досрочному родоразрешению. АКДЦ вел мониторинг состояния женщины и плода каждые 6 часов. Роды прошли успешно. Благодаря телемедицине удалось избежать расходов на санитарную авиацию и сохранить качество помощи.

Пробелы в нормативной базе.

Развивать телемедицину мешает несовершенство российской и региональной правовой базы, включая лицензирование телемедицинских услуг.

Телемедицинские консультации не входят в номенклатуру медуслуг, поэтому не оплачиваются в рамках ОМС.

Телемедицинских услуг нет в порядках и стандартах медпомощи. Не сформулированы требования к типовым региональным телемедицинским системам, телемедицинскому центру и кабинету. Нет стандартов передачи и обмена телемедицинскими данными.

Каналы связи не могут обеспечить качество передачи данных. В отдаленных районах нет высокоскоростных цифровых каналов.

Сегодня нормативная база телемедицины состоит из отдельных ссылок и указаний на применение телемедицинских технологий. Так, Минздрав России:

- рекомендовал закрепить статус и механизм проведения телемедицинских консультаций и организации консилиумов, в т. ч. с использованием мобильных устройств (п. 9.2. приказа Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364 «Об утверждении Концепции создания ЕГИС в здравоохранении»);

- включил телемедицинский центр в структуру центра медицинской реабилитации (приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»);

- предусмотрел комплект оборудования для телемедицинских сеансов и скайп-связи в стандарте оснащения кардиологического диспансера (приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «О порядке оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями»).

Росстат в форме № 30 «Сведения о медицинской организации» предусмотрел регистрацию числа дистанционных ЭКГ-исследований; заочных консультаций, оказанных отделением экстренной и плановой консультационной помощи по телефону, по электронной почте, по видео-конференц-связи; в оснащении медорганизации – число комплектов видео-конференц-связи, систем мобильных телемедицинских консультаций (постановление Росстата от 30.06.2014 № 459).

Чтобы легитимизировать телемедицину, законодатель должен внести поправки в федеральные законы о деятельности системы здравоохранения. Проблему может решить новый федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационно-телекоммуникационных технологий и введения электронных форм документов в сфере здравоохранения», который вступает в силу 1 января 2018 года.

Документ узаконит медпомощь с применением телемедицинских технологий и дистанционный мониторинг здоровья пациента. Важно, что использование телеконсультаций не ограничивает пациентов в праве получать помощь очно. Это позволит включить телемедицинские услуги в программу госгарантий и ускорит развитие телемедицинских технологий.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Инина, Ю. Заманчивое биостекло. Оно может совершить революцию в хирургии // Медицинская газета. – 2017. – 25 августа (№ 63). – С. 15.

Британские хирурги выяснили, что так называемое биостекло не только крепче, чем человеческая кость, но и может гнуться, пружинить и даже бороться с инфекцией. А это многое значит для медицины!

В 2002 г. Иэну Томпсону, специалисту по лицевой костной реконструкции Королевского колледжа Лондона, позвонил отчаявшийся пациент, с которым несколько лет назад произошел несчастный случай – попав в автомобильную аварию, он получил травму лица. Была сломана хрупкая кость, удерживающая глаз в глазнице.

«Без этой тоненькой – не больше 1 мм. толщиной – косточки ваш глаз уходит вглубь черепа, словно хочет там спрятаться, – объяснил ему Томпсон. В результате зрение становится хуже – теряется фокус и способность правильно распознавать цвета».

Пациенту было около 30, он работал в авиации, в том числе в его обязанности входило менять электропроводку в самолетах, но после травмы он уже не мог отличить синий проводок от красного.

В течение 3 лет хирурги пытались помочь ему восстановить нормальное положение глазного яблока – сначала они применяли искусственные имплантаты, потом сконструировали замену из собственного ребра пострадавшего. Но обе попытки оказались неудачными – в каждом из этих случаев спустя несколько месяцев развивалась инфекция, что сопровождалось сильными болями. У врачей иссякли идеи.

Томпсон, разобравшись в ситуации, предложил соорудить первый в мире имплантат из стекла, который бы удерживал глаз пациента в глазнице в нормальном положении. Идея использовать для этого стекло, материал хрупкий и ломкий, поначалу выглядела нелепой. Но это было необычное стекло!

«Если поместить в человеческое тело кусочек обыкновенного оконного стекла, то оно быстро обрастет рубцовой тканью и через некоторое время будет вытеснено», – отмечает Джулиан Джонс, эксперт по биоактивному стеклу из Королевского колледжа Лондона. «А когда вы помещаете в тело биостекло, оно начинает рассасываться, выделяя ионы, которые «разговаривают» с иммунной системой и говорят клеткам, что делать. Таким образом, тело не воспринимает биостекло как нечто чужеродное, и оно срастается с костями и мягкими тканями, стимулируя образование костного материала».

Эффект антибиотика.

Томпсону удалось достичь требуемого результата довольно быстро. Почти сразу к его пациенту вернулись нормальное зрение и способность распознавать цвета. Спустя 15 лет его глаз был в полном порядке.

Томпсон тем временем продолжил работать с биостеклом в качестве имплантата и оказал эффективную помощь более 100 пациентам, пострадавшим в авариях.

«На самом деле биостекло работает даже лучше, чем собственный костный материал, – говорит он. – Как мы обнаружили, это из-за того, что оно по мере того,

как растворяется, постепенно выделяет ионы натрия, уничтожая бактерии. Таким образом – совершенно случайно – оказалось, что биостекло имеет умеренный эффект антибиотика».

Вот так «шпаклевка»!

Биостекло в 1969 г. изобрел американский ученый Ларри Хенч. Однажды в автобусе он разговорился с офицером, недавно вернувшимся с вьетнамской войны, который сказал Хенчу, что хотя современные медицинские технологии помогают спасти жизни на поле боя, они не могут спасти конечности раненых. Та беседа оставила такое сильное впечатление у ученого, что он решил бросить работу в области межконтинентальных баллистических ракет и попытаться создать биоматериалы, которые бы не отторгались человеческим организмом.

Свои исследования Хенч продолжил в Лондоне, поэтому именно в Британии были впервые применены некоторые из самых революционных инноваций с новым материалом – биостеклом – в самых разных областях, от ортопедической хирургии до стоматологии.

На протяжении последних 10 лет хирурги применяли биостекло в виде порошка (который выглядит как шпаклевка) для устранения дефектов костей в случаях небольших трещин. С 2010 г. эта самая «шпаклевка» из биостекла стала главным компонентом и в некоторых зубных пастах, что стало самым глобальным случаем применения биоактивного материала вообще.

Когда человек чистит зубы этой пастой, биостекло растворяется и выделяет ионы фосфата кальция, которые связываются с минералами зубной ткани. Постепенно, мало-помалу они начинают стимулировать восстановление зубной ткани.

Однако, как считают многие ученые, нынешнее применение биостекла – это лишь самая верхушка айсберга. В настоящее время разрабатываются новые продукты для клинического применения, которые в итоге должны произвести революцию в костно-суставной хирургии.

Например, изобретено «пружинистое биостекло». С помощью небольших изменений в химической формуле этому биостеклу придали способность пружинить. Оно не хрупкое, а очень гибкое. Имплантат из такого материала можно вставить в ногу в месте серьезного перелома, и он будет выдерживать вес пациента, позволяя тому ходить без костылей и без необходимости в дополнительных металлических пластинах или других имплантатах.

В то же самое время «пружинистое биостекло» будет стимулировать восстановление костной ткани, постепенно, естественным образом проникая в тело пациента. «Когда стоит задача регенерации значительных участков кости, например в случае серьезного перелома, очень важно, чтобы ваша нога испытывала нагрузку от веса, – подчеркивает Джонс. – Важно и то, чтобы биоимплантат в ноге мог передавать своего рода сигнал костным клеткам о весе вашего тела. Наш организм создает костный материал, исходя из собственных потребностей, – клетки понимают механические особенности тела».

Дальнейшие изменения в химическом составе биостекла ведут к получению новых его форм – более мягких, на ощупь похожих на резину. Такое биостекло, как надеются ученые, поможет в самом сложном разделе ортопедической хирургии – восстановлении хрящевой ткани.

Сейчас хирурги пытаются восстанавливать поврежденную ткань хряща в бедрах больных артритом или в поврежденных коленных суставах с помощью непростой процедуры, называемой «микрофрактурирование». Этот хирургический метод стимулирования роста ткани дает только временный результат, что подтверждают многие спортсмены.

Джонс предлагает свое решение проблемы – такую форму биостекла, имплантат из которого можно будет распечатать на 3D-принтере и затем поместить в любое отверстие в хряще. Чтобы клетки организма не отторгли имплантат, материал должен обладать всеми естественными свойствами хряща. Для проверки Джонс использует коленные суставы мертвых тел, пожертвованные для его исследований.

Вам новую коленку?

Применение биостекла может быть решением проблемы восстановления поврежденных коленных суставов.

«Мы имитируем механику ходьбы, сгибание – в общем, все то, что делает колено человека, – чтобы убедиться в том, что биостекло ведет себя как часть хряща, – рассказывает он. – И если это будет работать, то мы продолжим тесты на животных, а затем перейдем к клиническим испытаниям».

Такое биостекло может найти применение и в случаях, когда люди страдают от болей, связанных с грыжей позвоночных дисков. «До настоящего времени никто не сумел воспроизвести механические свойства человеческого хряща, применяя синтетические материалы, – отмечает Джонс. – Но мы считаем, что биостеклу это по силам. Нам просто надо доказать, что это возможно. Если все пойдет хорошо, и мы успешно пройдем все необходимые испытания по безопасности, то через 10 лет этот материал поступит в распоряжение врачей».

Что ж, даже если сейчас искусственно созданные материалы, которые могут срастаться с тканями человеческого тела, выглядят немного фантастично, похоже, это один из наиболее вероятных элементов медицины будущего.

В конце концов, уже сейчас миллионы людей чистят зубы пастой с таким материалом. И это только начало.

Кузьмин, О. Онкологический анализ крови // Медицинская газета. – 2017. – 15 сентября (№ 69). – С. 13.

Ученые из Великобритании создали и протестировали новый анализ крови для выявления злокачественных образований яичников, значительно превосходящий по эффективности всех своих предшественников.

Британская компания проверила новый тест в исследовании, в котором приняли участие 400 пациенток. Оказалось, что новый тест на онкологические заболевания яичников способен определить наличие опухолевых клеток в циркулирующей крови больных в 95 % случаев. Показатель ложноположительных результатов нового теста почти в два раза ниже, чем у доступных сейчас систем.

Разработчики теста отмечают, что он отличается пониженной травматичностью: пациенткам при выявлении образования в полости малого таза достаточно будет просто сдать анализ крови для определения злокачественного характера новообразования.

Исследования в области ранней диагностики онкологических заболеваний по анализу крови ведутся уже давно, и пока результаты не были ошеломляющими. Многочисленные эксперименты и исследования показали, что по анализу крови достаточно легко можно дифференцировать некоторые онкологические заболевания, уточнить их природу и локализацию, но о раннем выявлении заболевания, когда отсутствуют какие-либо другие его признаки, речи пока не шло.

В мае 2017 г. ученые из британского Эксетерского университета уже объявили о том, что открыт способ диагностики раковых заболеваний по составу крови. «Наше открытие в области тромбоцитоза указывает на явную связь с раком, особенно у мужчин – намного более сильную, чем между уплотнениями в груди и раком молочной железы у женщин», – говорит один из участников исследования Вилли Гамильтон. По его словам, изучение тромбоцитов поможет спасти сотни жизней ежегодно. Исследование Гамильтона показало, что наиболее выраженная связь проявляется между тромбоцитозом, раком легких и раком толстой кишки. Более того, треть протестированных больных не имела никаких других симптомов, кроме тромбоцитоза.

Исследование доктора Вилли Гамильтона продолжило работу ученых из Швеции, которые еще в 2015 г. объявили о том, что по одной капле крови можно определить наличие онкологического заболевания с точностью 96 %. В этом исследовании речь шла об онкологических заболеваниях легких, молочной и поджелудочной желез, головного мозга, печени, толстой и прямой кишки. Правда, в исследовании принимали участие пациенты с уже диагностированными заболеваниями, то есть и в нем речь не шла о ранней диагностике.

В 2015 г. датские ученые объявили, что ими открыта методика обнаружения рака груди по анализу крови за 5 лет до начала его развития. Исследователи заявили, что точность их метода составляет не менее 80 %, в то время как информативность маммографии не превышает 75 %, причем уже после обнаружения заболевания. К сожалению, это исследование также все еще не вошло в свою завершающую фазу.

В онкологии широко известно такое понятие, как онкомаркеры. Под ними обычно понимают продукты измененного метаболизма трансформированных клеток. Они могут быть определены либо при помощи цитологических методов исследования (это так называемые клеточные онкомаркеры), либо с использованием биохимических методов анализа сыворотки крови или других биологических жидкостей. Некоторые из них характерны только для одной опухоли (т.е. обладают опухолевой специфичностью), другие встречаются при различных опухолях.

У пациентов существует устойчивая вера в то, что опухолевые клетки выделяют определенные вещества, которые циркулируют в крови с момента зарождения новообразования, и достаточно периодически сдавать анализ крови на онкомаркеры, чтобы удостовериться, что рака нет. Существует множество материалов в интернете на эту тему, которые содержат, к сожалению, абсолютно ложные утверждения о том, что, проверяя кровь на онкомаркеры, возможно обнаружить заболевание на ранней стадии.

На самом деле использование онкомаркеров для достоверного выявления рака эффективно далеко не всегда и вызывает массу вопросов у ученых. Кроме

того, даже значения онкомаркеров не всегда коррелируют с уже диагностированным заболеванием.

Онкомаркеры в настоящее время в основном используются для мониторинга течения заболевания и оценки эффективности лекарственной терапии опухолевых заболеваний. В том случае, если изначально при установлении диагноза у пациента было обнаружено повышение онкомаркера, в дальнейшем с его помощью можно отслеживать, как проходит лечение.

Многочисленные исследования, которые ученые во всех странах мира проводят для того, чтобы найти метод ранней диагностики онкологии, пока не приносят результатов: то и дело мы видим заявления о том, что разработан новый метод ранней диагностики онкологического заболевания того или иного органа, но все они находятся на той или иной стадии разработки и испытаний, и до сих пор ни одно из них не было объявлено методикой, готовой найти широкое применение. Так что действительно ранняя диагностика все еще остается открытым вопросом.

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)956-48-10 – заведующий библиотекой
-  (846) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел
-  (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей

✉ sonmb@medlan.samara.ru

✉ sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>