

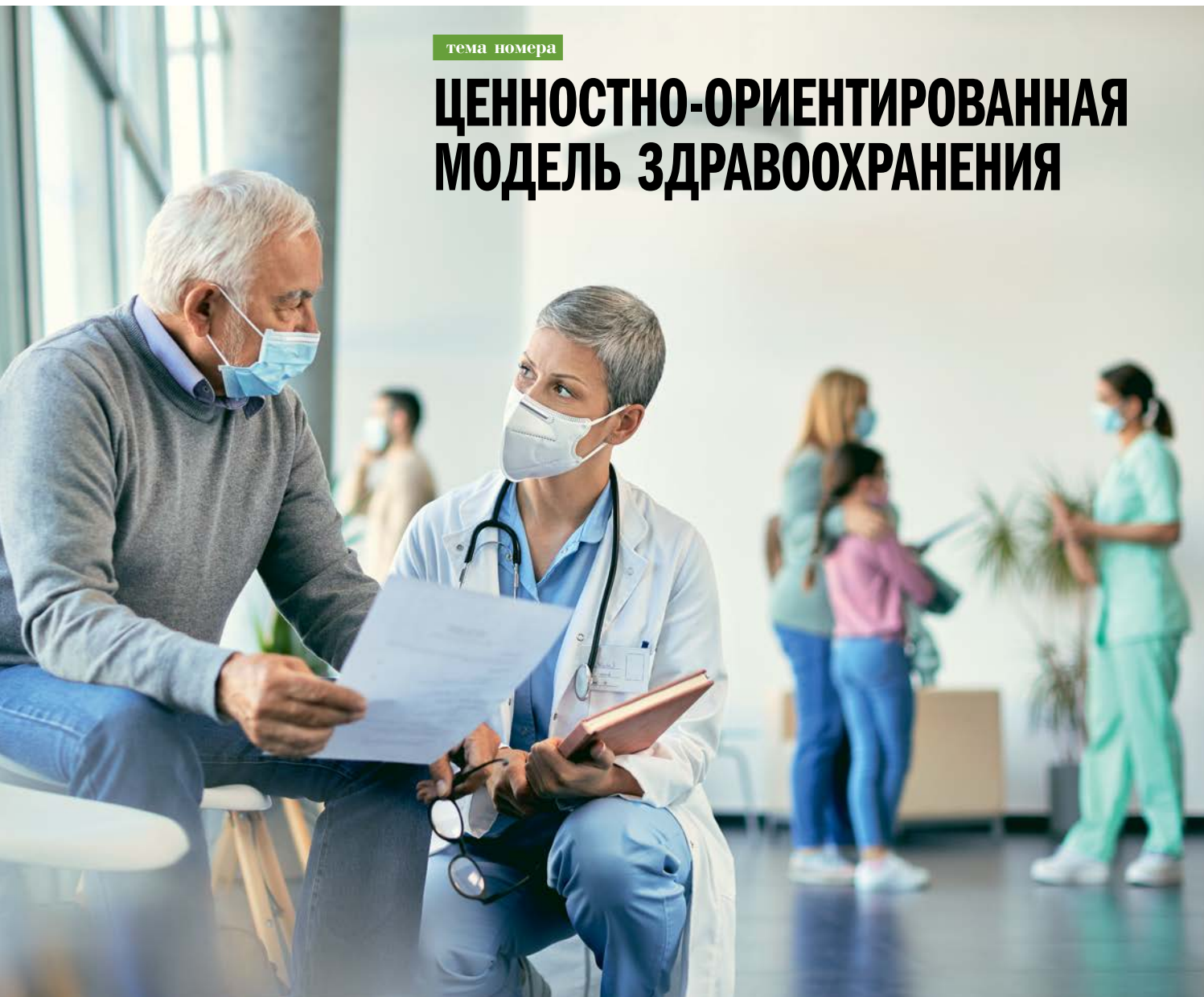
НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

№ 5 (51)
2022

тема номера

ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Стратегия

Ценностно-ориентированное
здравоохранение: новая парадигма
развития

стр. 4

Опыт

Ценностно-ориентированное
здравоохранение: московская
практика

стр. 24

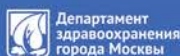
Технологии и проекты

Психологический комфорт персонала
как элемент ценностно-ориентирован-
ного здравоохранения

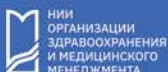
стр. 72



**НАУЧНАЯ
ЛАБОРАТОРИЯ**
МОСКОВСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА



Департамент
здравоохранения
города Москвы



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



ДИРЕКЦИЯ
по координации деятельности
медицинских организаций ДЗМ

Каждый врач может реализовать свой научный потенциал:

- совмещать практическую работу с научной деятельностью;
- проводить исследования;
- публиковать статьи;
- выступать на конференциях;
- стать признанным экспертом в своей области.

Проект инициирован Департаментом здравоохранения города Москвы и направлен на развитие исследовательских компетенций специалистов первичного звена здравоохранения с целью увеличения числа научных публикаций и профильных конференций.



Подробнее о возможностях участия – на сайте проекта



Алексей Хрипун,

руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы

Московское здравоохранение всегда было ориентировано на человека — пациента и врача. В столице созданы привлекательные условия труда для медиков и здоровьесберегающая среда для наших пациентов. Ежедневно десяткам тысяч москвичей оказывается помощь в поликлиниках и больницах Москвы. Потребность в медицинских услугах с каждым годом растет. Для Правительства Москвы сохранение здоровья граждан является одной из приоритетных задач, и для ее достижения используются новейшие прогрессивные методики — как медицинские, так и управленческие.

Здравоохранение в Москве ориентировано на результат для человека. Ценностно-ориентированная модель здравоохранения — это прогрессивная модель оказания медицинской помощи, которая предполагает оплату за достигнутый результат лечения и учитывает не только клинические показатели эффективности, но и результаты, важные для пациента. Здравоохранение должно быть эффективным и с клинической точки зрения, и с точки зрения затрат. Важно развивать такую систему, при которой здоровье пациента будет восприниматься как ценность, а оказание помощи будет основываться на потенциальной пользе для выздоровления и стоимости достижения результатов лечения.

Переход на ценностно-ориентированное здравоохранение требует консолидации усилий всех структур отрасли. Но только совершенствуясь, мы сможем добиться наилучших результатов и повышения клинической эффективности. Москва, как неизменный лидер, будет определять вектор перехода к ценностно-ориентированной модели, которая в ближайшей перспективе, без сомнения, станет трендом развития российского здравоохранения.

Содержание

- 1** Вступительное слово руководителя
Департамента здравоохранения города Москвы
Алексея Хрипуна

Стратегия

- 4** Ценностно-ориентированное здравоохранение:
новая парадигма развития
Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина
- 12** Ценностно-ориентированное здравоохранение
в контексте развития экономики
Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина

Опыт

- 24** Ценностно-ориентированное здравоохранение:
московская практика
Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина
- 34** Ценностно-ориентированное здравоохранение:
мировой опыт
- 50** Профилактика и раннее выявление
заболеваний как инструмент ценностно-
ориентированного здравоохранения
Е. И. Аксенова



Фото: mos.ru



Фото: mos.ru



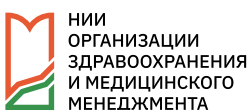
Фото: mos.ru

Технологии и проекты

- 64** Помощник врача — ключевой ресурс
программы проактивного диспансерного
наблюдения
Е. И. Аксенова
- 72** Психологический комфорт персонала
как элемент ценностно-ориентированного
здравоохранения
А. Б. Гехт
- 76** Телемедицина в детской психиатрии в ракурсе
ценностно-ориентированных технологий
О. З. Хайретдинов
- 84** Качество жизни как синоним здоровья
Л. С. Краснова, М. Э. Холвня-Волоскова
- 91** Регистры пациентов как инструмент
лекарственной безопасности
М. В. Журавлева, Е. В. Кузнецова,
Т. Р. Каменева, Е. Д. Ларюшкина



Фото на обложке: Shutterstock



Редакция журнала «Московская медицина»:
115088, г. Москва,
Шарикоподшипниковская ул., д. 9
niiozmm@zdrav.mos.ru
Представителем авторов публикаций в журнале «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя).
Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Журнал представлен в РИНЦ (Российский индекс научного цитирования)

Учредитель:
Департамент здравоохранения города Москвы

Издатель:
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций 28 апреля 2014 года.
Регистрационный номер ПИ № ФС 77-57984

Выпуск № 5 (51) 2022 г. журнала «Московская медицина» отпечатан 30 ноября 2022 года

Отпечатано ООО «Агентство Миг Диджитал», зак. 5117-2022
Тираж 10 000 экз.
Печать произведена при содействии полиграфического комплекса АО «Красная Звезда»
Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670



9 772587 867000

Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета Печатников Леонид Михайлович

Редакционный совет

Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

Загребнева Алена Игоревна, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

Зайратьянец Олег Вадимович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

Князев Олег Владимирович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

Курынин Роман Викторович, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

Мазус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы

Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

Османов Исмаил Магомедтагирович, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

Урванова Ирина Анатольевна, директор МГФОМС

Фомин Виктор Викторович, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы

Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург и эндоскопист Департамента здравоохранения города Москвы

Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Елена Ивановна Аксенова**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**


Редакторы: **Алина Дмитриевна Хараз,**


Наталья Николаевна Верзилина

Корректор: **Ирина Давидовна Баринская**

Дизайнер: **Ирина Львовна Тарнавская**

ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: новая парадигма развития

 Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина

 ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»





Хотя развитие науки и общества привело к значительному улучшению в области обеспечения здоровья, идеальный уровень здравоохранения возможен только при неограниченном финансовом ресурсе, что труднодостижимо. Модель обеспечения, основанная на ценности, предполагает оказание медицинской помощи высокого качества при адекватных затратах. В современных условиях ценностно-ориентированное здравоохранение выходит на первый план и становится важным фактором устойчивого развития медицины и здоровьесберегающих технологий во всем мире.

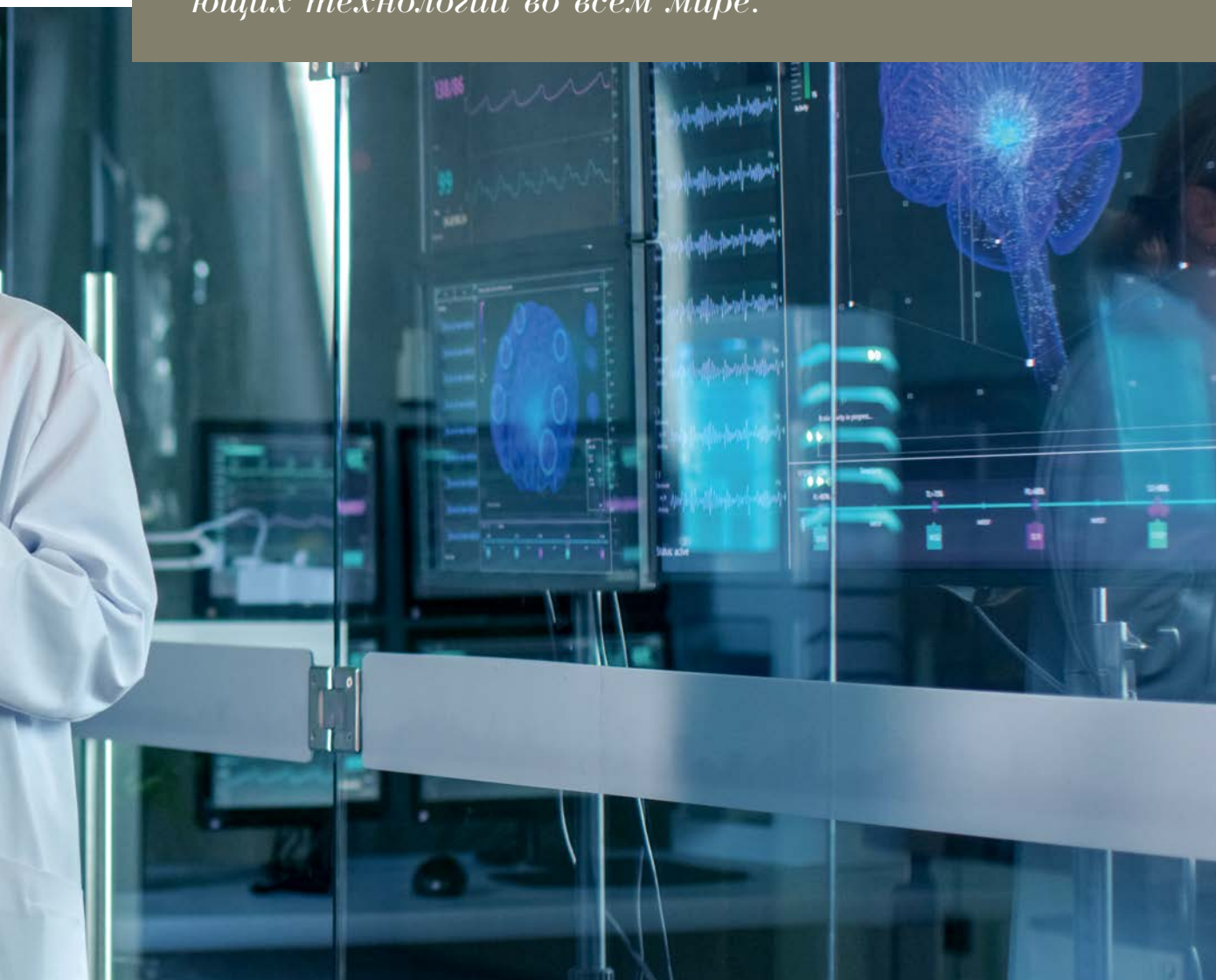


Фото: Shutterstock

Отличие ценностно-ориентированной системы от традиционной модели здравоохранения

Ни одна мировая система здравоохранения на текущий момент не является успешной по всем критериям, несмотря на наличие корреляции между благосостоянием страны, уровнем развития технологий и готовностью оказывать качественные медицинские услуги.

Здоровье населения — важный фактор будущего, который во многом зависит от деятельности системы здравоохранения. Но здравоохранение подвергается социальным и экономическим изменениям, в том числе негативного характера. Всемирная организация здравоохранения выделяет несколько основных проблем здравоохранения в мире: старение населения, высокий уровень заболеваемости сахарным диабетом, онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, недоверие к вакцинам, устойчивость к антимикробным препаратам.

Основой классических систем управления в здравоохранении является распределение финансов в соответствии с количеством выполненных процедур, все медицинские действия осуществляются согласно протоколам. Важность использования того или иного вида лечения оценивается экспертами страховых компаний или государственными службами. В этой системе номинальный объем специализированной помощи стоит выше, чем качество оказания услуг. Переход к ценностно-ориентированному здравоохранению подразумевает иную оценку результатов медицинской помощи и изменяет подход к ее оплате (рис. 1). Ценностно-ориентированное здравоохранение оптимизирует процесс финансирования и способствует реализации государственных программ развития здравоохранения.

Характеристики ценностно-ориентированного здравоохранения:

- соблюдение интересов и прав пациента,
- развитая ИТ-система,
- контроль времени и процесса лечения,
- правильные результаты лечения,
- контроль затрат,
- возможность анализа,

- протоколы лечения с учетом конкретного пациента.

Несмотря на наличие корреляции между благосостоянием страны, уровнем развития технологий и готовностью оказывать качественные эффективные медицинские услуги, ни одна мировая система здравоохранения на текущий момент не является успешной по всем критериям опроса. Эксперты пришли к выводу, что передовой опыт разных стран позволит разными путями приблизиться к ценностно-ориентированному здравоохранению, а катализатором на этом пути должны стать цифровые технологии.

Правительства ряда стран, например Австралии и Великобритании, поощряют механизмы инвестиций, в рамках которых оплата осуществляется только после достижения социального эффекта (создания ценности), для чего используются «социальные облигации». В Великобритании инвесторы, способные продемонстрировать решения и продукты, ориентированные на результат, могут рассчитывать на возмещение затрат от государства, что снижает риски для плательщиков и создает стимулы к разработке инноваций.

Для пациентов ценностно-ориентированная система также представляется полезнее, чем традиционная модель. Меры, направленные на предупреждение заболеваний, своевременный мониторинг состояния здоровья, комплексный подход в лечении увеличивают объемы трудоспособности населения. Данная модель позволяет уменьшить расходы системы здравоохранения и улучшить качество жизни пациентов. Основная цель ценностно-ориентированного здравоохранения — не минимизировать затраты, а максимизировать ценность, определяемую как соотношение затрачиваемых средств и полученного

ДЛЯ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВАЖЕН ВСЬ КОМПЛЕКС ПАРАМЕТРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ, КОТОРЫЙ ВКЛЮЧАЕТ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, И ВАЖНЫЕ ДЛЯ КОНКРЕТНОГО ПАЦИЕНТА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ



Традиционная модель	Ценностно-ориентированная модель
 <p>Планирование, контроль и оплата процессов и объемов медицинской помощи</p>	 <p>Контроль конечного результата</p>
 <p>Контроль показателей, не всегда важных для пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> • Количество посещений • Объем выполненных процедур • Количество койко-мест • ... 	 <p>Контроль стандартных исходов, важных для пациентов</p> <ul style="list-style-type: none"> • Быстрый и точный диагноз • Возможность полного излечения • Побочные эффекты • Пятилетняя выживаемость • Качество жизни (QALY, VASU) • Самостоятельность • Беспокойство/депрессия • Время, требуемое для возврата к работе • Профилактика
 <p>Мониторинг затрат и исходов на популяционном уровне</p>	 <p>Мониторинг затрат и исходов на индивидуальном уровне</p>
 <p>Выгоды</p> <p>Эффективность (меньшие затраты для системы здравоохранения за одинаковые результаты)</p> <p>Безопасность</p>	 <p>Выгоды</p> <p>Эффективность (лучшие результаты для пациента при оптимальных расходах при снижении времени лечения)</p> <p>Безопасность</p>

Рисунок 1 | Традиционная и ценностно-ориентированная модели здравоохранения в сравнении

результата. В рамках ценностно-ориентированного подхода к здравоохранению могут внедряться такие практики, как:

- предоставление «второго мнения» и поддержка принятия информированного решения пациентом;
- диагностика и профилактика состояний, предшествующих заболеванию;
- использование информационных технологий для накопления данных о пациенте и дальнейшего контроля за состоянием здоровья;
- использование телемедицины как вспомогательного инструмента поддержки состояния здоровья пациента;

- измерение удовлетворенности и анализ потребностей пациентов.

Ценностно-ориентированный подход вносит новые особенности взаимодействия медицинских организаций со всеми остальными участниками процесса финансирования и осуществления медицинских манипуляций, в том числе с поставщиками и производителями. Так, при закупке медицинских изделий и лекарственных препаратов заключаются соглашения о «разделении рисков» (англ. — risk-sharing agreements), в соответствии с которыми оплата лечения с положительной динамикой осуществляется как «оплата за результат». Такой подход делает лекарства доступными

в условиях ограниченного бюджета и создает рациональный режим расходования денежных средств. Также ценностно-ориентированный

подход применяется в зарубежных странах для ценообразования на препараты и изделия.

Здоровье как ценность

Новый ценностно-ориентированный подход направлен на снижение стоимости обслуживания, сопутствующих расходов и повышение эффективности медицинской помощи.

Ценностно-ориентированная модель была предложена преподавателем Гарвардской школы бизнеса Майклом Портером. В ней делается упор на ценности клиентов, их требования к учреждениям и системам здравоохранения, а управление медицинскими учреждениями ведется на основе результатов. «Забота, основанная на ценности» — лозунг, предложенный Портером. Подразумевается, что организация системы здравоохранения будет компенсировать поставщику медицинской помощи расходы на комплексное выздоровление (ремиссию, улучшение состояния здоровья) пациента, а не на список стандартизированных процедур.

Система, основанная на ценности, решительно укрепляет связь между возмещением расходов, ценой на услуги и достигнутыми целями. По словам Портера, ценностно-ориентированная система здравоохранения строится на следующих принципах:

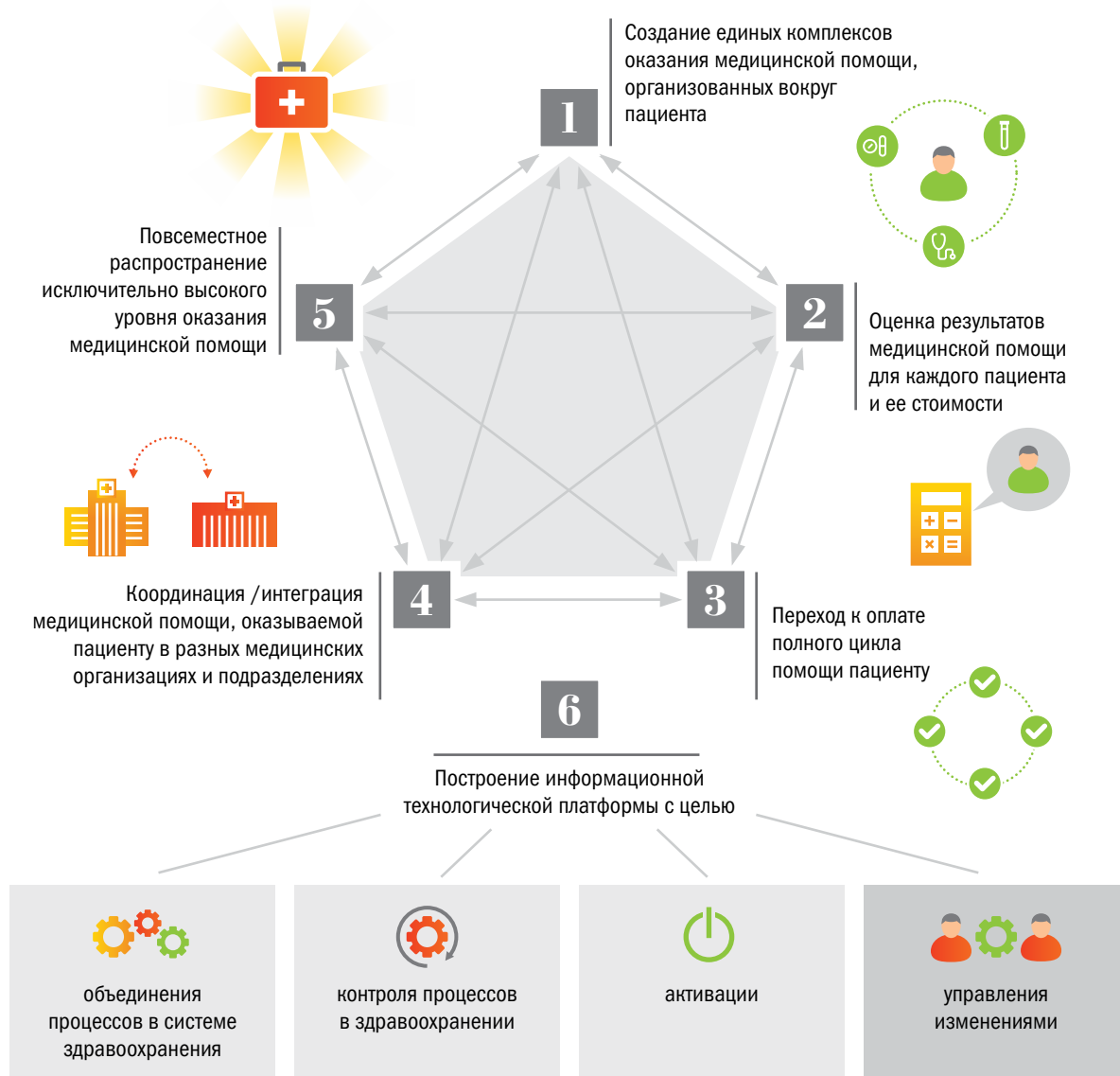
- 1) организация интегрированных практических подразделений, реализующих весь процесс излечения пациента;
- 2) установление перечня затрат и результатов для пациента;
- 3) переход к комплексным платежам, куда входит период профилактики, лечения и реабилитации после болезни;
- 4) интеграция оказания медицинской помощи в отдельных учреждениях с учетом протоколов и назначений врача;
- 5) географическое расширение охвата поставщиков медицинских услуг;
- 6) информационные технологии здравоохранения, упрощение работы с медицинской документацией.

Формат ценностно-ориентированного подхода вводится в процесс оказания и оплаты медицинской помощи во многих странах. Выбор собственной модели из многообразия мировых подходов ценностно-ориентированного здравоохранения в России будет сделан тогда, когда между пациентом и врачом будут выстроены доверительные, комфортные и времясберегающие отношения. Это зависит в том числе и от уровня медицинской грамотности населения. С введением ценностного подхода население должно понять, что значит само по себе здоровье.

При успешной реализации проектов ценностно-ориентированной системы здравоохранения и переходе к новой эре здравоохранения, вероятно, будет необходимо новое определение здоровья: целостное состояние физического, психического, эмоционального и социального благополучия, поддерживаемое интегрированной и высокотехнологичной системой медицинской помощи, включающей профилактику заболеваний и лечение нежелательных состояний, осложнений и особенностей организма пациента. Это новое определение декларирует однозначный и обязательный к исполнению стандарт, который должен применяться для медицинских услуг. Ожидания от системы, основанной на ценностях, значительно больше, чем просто достижение положительных результатов. Эти ожидания также отражают необходимость в достижимом и гибком определении здоровья, аналогичном тому, которое предполагает пациент.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ОСНОВАННОЕ НА ЦЕННОСТИ, ПОДРАЗУМЕВАЕТ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОНТРОЛЕ СТОИМОСТИ УСЛУГ

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



$$\text{ЦЕННОСТЬ} = \frac{\text{значимый для пациента результат}}{\text{стоимость достижения этого результата}}$$

Источник: <https://www.vintura.com/value-based-healthcare/michael-porter/> ©Vintura

Базовые принципы ценностно-ориентированной системы

Система, основанная на ценности, предназначена для обеспечения высокого качества медицинской помощи при минимальных затратах. Во всем мире расходы на лечение растут с каждым годом, и, как следствие, государственные и частные плательщики ищут способы их уменьшить. Реализация принципов ценностного подхода в здравоохранении позволяет улучшить медико-экономическую эффективность — повысить качество медицинской помощи с учетом контроля размера оплаты.

Внедрение рассматриваемой концепции имеет свои особенности. Одной из проблем является накопление знаний о заболевании и надлежащая их обработка. Инструментом для решения этой задачи является составление регистров. Еще один инструмент — переход от процессного подхода к результат-ориентированному, практика разделения риска. Частный сектор здравоохранения быстрее перенимает этот опыт по сравнению с госсектором. В государственных клиниках эта модель применяется в виде лекарственного снабжения медицинских учреждений на определенных условиях. Не все области здравоохранения могут работать при таком подходе — рынок фармакологических препаратов, на который давит государство, усиливает социальную нагрузку на бизнес. Тем не менее модель «промышленность будет оплачиваться по результатам» в скором времени вполне возможна.


Не менее важным инструментом ценностно-ориентированного здравоохранения является мотивирование населения на внимательное отношение к своему здоровью. Основой ценностного подхода в здравоохранении служит здоровьесберегающая модель поведения. Забюрократизированные традиционные подходы к лечению сменяются системой, увеличивающей доступность медицинской помощи. Переход на ценностно-ориентированное управление содействует не только эффективности, но и повышению доверия к системе здравоохранения со стороны населения, чему служат такие меры, как контроль

затрат и результатов, разработка мультидисциплинарных стандартов лечения, интеграция регистров, принятие научно обоснованных управленческих решений и т. д.

Допускается измерять и оценивать изменения в состоянии здоровья пациента по результатам медицинских вмешательств с учетом следующих параметров:

1. Параметры и результаты, которые пациенты считают важными, причем пациенты должны быть сами вовлечены в оценку своего здоровья.
2. Контроль процесса и итогов профилактики и лечения для повышения качества оказываемой медпомощи.
3. Создание конкурентной среды между государственными и частными лечебно-профилактическими учреждениями для распределения нагрузки и выбора лечения.

Анализ итогов лечения подразумевает оценку здоровья, процесс восстановления и устойчивость поддержания достигнутого уровня здоровья. Результаты определяются отдельно для каждого заболевания, профилактики или группы пациентов. В начале построения системы можно ориентироваться на то, чтобы каждый блок раскрывал суть одного показателя. В дальнейшем можно усложнять систему и переходить к оценке большего числа параметров. Улучшение результата, достигнутого на одном из уровней, повышает эффективность реализации усилий в здравоохранении в целом. Ценностно-ориентированное здравоохранение позволяет реализовать ключевую цель клиницистов — излечение пациентов при минимальных затратах. Этому способствует концентрация врачей именно на исходах, а не на техническом выполнении стандартов и финансовых нормативов.

Ценностно-ориентированное здравоохранение, основанное на достижении результатов лечения при сохранении адекватной финансовой составляющей, даст возможность осуществить модернизацию системы здравоохранения и ориентироваться на потребности пациентов. 

Ценностно-ориентированная модель подразумевает концентрацию на результатах, а не на техническом выполнении стандартов и финансовых нормативов.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



Наука

НИИОЗММ ДЗМ – активный участник научного обоснования реформ, проводимых в московском здравоохранении

КОМПЕТЕНЦИИ

- Экспертная деятельность при проведении и планировании реформ в московском здравоохранении.
- Исследовательская работа в области управления здравоохранением и состоянием общественного здоровья.
- Прогнозирование изменений состояния здоровья и социально-демографических показателей среди москвичей.
- Проведение фармакоэкономических расчетов при запуске новых проектов.
- Разработка систем принятия клинических решений.
- Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения.
- Совершенствование базовых технологий оказания медицинской помощи с использованием телемедицины.
- Разработка стратегии экспорта медицинских услуг в Москве.
- Научно-методическая и прогнозная оценка ресурсов в системе здравоохранения и влияния их достаточности на эффективность деятельности медицинских организаций.

56 ИНДЕКС ХИРША
ПО ПУБЛИКАЦИЯМ В РИНЦ

БОЛЕЕ 400 НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ
АВТОРСТВА СОТРУДНИКОВ НИИОЗММ
ДЗМ ВЫХОДЯТ ЕЖЕГОДНО

20 НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ПРОВОДЯТСЯ ЗА ГОД



СОДЕРЖАНИЕ И ПЛАН НАШЕЙ РАБОТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ МАКСИМАЛЬНО НАПОЛНЕННЫ ПРАКТИЧЕСКИМ СМЫСЛОМ И ПРИВЯЗАНЫ К ПРОЦЕССАМ, ПРОИСХОДЯЩИМ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Елена АКСЕНОВА, доктор экономических наук, директор НИИОЗММ ДЗМ

ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: В КОНТЕКСТЕ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ

Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Для сохранения здоровья должны приниматься меры на национальном и международном уровнях. Тем не менее не все страны могут достичь целевых показателей, связанных со здоровьем, ввиду социально-экономических условий. Внедрение ценностно-ориентированного подхода позволяет оптимизировать расходы на медицинские услуги без снижения их качества. В обзоре рассмотрены предпосылки к переходу на ценностно-ориентированное здравоохранение и целесообразность трансформации экономических и управленческих решений в отрасли.



Фото: Shutterstock

Всемирный банк: проекты трансформации глобального здравоохранения

Всемирный банк (ВБ), организованный в 1944 году, изначально создавался с целью содействия странам в их развитии. С 1960-х годов он начал кредитовать проекты в области демографии, став тем самым крупным элементом финансирования здравоохранения. Деятельность ВБ стала основой для создания программ в области охраны здоровья. Банком были установлены приоритеты в сфере здравоохранения и проведена мобилизация ресурсов. Как банк развития, основными механизмами которого являются государственные займы и гранты, ВБ осуществляет деятельность в глобальном ландшафте здравоохранения. В 1979 году ВБ стал крупнейшим финансовым инвестором в здравоохранение для развивающихся стран.

Политика ВБ в области здравоохранения выстраивается с учетом национальных особенностей каждой страны и базируется на трех моментах: управление отраслью, финансирование, формирование знаний о политике здравоохранения. С помощью поддержки целевых фондов здравоохранения ВБ смог использовать частный капитал для развития глобального здравоохранения в 1990–2000-х годах. Он выступил в роли финансового попечителя растущих партнерских отношений со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и иными организациями здравоохранения, например Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Важным моментом является роль ВБ в изменении с 1980-х годов характера управления здравоохранением на наднациональном, национальном и субнациональном уровнях. В своей работе ВБ существенно отличается от иных организаций, для которых важность членства зависит от количества вложенных средств. Контактными лицами ВБ на уровне государств являются министры финансов, что дает поддержку для реализации политических рекомендаций. ВБ работает над стабилизацией финансирования здравоохранения и применяет тактику снижения риска прямых инвестиций.

Возникает вопрос, сможет ли ВБ оказать денежную помощь для здравоохранения в нужном объеме. Здесь нужно учесть общую работу ВБ с министерствами финансов. Также имеют значение способы, которыми ВБ контролирует как вертикальное, так и горизонтальное управление — через основные механизмы

МАР (Международной ассоциации развития) и МБРР (Международного банка реконструкции и развития), инвестиции IFC (Международной финансовой корпорации, входит в ВБ) и снижение рисков MIGA (Многостороннего агентства по инвестиционным гарантиям, входит в ВБ) для инвестиций.

Рассматривать ВБ в качестве глобально-го партнера в области здравоохранения необходимо, используя три методологических подхода.

- Первый подход подразумевает сетевые связи ВБ с министрами здравоохранения. Для этого необходимо проводить анализ в странах, получающих банковское финансирование.

- Второй подход предусматривает связь инвестиционных планов ВБ с целями стран, получающих эти инвестиции. Так, могут учитываться приоритеты здравоохранения, указанные в пятилетних планах действий ВБ для конкретных стран, анализироваться политика в области здравоохранения.
- Третий подход заключается в изучении вертикальных вмешательств ВБ в обособленные структуры здравоохранения. Можно отметить, как прогрессировал механизм инвестирования в мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИДом и почему не было разработано подобного механизма, например, для вмешательства в области психического здоровья.

Формирование механизмов финансирования здравоохранения

Политика ВБ в области здравоохранения подразумевает установление приоритетов с помощью показателей, основанных на эффективности. Решения об инвестировании принимаются с учетом особенностей здравоохранения в той или иной стране.

Доля инвестиций в здравоохранение и образование в портфеле ВБ выросла с 2 % в 2007 году до 8 % в 2015 году, также отмечен контроль диагностических сетей, медицинских страховщиков, информационных технологий и медицинского образования. Финансирование программ в области здравоохранения составило примерно 17,5 млрд долл. с 1985-го по 2000 год и 60,9 млрд долл. с 2000-го по 2015 год. Тематическое распределение финансирования со временем значительно изменилось. Если с 1985-го по 2000 год наибольшая часть инвестиций (44 %) была направлена на охрану репродуктивного здоровья, здоровья матери и ребенка, то в 2000–2015 годах средства направлялись на бюджетную поддержку.

В реализации программ здравоохранения участвуют и иные организации. Это могут быть региональные и глобальные целевые фонды для деятельности в области здравоохранения. Отчет IEG (Independent Evaluation Group) дал количественную оценку поддержки

сектора здравоохранения целевыми фондами IFC и МБРР/МАР, которые к 2016 году поддерживали примерно 29 % всех проектов в области здравоохранения. Эти средства обычно используются для поддержки национальных или глобальных общественных благ, часто в сотрудничестве со специализированными учреждениями Организации Объединенных Наций (ООН), ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Кроме того, ВБ оказывает экономическое влияние на работу здравоохранения посредством проектов, которые относятся к смежным отраслям. Проекты в области здравоохранения могут служить средством налаживания отношений с ВБ и расширения процесса кредитования.

Финансирование, ориентированное на конкретные результаты, применялось ВБ для улучшения производительности и повышения эффективности предоставления услуг в небогатых странах. Целевой фонд инноваций в области здравоохранения, созданный

ПО ДАННЫМ ВСЕМИРНОГО БАНКА, ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРВЫЕ ПЯТНАДЦАТЬ ЛЕТ XXI ВЕКА ВОЗРОСЛО ПРИМЕРНО В ТРИ С ПОЛОВИНОЙ РАЗА ПО СРАВНЕНИЮ С ПОСЛЕДНИМ ПЯТНАДЦАТИЛЕТИЕМ XX ВЕКА

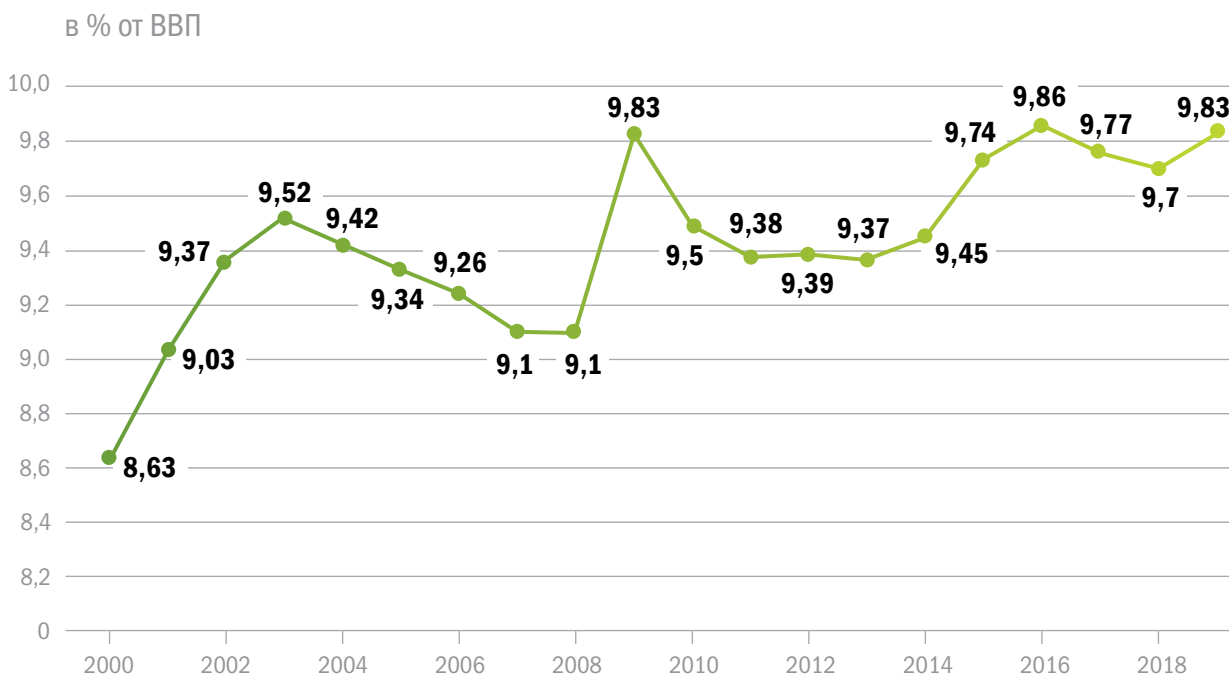


Рисунок 1 | Мировые расходы на здравоохранение. Источник: Всемирный банк data.worldbank.org

в 2007 году и закрытый для сбора средств в 2017 году, был разработан для создания и обмена фактической базой финансирования в секторе здравоохранения и представляет собой новую модель ВБ по объединению грантов с кредитованием MAP.

ВБ разработаны методологии, позволяющие выявлять проблемы в здравоохранении и решать их. Проекты ВБ направлены на то, чтобы осуществлять потребности любого государства в области здравоохранения.

Экспертные платформы и глобальные исследования

Глобальный форум по исследованиям в области здравоохранения (далее — Глобальный форум, GFHR) был создан в 1997 году с целью увеличения объема исследований по глобальным проблемам здравоохранения. Его возникновению предшествовало создание в 1987 году Комиссии по исследованиям в области здравоохранения, которая выявила, что только часть от общей суммы в 30 млрд долл., потраченных во всем мире на исследования в области здравоохранения в 1986

году, была использована для решения существующих проблем со здоровьем, в том числе в развивающихся странах. (В этих странах отмечается 93 % предотвратимой смертности.) Этот факт Глобальным форумом был зафиксирован как «разрыв 10/90», то есть всего десятая часть выделенных на исследования денег направляется на решение конкретных проблем. GFHR должен был изменить ситуацию.

Глобальный форум работает в тесном сотрудничестве с ВБ и ООН и является партнером

Всемирный банк принял обязательство помочь странам обеспечить всеобщий охват населения медицинскими услугами к 2030 году.

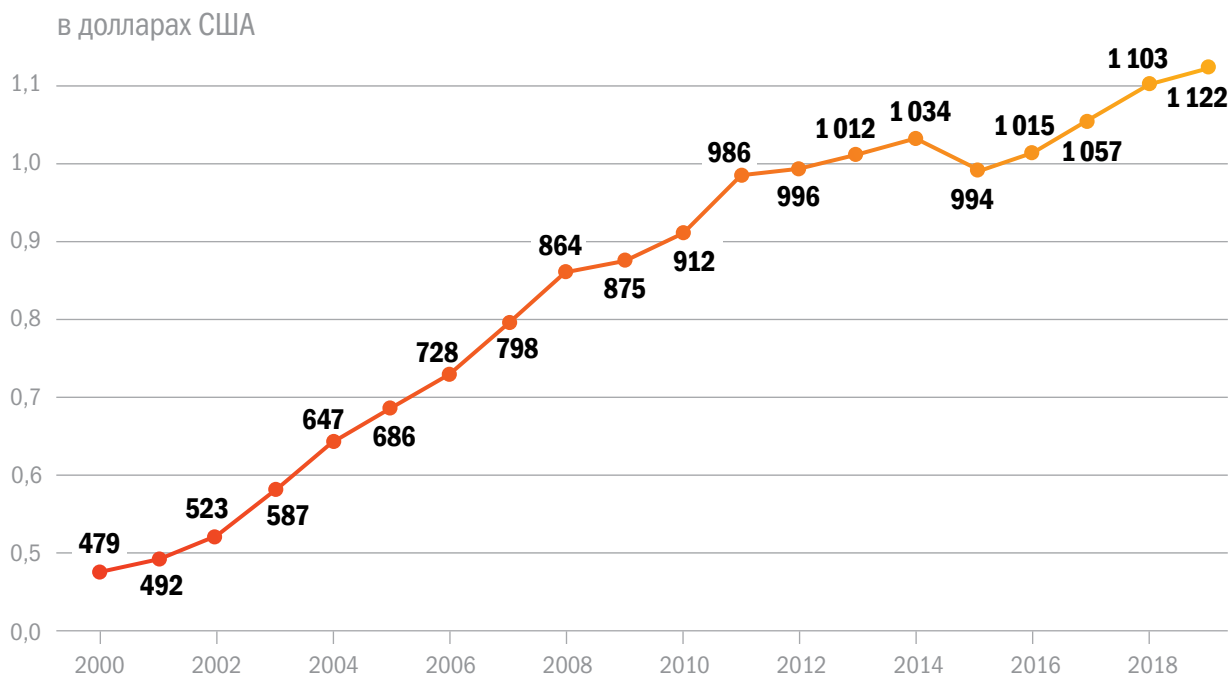


Рисунок 2 | Мировые расходы на здравоохранение на душу населения. Источник: Всемирный банк data.worldbank.org

Ценностно-ориентированные подходы обеспечивают повышение эффективности и развитие здравоохранения.

Всемирной организации здравоохранения. Страны-доноры материально обеспечивают исследования, а также расставляют приоритеты в области здравоохранения с учетом экономического анализа. Первый этап усилий ВОЗ по развитию глобальных исследований затронул период с 1997 по 2000 год. Происходил внутренний анализ внутри организации, выбирались эффективные исследования и средства их достижения.

В докладе ВОЗ о мировом здравоохранении за 1999 год была установлена приоритетная роль организации в биомедицинских исследованиях и собраны последовательные данные о состоянии здоровья населения во всем мире. Отчет Исполнительного комитета ВОЗ в 1999 году перечислил четыре сферы деятельности: изучение программ в сфере здравоохранения, контроль работы экспертных сообществ, управление филиалами ВОЗ и усиление роли организации в области исследований. Было необходимо выявить роль

и значение научных исследований, что увеличило бы потенциал здравоохранения. Структуры ВОЗ начали играть стратегическую роль в решении ранее неконтролируемых вопросов. ВОЗ сотрудничала с GFHR в различных направлениях. Это сотрудничество вылилось в создание Глобального форума по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Был расширен объем инвестиций в исследования.

В 2004 году на саммите министров в Мексике, организованном ВОЗ, обсуждался доклад «За улучшение знаний в области здравоохранения». В итоговом заявлении указывался приоритет правительств в создании и продвижении национальных систем исследований в области здравоохранения, а также необходимости начала оформления глобальных сетей с помощью усиления сотрудничества между государствами. В 2008 году на Международной конференции по исследованиям в области здравоохранения в Бамако



рассматривался вопрос установления равенства в области здравоохранения: бедные государства не имели возможностей в проведении исследований. Глобальный форум в Бамако требовал развития систем здравоохранения, оплаты государствами-донорами исследований, усиления научной инфраструктуры и потенциала, расширения медицинского обучения, использования полученных данных в области здравоохранения. Бамакский призыв носил рекомендательный характер, но был принят к исполнению многими странами. Это также повысило роль ВОЗ в области глобальных исследований. В 2010 году

ВОЗ приняла резолюцию, одобряющую новую стратегию в области исследований в интересах здравоохранения.

Было выявлено дублирование работы Глобального форума по исследованиям в области здравоохранения иными компаниями, что спровоцировало изменение работы и структуры GFHR. Было решено, что акцент на «разрыве 10/90» больше не актуален, тем не менее приоритетность глобальных исследований сохраняется. Достижение эффективной координации глобальных исследований в области здравоохранения остается сложной и проблематичной задачей.

Оценка технологий здравоохранения

Сектор здравоохранения является одной из самых больших частей мировой экономики. В 2017 году мир потратил 7,8 трлн долл. США на здравоохранение, что составляет почти 10 % мирового валового внутреннего продукта (ВВП), причем расходы на здравоохранение росли в среднем на 6 % быстрее, чем ВВП (рис. 1, 2).

Несмотря на активное финансирование, развитие систем здравоохранения замедлилось. Согласно отчету Всемирной организации здравоохранения за 2019 год, охват услугами достиг своего пика в 2006 году и с тех пор снижается, несмотря на увеличение расходов на здравоохранение. Здесь необходимо достижение грамотных пропорций и соотношения цены и качества через реализацию приоритетов для поддержки принятия решений в отношении услуг в области медицины, которые рассчитываются с помощью применения методов экономической оценки. Однако этого мало для того, чтобы предполагаемая ценность была видна на уровне предоставления услуг.

Многие бедные страны столкнулись с политическими, институциональными

и техническими проблемами, которые не позволяют развиваться здравоохранению. Появляются новые разработки, которые требуют реализации и принятия новых пакетов медицинских пособий и механизмов закупок.

Достижение связи цены и качества контролируется экономическими методами для измерения прироста здоровья при должных расходах. Концепция «соотношение цены и качества» является центральной в области здравоохранения и рассматривается как метод достижения необходимого уровня здоровья с учетом уровня расходов. Основой принятия решений на уровне государств является анализ экономической эффективности, что помогает странам гарантировать, что они получают наилучшее соотношение цены и качества от расходуемых ресурсов.

Резолюция WHA67.23 Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 2014 года) призвала ВОЗ разработать глобальное руководство по методам и процессам оценки технологий здравоохранения (ОТЗ) и оказать техническую поддержку странам для внедрения процессов ОТЗ при принятии решений. Первоначальный анализ проводится в целях

Здравоохранение — одна из самых затратных областей, и расходы на медицину с каждым годом увеличиваются.

ПРИ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОГО ЭФФЕКТА ВЛОЖЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

принятия решений для определения политики в сфере здравоохранения. Ее составляющими являются бремя заболеваний, экономическая эффективность, влияние на бюджет, потребности в ресурсах, учет критериев качества. Эти факторы также лежат в основе многих процессов ОТЗ, что определяет объем льгот.

В каждой стране устанавливается четкий объем мероприятий в области здравоохранения с учетом имеющихся ресурсов. Люди могут получать услуги медицинского характера в соответствии с социальными предпочтениями, без дополнительных трат. Особенно актуальным считается процесс закупок. Закупки — это основная подфункция финансирования здравоохранения, когда средства разделяются между поставщиками медицинских услуг. Если государства планируют развитие сферы медицинских услуг, то стоит отдать предпочтение стратегическим закупкам, которые предполагают консенсус между объемами финансирования и правами человека на медицинскую помощь.

С помощью стратегических закупок сокращается объем медицинских расходов,

что важно для правильного распределения ресурсов и увеличения прозрачности в работе поставщиков и покупателей. Стратегические закупки содержат в себе следующие элементы:

1. Установление льгот в области здравоохранения.
2. Выбор поставщиков.
3. Выбор способов оплаты и соответствующих ставок платежей в рамках заключенных договоров.

Механизмы управления важны для процесса закупок и согласования различных областей закупок. Процедура закупок сложна и фрагментирована, если в ней участвуют много разных поставщиков, применяется несколько способов оплаты. Создается несколько потоков финансирования, в силу чего действия поставщиков не подходят медицинскому обслуживанию, основанному на ценности, например, перераспределение ресурсов, распределение средств и услуг.

Для закупок важно целенаправленное согласование методов оплаты, такое как уравнивание нежелательных стимулов одного

Оценка технологий здравоохранения — это анализ применяемых в медицине технологий с точки зрения клинической и экономической эффективности и этической нормы

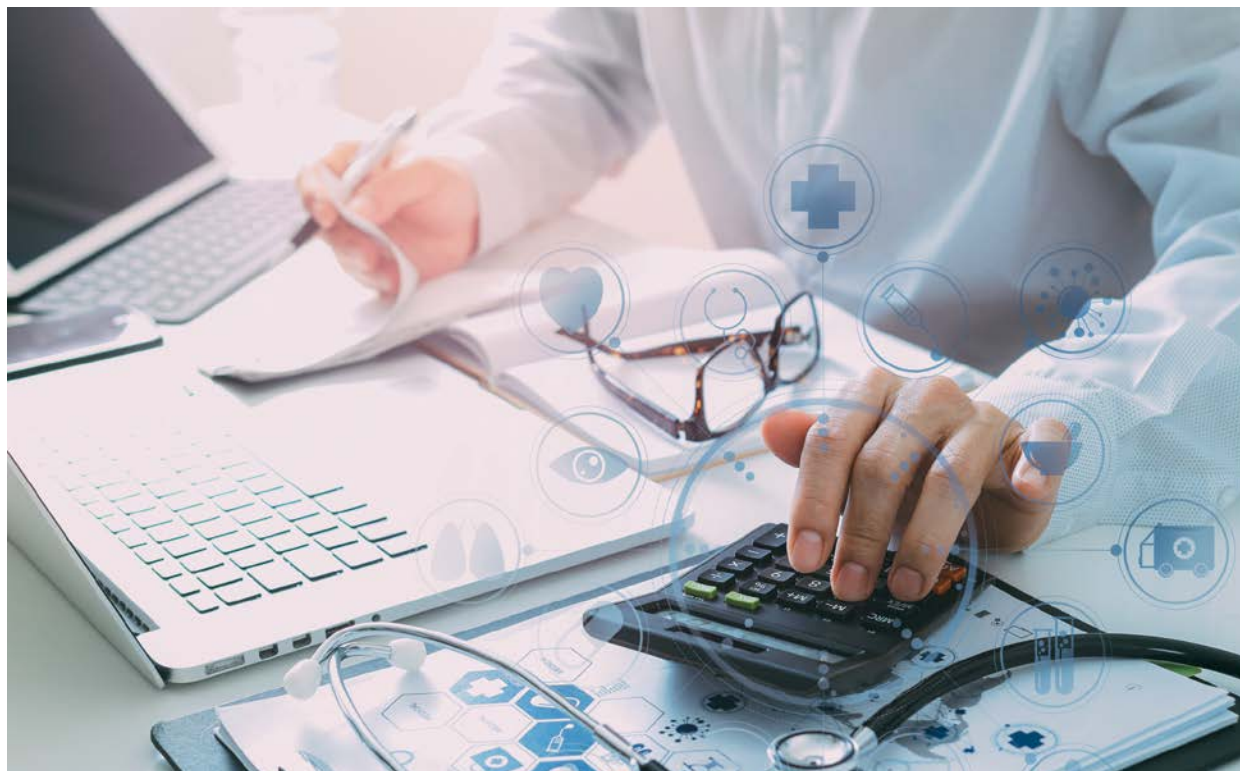


Фото: Shutterstock



ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ РАСШИРЯЮТ ПРАВА ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ДЕЛАЯ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ БОЛЕЕ ДОСТУПНЫМИ

способа оплаты и согласование диапазона стимулов, что делает платежную систему единой. Примером может быть объединение базового платежа (например, заработной платы, платы за обслуживание, капитализации) с механизмом оплаты по результатам работы (Pay for Performance — P4P), то есть результативным финансированием. Это служит для привязки некоторой части платежа к производительности поставщиков, которая оценивается с позиции количества или качества.

Ценностно-ориентированные подходы расширяют права граждан в области здравоохранения, при этом делая медицинские услуги более доступными. Расширение прав населения в области здравоохранения позволяет сделать собственный выбор в отношении медицинских вмешательств и участвовать в принятии стратегических решений о расходах на здравоохранение.

Замедление прогресса и уменьшение трат и расходов на здравоохранение подразумевают реформирование здравоохранения и внедрение принципов ценностно-ориентированного здравоохранения. А его динамика должна связываться с политикой государства

и стратегическими мероприятиями по реформе закупок. Общая эффективность системы здравоохранения не подразумевает идеальных изменений: слепые пятна или неполные ответы, вероятно, приведут к искажениям и подвергнут системы здравоохранения серьезному риску (например, «эпидемии» кесарева сечения, злоупотреблениям опиоидами или ожирению).

В подходах, которые способствуют распространению принципов ценностно-ориентированного здравоохранения, решающее значение имеют эффективные механизмы управления, в частности закупками медицинских услуг. Во многих странах эта работа контролируется государственными органами и закупочными комиссиями, устанавливаются правильные пропорции цены и качества (через экономический анализ), процессы выбора пакетов медицинских пособий и стратегические закупки.

ВОЗ проводит исследования в области ценностно-ориентированного здравоохранения для выявления успешных практик и их тиражирования в других странах.

Эффективные механизмы управления — один из важнейших элементов ценностно-ориентированного здравоохранения.

Ценностно-ориентированные подходы к управлению здравоохранением

Ценностный подход является одним из наиболее популярных подходов к управлению хозяйствующими субъектами в настоящее время. В его основе лежит представление о том, что ценности составляют ядро культуры, и основная задача исследователя — выявить структуру системы ценностей (рис. 3). Для системы здравоохранения М. Портер добавляет к дискурсу акцент на значимости результатов для пациента. Увеличение пациентоцентричности — это неотъемлемая часть ценностного

подхода. Так, результаты лечения должны измеряться в первую очередь на уровне пациента, а не только всего населения, группы людей или государства.

Показатели определяются особенностями здоровья пациента и индивидуальны для каждой болезни и диагноза. Международный консорциум по измерению результатов в области здравоохранения (ICHOM) предполагает стандартизацию определенных клинических показателей, в том числе для постановки диагноза.

Организатор в структуре здравоохранения контролирует медицинские услуги и продвигает деятельность поставщиков в сторону ценности результатов по сравнению с затратами, делая услуги эффективнее.

Пациентоцентричность в данном случае предполагает, что пациент выбирает медицинское учреждение для лечения. Медицинский работник осуществляет наблюдение и лечение конкретного пациента. Менеджер медицинского учреждения с помощью информационной системы может анализировать деятельность медицинского работника, принимать управленческие решения для мотивации врачей. Уполномоченный по услугам может использовать данные для управления поставщиками услуг.

Руководство подразумевает градацию прав между уполномоченным, оплачивающим услуги, и поставщиком вне зависимости от модели финансирования здравоохранения. Системы здравоохранения классифицируются на использующие модель Бевериджа (национальная служба здравоохранения), модель Бисмарка (частное страхование) и национальное медицинское страхование. В первой модели здравоохранение оплачивается из бюджета. Модель страхования подразумевает частную или программную оплату.

В любой модели есть плательщик (или несколько плательщиков), уполномоченный по услугам, контролирующий качество услуг, который увеличивает экономическую эффективность предоставляемых услуг. Кроме того, на некоторых уровнях уполномоченный и поставщик услуг обязательно разделяются. Влияние уполномоченного может осуществляться только через поставщика услуг при использовании политических и управленческих средств и методов.

В ценностно-ориентированном здравоохранении финансы применяются для стимулирования поставщиков услуг, где поставщики услуг сами определяют рациональность принятия вознаграждения. У объекта управления могут быть иные мотивы, кроме экономических стимулов:

- информационные проблемы, когда объектам управления не хватает информации,
- проблемы с отношением и целями, когда объекты управления враждебны или недоверчивы к субъекту управления, цели политики или используемым средствам,
- проблемы с мониторингом, если контролировать работу не представляется возможным.

В рамках решения указанных проблем уполномоченный имеет сведения о желаемом конечном результате. Для его достижения можно прибегать к интеллектуальным и моральным призывам, где отношения между управляющим субъектом и объектом строятся на убеждении или принуждении. В здравоохранении информация особенно важна для независимых экспертов, а доступность данных о результатах увеличивает объем информации.

В системе ценностно-ориентированного здравоохранения имеет место сложность связи управления с ценностью. Ранее ценность определялась как любая общая цель, в зависимости от отрасли или контекста. В ценностном подходе управление состоит в выявлении конкретной ценности систем здравоохранения. Основой ценностно-ориентированного здравоохранения служит компоновка данных о результатах и их использование таким образом, чтобы дать наибольшую пользу для здравоохранения. Поскольку вся система основана на данных о результатах, сведения и информация играют двойную роль. Во-первых, это способ для уполномоченного сообщить о своих претензиях поставщикам услуг для достижения общих целей. Во-вторых, это наиболее важный источник информации.

Предоставление медицинских услуг зависит от медицинской специализации (врачи общей практики против третичной медицинской помощи) и графика работы (например,

УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ В ФОРМЕ ОБМЕНА ДАННЫМИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСОБЕННО ЭФФЕКТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТОМ В КОНТЕКСТЕ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Принцип построения системы здравоохранения – вопрос социальной справедливости (как его понимают в том или ином обществе)

Рисунок 3 | Факторы, определяющие характер системы здравоохранения

неотложная помощь против выборочного ухода), поставщики могут предоставлять услуги нескольким пациентам.

Если пациенты имеют выбор и достаточно средств, уполномоченный контролирует производителей услуг. Часто две ситуации объединяются в одну: уполномоченный контролирует производителей, а пациент ограничен в выборе. Существует дилемма между целями (результатами) потребительского сегмента и несколькими производителями, которые дают конечные результаты, — одни и те же производители обслуживают несколько клиентских сегментов. Нужно, чтобы производитель отвечал за услуги для клиентского сегмента. В более сложных случаях необходимо, чтобы подход к решению проблем был комплексным. Уполномоченный может

защищать ценности, такие как равенство, доступ и безопасность, и таким образом управление, основанное на ценности, применяется одновременно с другими целями управления.

Японию, Великобританию и Сингапур можно считать странами, где итоги здравоохранения (ожидаемая продолжительность жизни) были хорошими по сравнению с затратами. Тем не менее сложно выделить целевые механизмы, подключенные к результатам дальнейшей оценки систем этих стран.

В первичной модели управления, основанной на ценности, можно выделить три блока: 1) принципы управления, основанного на ценностях, 2) процесс управления, 3) контроль управления стоимостью. Полученные сведения являются двигателем всей системы управления, а все инструменты

Поставщик услуг должен выполнять требования государственных органов. Законодательство применяется для контроля поведения поставщика или для ограничения его деятельности.

Менеджер медицинского учреждения анализирует деятельность медицинского работника и принимает управленческие решения для мотивации врачей.

политики связаны с данными. Уполномоченный обязывает поставщиков услуг собирать данные, которые затем объединяются. Уполномоченный применяет информацию для итогов предоставления услуг и разделения ресурсов. Орган, осуществляющий ввод в эксплуатацию, обеспечивает возмещение расходов, в том числе для пересмотра бюджета. Диалог укрепляет доверие и взаимопонимание, совершенствует управление даже при пробелах в данных.

В процессе управления цели корректируются и обновляются на основе данных о результатах. Процесс управления указывает на связь итогов на индивидуальном уровне и поставщиков услуг, работающих с определенными клиентами.

Услуги раскрываются через деятельность поставщика для уполномоченного. Учитываются наиболее стандартные услуги для пациентов. Если уполномоченный и объект управления различны, то они работают в договорном порядке. Услуги иногда передаются на аутсорсинг амбулаторным службам первичной медико-санитарной помощи, несмотря на то, что поставщик может оказывать надомную медицинскую помощь по договору.

Цели напрямую зависят от итогов — они должны, предположительно, приводить к лучшим результатам. Для людей с хроническими заболеваниями контроль над заболеванием является важной целью, так как он уменьшает смертность. Например, хороший контроль уровня HbA_{1c} при сахарном диабете связан с меньшим количеством сосудистых и почечных осложнений. Цели, так же как и пациенты, градируются в зависимости от заболеваний.

Итоги являются совокупностью противоположных сторон: они совпадают в том, что нужно пациентам, и том, что делает поставщик услуг. От итогов зависит и модель управления: то, что измеряется, и то, на что нацелены стимулы. Экономические инструменты часто зависят от бонусов/санкций, когда экономические стимулы сливаются с результатами.

Принудительные инструменты считаются самыми сильными, но они ограничены

в действии. Любой договор строится на потенциальной санкции за невыполнение, в противном случае они бессмысленны. Таким образом, это, по сути, модель бонуса/санкции без бонуса. Некоторые позиции регламентируются с точки зрения управления, основанного на ценности, включают измерение результатов и обмен данными.

Медицинские работники, почти без исключения, имеют высокие моральные стандарты и обязательства перед своими пациентами, что является сильным мотиватором. Таким образом, управление информацией в форме обмена данными является особенно эффективным инструментом политики в контексте здравоохранения.

Другой сложной проблемой является совместное создание ценности: пациенты также вносят свой вклад в создание ценности за пределами воздействия системы здравоохранения. Потребность в обширных знаниях, связывающих результаты для здоровья с полным циклом лечения и его затратами, значительно затрудняет внедрение системы управления, основанной на ценности. И уполномоченный, и поставщик услуг играют определенную роль в том, чтобы направлять пациентов к лучшим результатам. Например, выбор образа жизни, основанного на правильном питании и физической активности, имеет первостепенное значение для достижения хороших результатов. Однако и уполномоченный, и поставщик услуг имеют в лучшем случае ограниченную возможность повлиять на него.

Организация может начать использовать управление, основанное на ценности, без изменений в законодательстве или в существующей системе обслуживания. Модель может быть внедрена в одном или нескольких сегментах потребителей, а затем постепенно — по мере накопления данных и ноу-хау — ее можно применить к более широкому кругу населения. Аналогичным образом механизмы управления могут разрабатываться постепенно, начиная с информирования и диалога, и только позже разрабатываются правила и стимулы, базирующиеся на опыте использования информации, основанной на ценностях. 



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



Медико-социологические исследования

Одна из задач НИИОЗММ ДЗМ – анализ мнения медицинских работников и потребителей медицинских услуг о преобразованиях российского здравоохранения и разработка на этой основе взвешенных управленческих решений

КОМПЕТЕНЦИИ

- Мониторинг обратной связи от населения.
- Анализ мнений специалистов московского здравоохранения.
- Мониторинг мнений о московском здравоохранении в социальных медиа.
- Экспертное сопровождение преобразований в московском здравоохранении.
- Разработка рекомендаций для развития системы здравоохранения.

В 2021 ГОДУ БЫЛО ПРОВЕДЕНО:

3 ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СОТРУДНИЧЕСТВЕ
СО ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПОБЕДА РАБОТ КОЛЛЕКТИВА В 2 КОНКУРСАХ
«ЛУЧШИЙ КЕЙС ГОДА ПО АНАЛИТИКЕ СОЦИАЛЬНЫХ МЕДИА» ОТ BRAND ANALYTICS
И 1 МЕСТО НА РОССИЙСКОМ ЭТАПЕ «RESEARCH GOT TALENT» ОТ ESOMAR

ЗАПУЩЕНА УНИКАЛЬНАЯ ЦИФРОВАЯ ПЛАТФОРМА
ПО ВОПРОСАМ ЛОЯЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (NPS.NIIOZ.RU) И ВЫПУЩЕНЫ
ОФИЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ НА ДАННУЮ ТЕМУ

30+ НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ
ПО ИТОГАМ ИССЛЕДОВАНИЙ

IV ФОРУМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ:
СОЛИДАРНОСТЬ НОВОГО ВРЕМЕНИ»



SOCFORUM.NIIOZ.RU

ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: МОСКОВСКАЯ ПРАКТИКА

👤 Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина

🏥 ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»



Фото: Shutterstock

Ценностно-ориентированные подходы к здравоохранению в Москве стали естественным развитием общепринятых в столичном здравоохранении принципов пациентоориентированности и нашли выражение в проектах, которые, с одной стороны, создают больший комфорт для пациентов, а с другой — позволяют оптимизировать затраты за счет упорядочивания и оптимизации процессов оказания медицинской помощи.



Администраторы в московских поликлиниках

Выстраивание эффективных коммуникаций и повышение уровня удовлетворенности пациентов является одним из основных элементов ценностно-ориентированного здравоохранения.

В 2019 году в поликлиниках Москвы был введен новый стандарт обслуживания пациентов, который определил принципиально отличный от прежних периодов подход к оказанию медицинских услуг с акцентом на такие ключевые элементы, как доброжелательность и пациентоориентированность.

Одним из инновационных решений в достижении поставленных задач стало введение в организационную структуру городских поликлиник позиции администратора. Причем на позицию администратора подбираются люди с набором определенных качеств, таких как приветливость, учтивость, коммуникабельность, доброжелательность, умение сопереживать и работать в стрессовой ситуации.

По инициативе Правительства Москвы на базе образовательного центра «Мои документы» — Академия искреннего сервиса — был дан старт проекту «Мой администратор», где работники МФЦ проходят обучение на позицию администратора поликлиники.

Сам процесс обучения состоит из нескольких ступеней. После прохождения обязательного отборочного конкурса будущий администратор поликлиники работает под руководством наставника в одном из офисов «Мои документы» в течение полутора месяцев.

Он погружается в культуру и ценности организации, оказывающей услуги населению, узнает, как правильно первым начинать разговор и отвечать на возникающие у посетителей вопросы, а также изучает электронные сервисы. После стажировки в МФЦ сотрудника направляют на профильную медицинскую площадку Академии искреннего сервиса, где он обучается функционалу администратора поликлиники, специфике работы в медицинской организации и алгоритмам маршрутизации.

У каждого из новых администраторов есть куратор — сотрудник, который уже имеет достаточный опыт работы администратором в медицинской организации.

Уже к 2022 году в поликлиниках начали работать свыше 1 500 сотрудников МФЦ «Мои документы». В работе администраторы руководствуются главным принципом — человек на первом месте.

Как результат, работа администраторов в поликлинике не только благотворно влияет на восприятие нововведений в медицинской организации пациентами старшего возраста и позволяет им не беспокоиться из-за возможных немедицинских вопросов, но и, безусловно, способствует снижению нагрузки на медицинский персонал.

Такие изменения в структуре медицинских организаций, внедрение новых алгоритмов и стандартов коммуникации дают возможность предотвратить конфликтные ситуации и сохранить комфортный психологический климат.

Появление в городских поликлиниках администраторов стало инновационным решением для достижения целей пациентоориентированности и выстраивания эффективных коммуникаций.

Администраторы помогают пациентам сориентироваться в пространстве поликлиники и способствуют снижению нагрузки на медперсонал



Фото: mos.ru



Фото: mos.ru

Телемедицинские центры

Телемедицинские технологии, которые начали активно применяться в Москве во время пандемии COVID-19, сегодня все шире распространяются в медицинских организациях города.

В Центре диагностики и телемедицины ДЗМ



Принцип ценностно-ориентированного здравоохранения нашел отражение в развитии телемедицины в Москве. В 2020 году в структуре московского здравоохранения был создан Телемедицинский центр (ТМЦ) для оказания консультативной медицинской помощи гражданам города Москвы с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19, состояние которых позволяло наблюдаться на дому.

Обеспечение консультаций в круглосуточном режиме (24/7), передача данных и информации о пациентах, организация дистанционного динамического наблюдения за пациентами с применением телемедицинских технологий — приоритетные функции Московского телемедицинского центра.

Опыт применения удаленных консультаций и медицинского контроля пациентов без непосредственного визита к врачу в период пандемии оказался очень полезным, и теперь он активно применяется при сопровождении москвичей, у которых в ходе обследования в павильонах «Здоровая Москва» были выявлены отклонения в состоянии здоровья.

Также благодаря телемедицине осуществлялось наблюдение за участниками

исследования вакцины «Спутник V» во время первой и второй волны COVID-19.

По данным на март 2022 года, в Московском телемедицинском центре с 2020 года для пациентов было проведено более 2,8 млн консультаций, из них 2,2 млн — для тех, кто болел COVID-19. Телемедицинский центр продолжает работать круглосуточно: почти 200 врачей ежедневно проводят консультации.

Работа Телемедицинского центра в период пандемии позволила сократить число контактов врачей с заболевшими и таким образом снизить заболеваемость среди медицинского персонала. Также работа врача Телемедицинского центра с точки зрения числа пациентов, которым оказана медицинская помощь, существенно эффективнее по сравнению с работой на выезде за счет экономии времени и четкого протокола консультаций.

Телемедицинские консультации и сопровождение пациентов сегодня все шире распространяются в медицинских организациях Москвы как взрослой, так и детской сетей, растет спектр оказываемых телемедицинских услуг: ведение пациентов на дому, консультирование, реабилитация и др.



Фото: mos.ru



Фото: mos.ru

РАБОТА ВРАЧА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ПАЦИЕНТОВ СУЩЕСТВЕННО ЭФФЕКТИВНЕЕ ПО СРАВНЕНИЮ С РАБОТОЙ НА ВЫЕЗДЕ ЗА СЧЕТ ЭКОНОМИИ ВРЕМЕНИ И ЧЕТКОГО ПРОТОКОЛА КОНСУЛЬТАЦИЙ



ЛЕТНИЕ ПАВИЛЬОНЫ «ЗДОРОВАЯ МОСКВА» ЯВЛЯЮТСЯ ЯРКИМ ПРИМЕРОМ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ СТОЛИЦЫ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

Павильоны здоровья

Павильоны «Здоровая Москва», впервые открывшиеся в 2019 году, являются ярким примером повышения доступности медицинской помощи для населения столицы, а их расположение в зонах отдыха москвичей способствует формированию позитивных ассоциаций «природа — парк — отдых — здоровье — профилактика — поликлиника».

В первый сезон павильоны работали в парках 124 дня, медицинское обследование прошли 430 тыс. человек, 12 % пациентов с выявленными нарушениями получили направления на дальнейшие исследования. В 2020 году проект был приостановлен из-за сложной эпидемиологической ситуации, но в 2021 году павильоны вновь открылись для москвичей. В 2022 году диспансеризацию можно было пройти в 46 павильонах. В день

только один парковый павильон принимал более 150 пациентов. Важно отметить, что локация павильонов из года в год анализируется и меняется с целью сделать их работу максимально эффективной.

Павильоны «Здоровая Москва» — часть общей системы оказания медицинской помощи. Каждый из них связан со всеми поликлиниками столицы, так как посетители могут прийти в любой из них независимо от места прикрепления. Основная работа во всех павильонах выполняется медицинскими специалистами (врачами, медицинскими сестрами) городских поликлиник, а встречают пациентов сотрудники центров «Мои документы».

Павильоны «Здоровая Москва» представляют собой сборно-разборные модули — девять больших (15 на 25 м) и 37 малых (10

▲ Павильоны «Здоровая Москва» работают в парках города с мая по сентябрь

ПРОФИЛАКТИКА И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СПОСОБСТВУЮТ УВЕЛИЧЕНИЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ МОСКВИЧЕЙ И ОПТИМИЗАЦИИ РАСХОДОВ НА ЛЕЧЕНИЕ

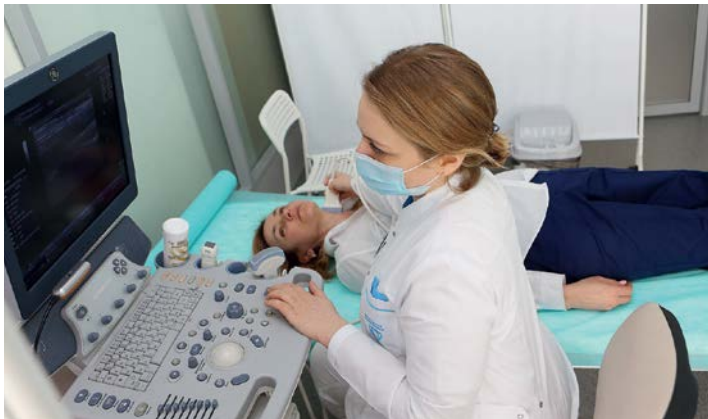


Фото: mos.ru



Фото: mos.ru

▲ Кабинет УЗИ (слева) и кабинет доврачебного контроля (справа) в павильоне «Здоровая Москва»

Проект «Здоровая Москва» не только повышает выявление заболеваний на ранней стадии, но и гарантирует преемственность лечения при последующих обращениях пациента в медицинские организации города.

на 15 м). В малых павильонах — два кабинета доврачебного осмотра, процедурный кабинет, кабинет врача-терапевта или врача общей практики, кабинет УЗИ / кабинет врача-терапевта и кабинет приема самовзятых анализов. В больших павильонах дополнительно открыты кабинет врачей-специалистов (аллерголога, офтальмолога, оториноларинголога) и кабинет центра здоровья.

Результаты исследований, проведенных в павильоне, которые не могут быть выполнены в экспресс-режиме, по мере готовности отражаются в электронной медицинской карте пациента. Если патологий не выявлено, данные финализируются врачом медицинской профилактики в поликлинике по месту прикрепления пациента. В случае выявления патологии или при подозрении на нее с пациентом связываются врачи Телемедицинского центра и координируют дальнейшую маршрутизацию, записывают его к необходимому специалисту.

В 2022 году появилась новая опция — оценка эмоционального состояния переболевших коронавирусом. Москвичи, перенесшие COVID-19, получили письма и СМС с опросом для выявления рисков нарушения не только физического, но и психического здоровья. По итогам его проведения горожанам

направляли рекомендации. Например, предлагали посетить квалифицированного психотерапевта, пройти телемедицинскую консультацию или групповые вебинары.

Помимо последствий COVID-19, москвичи смогут обследоваться в павильонах «Здоровая Москва» на выявление наиболее значимых заболеваний сердца, легких, ЖКТ, щитовидной железы, а также сахарного диабета и злокачественных новообразований — это основной перечень заболеваний, вносящих наибольший вклад в смертность и инвалидизацию.

Вся полученная информация о результатах анализов и обследований автоматически будет занесена в электронную медицинскую карту, что гарантирует ее сохранность, а также преемственность лечения при обращении в разные медицинские организации.

Столь активное внедрение практических мер по медицинской профилактике нацелено на более раннее выявление факторов риска, позволяет своевременно заподозрить у пациента наследственные или приобретенные неинфекционные заболевания, что, безусловно, приводит к увеличению продолжительности жизни москвичей и оптимизации расходов на лечение, включая высокотехнологичную медицинскую помощь.



Система поддержки принятия клинических решений

В работу московских поликлиник в 2019 году была внедрена система поддержки принятия врачебных решений (СППВР) — электронный ресурс, помогающий врачу ставить диагноз и делать правильные назначения. В его основе — клинические протоколы, разработанные главными специалистами Москвы совместно с федеральными экспертами на базе клинических рекомендаций и международных стандартов.

Система поддержки принятия врачебных решений была создана для того, чтобы обеспечить маршрутизацию пациента на всем клиническом пути и дать врачу инструменты для поиска. Клинический путь пациента подразумевает сбор жалоб, который может пройти как до, так и во время приема, постановку предварительного диагноза, набор диагностических процедур, выбор лекарственной терапии, схемы лечения, наблюдение, выписку после контрольного приема, плановую госпитализацию или сопровождение пациента как хронического больного. ИТ-компонент системы использует самые современные разработки в области технологий искусственного интеллекта и обработки больших данных.

Благодаря внедрению СППВР врач получил удобные цифровые инструменты, которые

сокращают время работы. Следовательно, у врача появляется больше времени для общения непосредственно с пациентом, обеспечивается соблюдение современных клинических протоколов, повышается эффективность использования оборудования, лекарственных препаратов и других ресурсов системы здравоохранения. Пациент активно вовлекается в процесс лечения, в результате формируется ответственное отношение к собственному здоровью.

К настоящему времени подготовлены и внедрены в практику московских поликлиник 87 протоколов по наиболее распространенным заболеваниям, 54 пакетных назначения с памятками по лабораторным и инструментальным исследованиям, еще 12 находятся на этапе согласования. Алгоритмы на основании жалоб пациента выбирают из 265 групп диагнозов три наиболее вероятных, а врач, опираясь на полученные данные и результаты физикального осмотра, ставит диагноз.

Для пациентов с коморбидной патологией в рамках СППВР в настоящее время дорабатывается цифровой гид по назначению лекарственной терапии и по совместимости препаратов. Он способен повысить приверженность пациентов лечению, обеспечить правильный

Современную медицину невозможно представить без электронных сервисов, обеспечивающих цифровую опору для внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения.



Фото: mos.ru

Система пакетных назначений была внедрена в московских поликлиниках в 2019 году

ВРЕМЯ НА НАЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ СОКРАТИЛОСЬ В 10 РАЗ, ЧТО ПОЛНОСТЬЮ ПОДТВЕРЖДАЕТ ЗНАЧЕНИЕ ПАКЕТНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ ДЛЯ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

прием препаратов, сориентировать врача в быстро меняющихся перечнях лекарств, а также не позволит назначить конфликтующие между собой препараты. Кроме того, инструмент поможет фильтровать лекарственные препараты, доступные к выписке по льготам, автоматизировать заказ льготных лекарственных препаратов медицинским учреждением и отслеживать их наличие в аптечном пункте.

Сегодня врачи пользуются системой пакетных назначений в каждом третьем случае из общего количества приемов. Внедрение пакетных назначений позволило сократить время на назначение диагностических исследований практически в 10 раз, что полностью подтверждает значение этих технологических инноваций для ценностно-ориентированного здравоохранения.

Врачи детских городских поликлиник также пользуются системой поддержки

принятия врачебных решений, частью которой являются пакетные назначения. Уже по 70 % диагнозов, которые ежедневно ставят врачи-педиатры, система предлагает наиболее эффективное решение. Пакетные назначения для педиатров выполнены на той же технологической платформе, что и ресурс для терапевтов, поэтому принципы работы в системах схожи. Важной особенностью системы поддержки принятия врачебных решений является ее обучающая функция. СППВР основана на клинических протоколах, и врач, работая в системе, изучает их на практике. Специалист может ознакомиться с последними достижениями клинической медицины и наиболее эффективными схемами лечения. Также при назначении дополнительных методов исследования система подсказывает, по каким критериям это лучше сделать.

На каждом третьем приеме пациентов врачи используют пакетные назначения

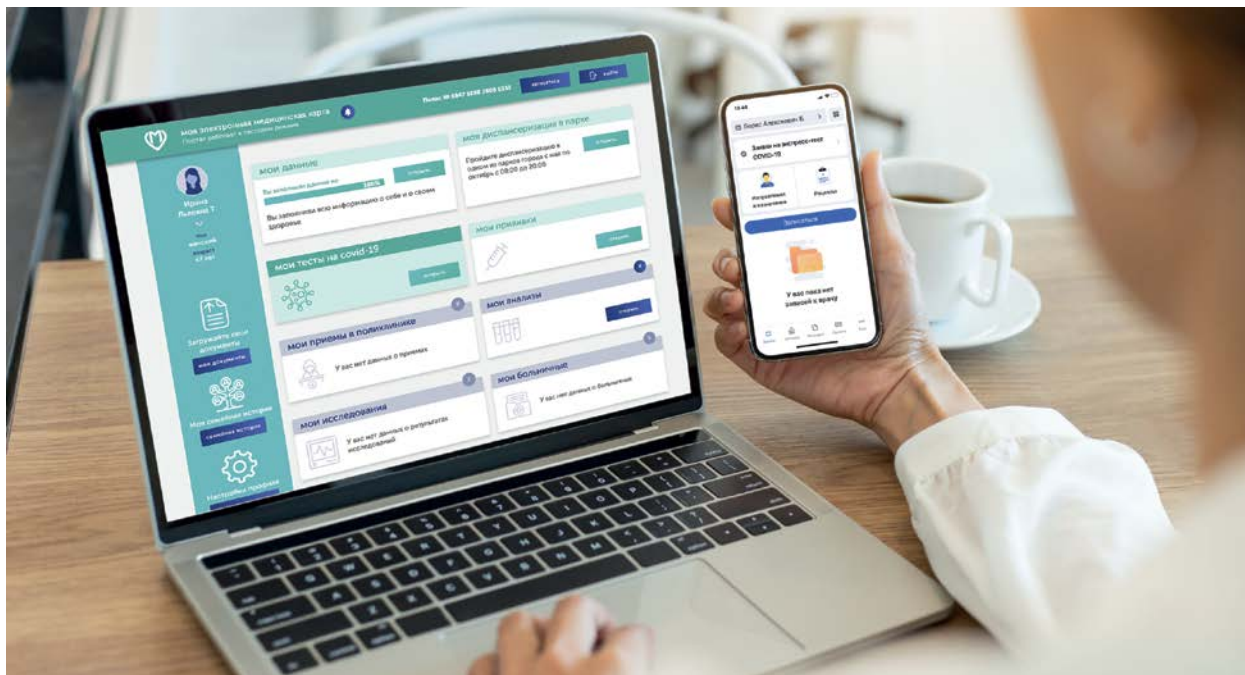


Фото: Shutterstock



Электронная медицинская карта

В 2015 году была создана Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы (ЕМИАС), одним из этапов развития которой и стало появление электронной медицинской карты (ЭМК). За последующие годы изначальный функционал и информационное насыщение ЭМК существенно расширились.

В настоящее время в сервисе представлены протоколы осмотров врачей, результаты лабораторных и инструментальных исследований, выписные эпикризы из стационаров, больничные листы, выписанные рецепты, данные о прививках и вызовах скорой помощи, прохождении диспансеризации и многое другое. Кроме того, москвичи сами могут загружать документы в ЭМК, вносить информацию о личном и семейном анамнезе или вести дневник здоровья. Эта информация доступна лечащему врачу, что повышает качество оказания медицинской помощи, с одной стороны, и вовлеченность в заботу о собственном здоровье — с другой.

Сервис ЭМК позволяет существенно уменьшить временные затраты врача на оформление необходимой медицинской документации (протоколы осмотров, направления на исследования, консультации, рецепты, листки нетрудоспособности и т. д.) и больше времени уделить непосредственно осмотру и общению с пациентом. Вся медицинская история пациента сконцентрирована в одном месте и доступна врачам различных медицинских организаций системы здравоохранения города. Все это, безусловно, повышает эффективность медицинской помощи, делает процесс оказания помощи прозрачным и понятным.

Ключевые преимущества хранения медицинских данных в электронном виде — это одновременный доступ к информации о пациенте необходимого числа медицинских работников, безопасность в отношении сохранности данных и защита от их фальсификации, возможность удаленного доступа, получения оперативных отчетов для их анализа.

Электронная медицинская карта — сервис, который позволяет существенно экономить время врача на оформление медицинской документации.

Персональный помощник для людей с онкозаболеваниями

На примере проекта «Персональный помощник» для людей с онкологическими заболеваниями Москва в очередной раз подтвердила приверженность принципам ценностно-ориентированного здравоохранения.

Для эффективного лечения онкологического заболевания как никакого другого важен позитивный настрой самого пациента. А значит, ему необходимы всесторонняя поддержка и индивидуальный подход. В рамках проекта «Персональный помощник» были подготовлены специалисты, которые помогают онкологическим пациентам записаться

на прием или получить направление, напоминают о предстоящих исследованиях и визитах к врачу, отслеживают сроки выполнения необходимых процедур и этапов лечения, интересуются их самочувствием, решают текущие проблемы заболевшего человека. Благодаря такому взаимодействию человек, столкнувшийся со страшным недугом, не чувствует себя одиноким, оставленным один на один со своим диагнозом. Персональный помощник — это специально подготовленный сотрудник Центра госуслуг «Мои документы». О возможности сопровождения пациенту сообщают

Проект «Персональный помощник» для пациентов с подозрением на онкологические заболевания заработал во всех административных округах Москвы.

**НА ПРИМЕРЕ ПРОЕКТА «ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ПОМОЩНИК» ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ
МОСКВА ПОДТВЕРДИЛА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПРИНЦИПАМ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



Фото: mos.ru

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ В СТРУКТУРЕ ОДНОЙ МЕДОРГАНИЗАЦИИ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ПОЗВОЛЯЕТ СОКРАТИТЬ ВРЕМЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА, ПОВЫСИТЬ ЕГО ТОЧНОСТЬ И БЫСТРЕЕ НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ

▲ В Центре амбулаторной онкологической помощи ГОКБ № 1

при первичном направлении к врачу-онкологу и выдают карточку с именем и контактами помощника. Общение происходит напрямую, персональный помощник сопровождает заболевшего на всех этапах согласно индивидуальному плану лечения.

Проект реализуется в рамках утвержденного мэром столицы Сергеем Собяниным нового московского стандарта оказания онкологической помощи, который сам по себе стал одним из наиболее значимых проектов ценностно-ориентированного здравоохранения в столице. Суть проекта заключается в централизации всей онкологической помощи на базе шести крупнейших многопрофильных онкологических центров с полным спектром клинических возможностей, каждый из стационаров охватывает один-два административных округа Москвы. В каждой из этих медицинских организаций обеспечивается полный маршрут онкологического больного от диагностики до лечения,

как хирургического, так и консервативного, последующей реабилитации и диспансерного наблюдения. Возможность оказания всех этапов специализированной помощи в структуре одной медицинской организации позволяет сократить время постановки диагноза, повысить его точность и быстрее начать лечение.

Проект «Персональный помощник» заработал в августе 2020 года в Южном административном округе Москвы, а уже в 2021 году персональные помощники появились во всех округах Москвы. Более 25 тыс. пациентов с онкологическими заболеваниями и с подозрением на них уже получили сопровождение персональных помощников за год работы проекта. Сложно измерить финансовую выгоду от организации подобного сервиса, однако преимущество с точки зрения своевременного прохождения лечения и диагностических процедур очевидно. А это не может не сказаться на результатах лечения. 

НАУЧНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ВАК



Здоровье мегаполиса



Новая площадка

для обобщения отечественного
и мирового опыта организации
медицинской помощи
в условиях больших городов

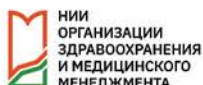
“

**Призываю всех
активно использовать
эту трибуну
для обсуждения
жизненно важных
проблем
функционирования
крупнейших
мегаполисов мира**

”



city-healthcare.com



ISSN 2713-2617

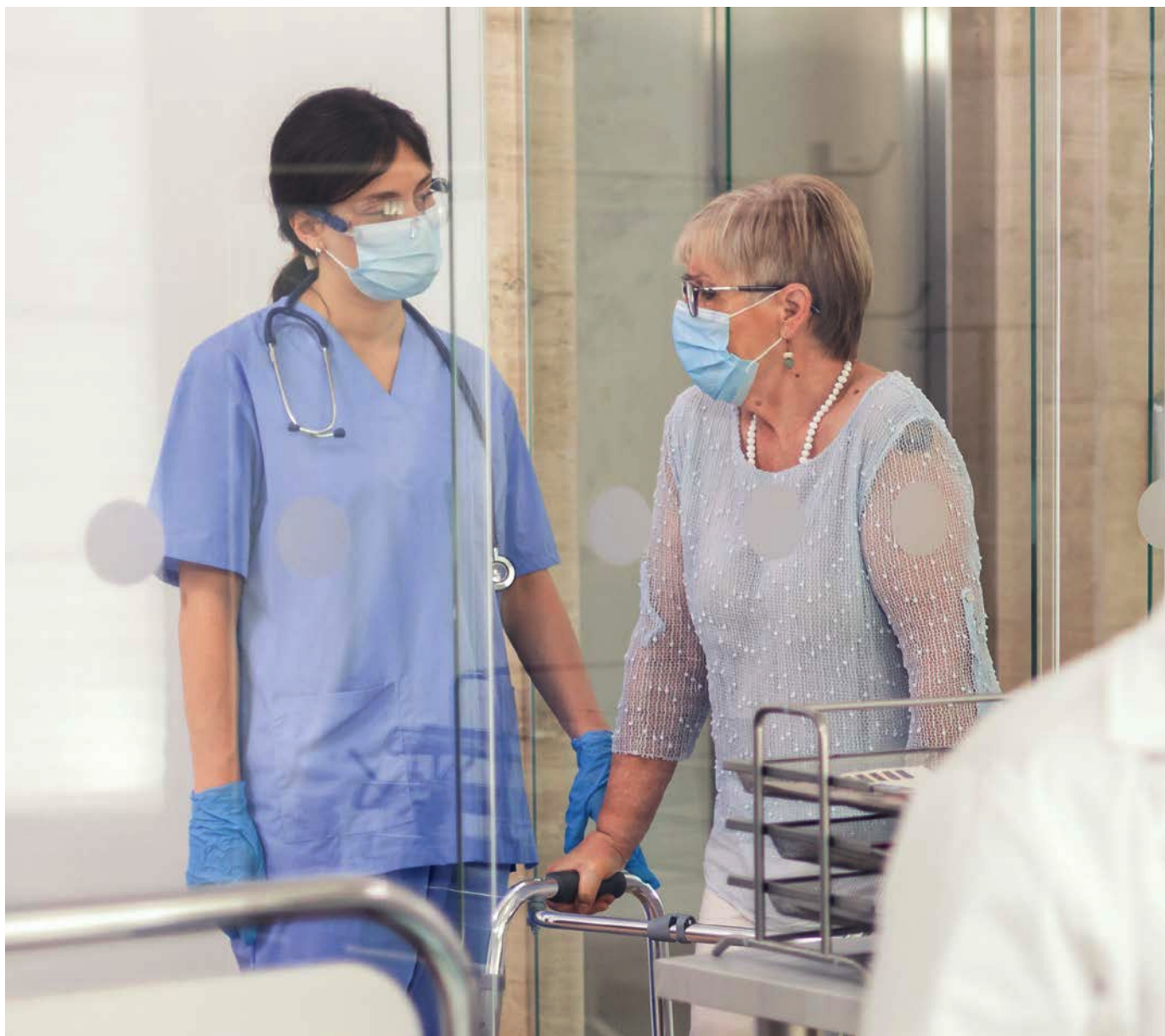


Академик
Н. И. Брико

ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: МИРОВОЙ ОПЫТ

👤 Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина

🏛️ ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»



Во всем мире в условиях роста численности населения и продолжительности жизни, обуславливающих увеличение спроса на медицинские услуги, ценностно-ориентированная модель здравоохранения становится более популярной, чем традиционная. Медицинская отрасль совершенствуется с целью эффективного использования кадровых ресурсов и медицинских технологий, улучшения профилактической помощи и сокращения повторных обращений пациентов в медицинские организации. В обзоре представлен опыт стран с разным экономическим развитием по переходу на ценностно-ориентированное здравоохранение.



Фото: Shutterstock



Российская Федерация



РАСХОДЫ
НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ*
5,3% ВВП



ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ**

63,5



РАСХОДЫ
НА КАЖДОГО ЧЕЛОВЕКА***

524

Национальная система управления и тренд на ценностно-ориентированное здравоохранение

Российская система здравоохранения, имея прочные исторические традиции и национальные особенности, включена в процесс глобализации мировой экономики и подвержена общемировым тенденциям и трендам.

Эффективное функционирование системы здравоохранения является одним из важнейших направлений государственной политики Российской Федерации. Право граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи закреплено в Конституции РФ, федеральных законах

и нормативно-правовых актах. При недостаточности финансовых ресурсов на первый план выходит проблема их эффективного использования, что говорит о целесообразности внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения.

Проблематика ценностного здравоохранения начала оформляться в медийном пространстве и политическом дискурсе РФ с 2018 года. Было положено начало целому ряду программ и проектов по ценностно-ориентированному подходу в здравоохранении.

Высокую эффективность показали мобильные медицинские пункты



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СООБЩЕСТВО ОБРАТИЛО ВНИМАНИЕ НА ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПЕРЕХОДА ОТРАСЛИ ОТ КОНТРОЛЯ ПРОЦЕССА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ К КОНТРОЛЮ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТА



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

Пациентоориентированность — одна из главных составляющих ценностного подхода в медицине

Предполагалось, что данная модель будет оптимально способствовать достижению национальных целей развития. Когда был актуализирован поиск способов повышения эффективности здравоохранения, профессиональное медицинское сообщество обратило внимание на целесообразность перехода отрасли от контроля процесса медицинской помощи к контролю конечных результатов.

Базовые принципы пациентоориентированности, дополненные основами интегративного подхода к оказанию медицинской помощи и эффективными медико-экономическими инструментами, как считается, должны сформировать полноценный концепт ценностно-ориентированного здравоохранения в Российской Федерации. Только таким образом, по мнению многих экспертов, можно повысить качество медицинской помощи в стране, степень удовлетворенности населения качеством медуслуг и улучшить здоровье населения.

Это не означает, что ранее медицина не преследовала цели улучшить состояние здоровья пациента. Медицина всегда была ориентирована на пациентов, но все же в большей степени являлась процессо-ориентированной, разрабатывающей стратегию лечения и профилактики для среднестатистического пациента.

Уровень оказания медицинской помощи в регионах РФ и отдельных учреждениях различается по доступности и качеству. Отмечаются организационные проблемы: избыточная фрагментация медицинской помощи, отсутствие координации и преемственности в ее этапах, сложность в маршрутизации пациентов, длительное ожидание помощи и др. Все это влияет на качество оказываемых медицинских услуг.

Для внедрения в России ценностно-ориентированного подхода следует пересмотреть механизмы контроля и финансирования системы здравоохранения в целом. Необходимо

Ценностно-ориентированный подход может реализовываться при выборе поставщика, определении цены, а также лежать в основе оплаты медицинской помощи.

* здесь и далее: Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение ВОЗ / <https://gtmarket.ru/ratings/global-health-expenditure>

** здесь и далее: Рейтинг продолжительности здоровой жизни ВОЗ / <https://gtmarket.ru/ratings/healthy-life-expectancy-index>

*** здесь и далее: Рейтинг расходов стран на здравоохранение на душу населения ВОЗ / <https://nonews.co/directory/lists/countries/health-expenditure-capita>

уход от тотальной финансовой оптимизации всех процессов и переход к концепции анализа затрат и результатов. В новой системе здравоохранения главным становится достижение результата (полное выздоровление, ремиссия заболевания), который адекватно оплачивается, а при ином исходе лечебно-профилактических мероприятий медицинская организация получает только частичную оплату за свои услуги. Для этого требуется значительный аудит медицинских услуг и понятная схема оплаты, то есть сформированная система управления по результатам. Очень важно при этом определить суть конечного результата для пациента.

Измерение исходов оказания медицинской помощи возможно при условии внедрения в РФ рейтингования (бенчмаркинга), требующего стандартизации подходов к оценке результатов оказания медицинской помощи (исходов) по конкретным заболеваниям.

В операционной
ГКБ № 17 г. Москвы



Предполагается, что переход на ценностно-ориентированное управление поможет решить в здравоохранении РФ проблему соотношения финансовых затрат (на одного пациента) и продолжительности жизни. Реализация перехода может заключаться в соблюдении следующих принципов:

- развитие интегрированных подходов в здравоохранении,
- постоянный мониторинг и контроль медицинских услуг (качества и доступности),
- разработка гибких форматов оплаты медицинской помощи,
- интеграция цифровых технологий,
- принятие научно обоснованных управленческих решений.

Методология оплаты медицинских услуг, принятая в национальной системе здравоохранения, оказывает значительное влияние на их объем и качество. Традиционные методы оплаты — за законченный случай



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПОМОЖЕТ РЕШИТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РФ ПРОБЛЕМУ СООТНОШЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ



В РОССИИ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПОЛНОСТЬЮ НЕ ЗАМЕНИТ СУЩЕСТВУЮЩУЮ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НАЦИОНАЛЬНУЮ СИСТЕМУ УПРАВЛЕНИЯ, НО В ТОЙ ИЛИ ИНОЙ МЕРЕ ИНТЕГРИРУЕТСЯ С НЕЙ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

госпитализации и подушевая оплата — не стимулируют поставщиков данных услуг к повышению качества, а лишь приводят к росту финансовой нагрузки на систему здравоохранения.

В РФ наиболее приемлемо внедрение гибридной модели финансирования медицинской помощи, основанной на принципах ценностной медицины. В целом переход отрасли здравоохранения от модели оплаты за процесс к оплате за результат требует приложения определенных усилий. Однако после внедрения новой модели очень быстро можно будет увидеть повышение качества медицинской помощи и достичь положительных результатов в плане снижения затрат.

Хотя ценностно-ориентированный менеджмент является одной из современных моделей менеджмента и принят академическими кругами, а также бизнесом в качестве ключевой управленческой парадигмы, говорить о полном переходе системы здравоохранения России на него еще рано. Пока можно констатировать, что в России идет экспертная дискуссия о целесообразности перехода на новую модель здравоохранения и в рамках различных проектов в области здравоохранения идет апробация отдельных

инструментов ценностно-ориентированного менеджмента.

Логично предположить, что в России ценностно-ориентированный менеджмент полностью не заменит существующую в здравоохранении национальную систему управления, а скорее всего, так же как и общий менеджмент, в той или иной мере интегрируется с ней. Однако планирование изменений в системе медицинской помощи должно учитывать изменения внешних систем, а управление и организация — носить в большей степени предикативный характер.

В настоящий момент на государственном уровне поддерживаются многие инициативы по внедрению ценностно-ориентированной концепции здравоохранения. Интерес к этой концепции растет. Для успешной реализации модели ценностно-ориентированного здравоохранения необходимо активно запускать и масштабировать отдельные пилотные проекты на уровне субъектов, инициировать федеральный пилотный проект с определенным оператором, ответственным за модель, и постепенно выстраивать механизмы оплаты за результат в совокупности с федеральными проектами нацпроекта «Здравоохранение».



Перинатальный центр ГKB № 67 г. Москвы



Бангладеш



РАСХОДЫ
НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

2,3% ВВП



ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ

63,3



РАСХОДЫ
НА КАЖДОГО ЧЕЛОВЕКА

32

Развивающееся здравоохранение и цифровые технологии

БАНГЛАДЕШ – САМАЯ ГУСТОНАСЕЛЕННАЯ СТРАНА В МИРЕ И ОДНА ИЗ САМЫХ БЕДНЫХ В АЗИИ. ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЗДЕСЬ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ

Концепция «Цифровой Бангладеш» предусматривает реализацию ИТ-технологий для решения проблем здравоохранения. Хранение медицинских данных, процессы записи и лечения становятся автоматизированными.

Бангладеш — самая густонаселенная страна в мире и одна из самых бедных в Азии. В связи с происходящими политическими изменениями в стране отрасль здравоохранения получила перспективы развития. Учитывая плотность населения и низкий уровень жизни большинства бангладешцев, представляется рациональным использовать в стране ценностно-ориентированную модель развития здравоохранения.

Реализация инноваций и экономический рост республики проходят в рамках концепции «Цифровой Бангладеш». В эту же концепцию входит развитие медицины и здравоохранения. Однако у развивающейся страны на этом пути возникают трудности. Существует проблема конфиденциальности медицинской информации в связи с использованием аналитики больших данных. Недостаточно четко отлажена работа медицинского оборудования, в том числе цифрового. Разрозненное законодательство Бангладеш не может обеспечить обмен информацией в области здравоохранения.

Страна стремится к применению ИТ-технологий для решения проблем здравоохранения, но в информационной системе здравоохранения Бангладеш отсутствует единство, государственные и частные клиники хранят данные по-разному. Министерством здоровья и благополучия семьи было разработано национальное хранилище данных, но пока оно ограничивается государственными учреждениями здравоохранения. Однако государство требует создания единого банка данных. Разработан проект руководства «Информатика здравоохранения. Стандарты и структура данных Бангладеш». Автоматизированными становятся процессы записи и лечения пациентов, мониторинг наличия основных лекарств, ведение банка крови. Для совершенствования профессиональных услуг врачей в стране уже применяется искусственный интеллект.



Китай



РАСХОДЫ
НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

5,2% ВВП



ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ

68,7



РАСХОДЫ
НА КАЖДОГО ЧЕЛОВЕКА

436

Государственный контроль и страховая медицина

В Китае, стране с самой большой численностью населения, отмечается невысокая доступность медицинских услуг, рост цен на них, разрыв между спросом и предложением, неэффективность применения государственных средств. Эти и другие факторы являются предпосылкой для перехода китайской системы здравоохранения на ценностно-ориентированную модель.

Реформы здравоохранения в Китае совпали по времени с противостоянием влиянию мирового финансового кризиса на национальную экономику. Считалось, что доступная медицинская помощь устранист страх населения стать бедными после лечения. Это осуществлялось с помощью трех программ: кооперативной сельской медицины, медицинского страхования работающего населения в городах и медицинского страхования неработающих городских жителей.

Медицинское страхование является добровольным, но государством оплачивается сфера здравоохранения только тех мест, где его охват достигает не менее 80 % населения. Регионам могут устанавливаться категории заболеваний, лечение которых

оплачивается полностью или частично. Большинство клиник устанавливают минимальный счет за лечение на сумму, подлежащую возмещению, и средства берутся из страхового фонда. Но бывает и так, что больные сначала полностью оплачивают лечение, а позже фонд частично компенсирует им расходы. Кроме того, в стране развивается коммерческое медицинское страхование, которое будет дополнять государственные программы.

Государством был установлен общенациональный перечень медикаментов, цены на которые регулирует правительство страны. Законом введены льготы на оплату обучения студентов-медиков и поощрения для практикующих врачей. Контролируется предоставление услуг, связанных с профилактикой заболеваемости и лечением инфекционных болезней, а также сферы высокотехнологичных медицинских услуг и обслуживания низкодоходных социальных групп. Большое внимание уделяется профилактике и популяризации здорового образа жизни. Разработана стратегия «Здоровый Китай — 2030».

Реформы здравоохранения в Китае направлены на увеличение доступности медицинской помощи. Развивается страховая медицина, в том числе за счет коммерческих программ, и работают кооперативные сельские программы.

**РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КИТАЕ СОВПАЛИ ПО ВРЕМЕНИ С ПРОТИВОСТОЯНИЕМ
ВЛИЯНИЮ МИРОВОГО ФИНАНСОВОГО КРИЗИСА НА НАЦИОНАЛЬНУЮ
ЭКОНОМИКУ**



Сингапур



РАСХОДЫ
НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
4,4% ВВП



ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ

76,2



РАСХОДЫ
НА КАЖДОГО ЧЕЛОВЕКА

2 280

Большие данные как инструмент ценностно-ориентированной модели

Текущие расходы Сингапура на здравоохранение на душу населения являются одними из самых высоких в мире, а в связи с постоянно растущим числом пожилых людей расходы на медицинское обслуживание будут увеличиваться. В 2018 году доля людей старше 65 лет была равна доле детей и подростков до 15 лет. Считается, что через восемь лет старое население перегонит молодое на 16,2%. В связи с этим спрос на медицинские услуги увеличивается, что приводит к усложнению ситуации в здравоохранении страны и создает серьезную проблему для управления национальными ресурсами. Переход на ценностно-ориентированное здравоохранение представляется особенно актуальным.

Правительство Сингапура предпринимает усилия по снижению затрат на медицинские услуги. Применяются основанные на научном подходе модели организации медицинской помощи. Оказывается государственная поддержка биомедицинским исследованиям. В 2015 году расходы на исследования в области биомедицины и смежных наук составили 1,9 млрд долл., что на 18,8% больше по сравнению с предыдущим годом (2014 год: 1,6 млрд долл.), и по состоянию на конец 2016 года биомедицинский сектор произвел продукции на сумму более 16 млрд долл. для мировых рынков.

Сингапурское здравоохранение стало генератором биомедицинских данных. С 2011 года в стране объединяются документы,

▶ Во всех больницах страны используется единая цифровая платформа, что обеспечивает преемственность лечения



Фото: Tan Tock Seng Hospital



Фото: Shutterstock

касающиеся приема лекарств и лабораторных анализов, от различных поставщиков медицинских услуг на единой цифровой платформе — Национальной электронной системе здравоохранения (NEHR). В соответствии с принципом «Один пациент — одна медицинская карта» NEHR используется во всех больницах страны. Врачи могут не только отследить историю болезни пациента, но и использовать дополнительные аналитические возможности для биологического наблюдения, управления здоровьем населения или продления ремиссии. А исследователям благодаря базе данных не нужно выполнять дополнительный дорогостоящий этап сбора информации от каждого пациента.

В Сингапуре существует три типа данных о пациентах:

- **Административные:** медицинские записи, такие как рецепты на лекарства, диагнозы врача и количество посещений, сведения о прививках, страховка и т. д.
- **Биомедицинские:** геномные данные и информация о клинических исследованиях.
- **Данные из социальных сетей и фитнес-трекеров.** Эта информация позволяет отследить вспышки заболеваний.

На основе больших данных для глобально-эпиднадзора за инфекционными заболеваниями была разработана модель контроля заболеваемости с помощью социальных сетей. Искусственный разум анализирует миллионы твитов и извлекает ключевые слова, связанные с риском заражения. Результаты исследования продемонстрировали потенциальное влияние социальных сетей на помощь в мониторинге глобальных случаев заболеваний. Например, с помощью карты распространения вспышки холеры было выявлено, что инцидент произошел из-за зараженного водяного насоса. То есть даже немедицинские данные могут быть полезными и важными для исследований в области здравоохранения.

▲ Спрос на медицинские услуги в Сингапуре увеличивается, в том числе за счет увеличения продолжительности жизни

В СИНГАПУРЕ РАЗРАБОТАНА МОДЕЛЬ КОНТРОЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ПОМОЩЬЮ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ. АНАЛИЗ СООБЩЕНИЙ ПОЗВОЛЯЕТ, НАПРИМЕР, ВЫЯВЛЯТЬ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИОННОГО ЗАРАЖЕНИЯ



Индия



РАСХОДЫ
НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
3,5% ВВП



ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ

59,3



РАСХОДЫ
НА КАЖДОГО ЧЕЛОВЕКА

63

Телемедицинские услуги как основа доступности медицинской помощи

Больницы Индии сконцентрированы в больших городах. 75 % сельского населения имеют ограниченный доступ к медицинской помощи

Индия — вторая по численности населения (после Китая) страна в мире, и проблема доступности медицинской помощи здесь стоит крайне остро. До сих пор здравоохранение Индии строится по принципу самообеспечения, медицинские организации распределены неравномерно, в стране наблюдается острая нехватка врачей. Около 75% сельского населения имеют весьма ограниченный доступ к медицинской помощи и практически лишены возможности

стационарного лечения. Государственные органы управления здравоохранением Индии заинтересованы в переходе к ценностно-ориентированной системе оказания помощи. В этом направлении одна из ведущих ролей отводится телемедицинским технологиям.

Пандемия COVID-19 значительно ускорила процесс перехода от традиционного личного взаимодействия врача и пациента к дистанционным консультациям. В Индии онлайн-прием



Фото: Shutterstock

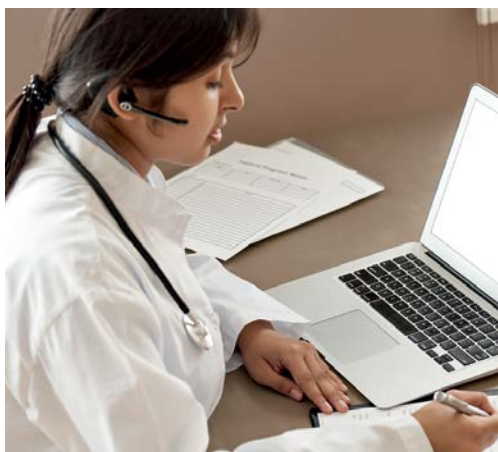


Фото: Shutterstock



Фото: Shutterstock

ЦИФРОВОЙ ФОРМАТ ДЛЯ МНОГИХ ЖИТЕЛЕЙ ИНДИИ МОЖЕТ СТАТЬ ЕДИНСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ВРАЧОМ ЛИБО ПЕРВЫМ ЭТАПОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

стал приравняться к очным консультациям у врача. Благодаря телемедицине решается наболевшая проблема доступности медицинской помощи. Крупные сети больниц начали расширять услуги телемедицины.

Увеличение численности пациентов с хроническими заболеваниями требует дальнейшего расширения использования цифровых каналов для лечения и контроля заболеваний. Пандемия стала толчком к созданию единой платформы телеконсультаций, охватывающей ключевые заинтересованные стороны. Телемедицина демонстрирует перспективы преодоления крайне низкой доступности квалифицированной медицинской помощи, устранения множества инфраструктурных проблем и сокращения времени, затрачиваемого пациентами на получение консультаций. Фармацевтические компании также запустили свои онлайн-платформы.

Разработчикам технологий и организаторам здравоохранения предстоит еще решить проблему интеграции всех этапов наблюдения пациента — от первичной консультации врача и диагностики, до проведения лечения, выздоровления и реабилитации. Однако уже можно говорить о начале создания экосистемы телеконсультаций. Структура здравоохранения сможет использовать объемы данных,

которые она генерирует при поддержке ключевых участников и платформы телеконсультаций.

Цифровой формат для многих жителей Индии может стать единственным средством взаимодействия с врачом, если осмотр или диагностические тесты не требуются, либо первым этапом в комплексном лечении заболеваний. Сельские пациенты смогут получить доступ к стандартизированной медицинской помощи даже в тех районах, где инфраструктура здравоохранения не развита. Городской потребитель благодаря телемедицине сможет легко связаться с врачом для лечения или получения второго мнения.

Способность телемедицинской платформы генерировать, хранить и использовать данные обеспечивает непрерывность и качество медицинской помощи. Но эта экосистема потребует адекватных технологий, инфраструктуры и политической поддержки. Ожидается увеличение скорости интернета и расширение доступа к Сети. Индия в ближайшем будущем планирует перейти на 5G с долгосрочной эволюцией. Это будет способствовать улучшению подключения инновационных медицинских приложений. Индийская система здравоохранения движется к всеобщему охвату медицинскими услугами.



Крупные сети больниц расширяют услуги телемедицины (слева)

Амбулаторный прием в индийском селе (справа)

Существует прямая взаимосвязь между степенью использования ценностного подхода в системе здравоохранения и уровнем внедрения цифровых технологий в работу медицинских организаций.



Германия



РАСХОДЫ
НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

11,2% ВВП



ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ

71,6



РАСХОДЫ
НА КАЖДОГО ЧЕЛОВЕКА

4 592

Система традиций и упор на результат

Для поощрения высококачественного лечения и оценки эффективности медицинской помощи в Германии внедряется система оплаты за производительность.

Германия имеет одну из старейших национальных систем здравоохранения, в которой упор делается на результаты лечения. Бережно относясь к традициям, организаторы здравоохранения предпринимают попытку распространить принципы ценностно-ориентированного здравоохранения. Одним из способов, с помощью которого в Германии стремятся улучшить качество оказываемых услуг, является создание централизованных медицинских учреждений, специализирующихся на конкретных заболеваниях или процедурах.

В стране стало практиковаться использование комплексной системы оплаты лечения в больнице, которая подразумевает оплату терапии определенных нозологий, а не продолжительности пребывания в стационаре. Такой способ компенсации затрат позволяет существенно снизить расходы. В соответствии с этой системой больницы не получают полную оплату, если ими не оказывается должная помощь или лечение не приносит результата.

Кроме того, внедряется так называемая оплата за производительность. С одной стороны, это способ поощрения за достижение высоких результатов лечения, с другой — оценка

эффективности оказанной медицинской услуги. Например, если пациент получил лечение, а затем повторно поступает в больницу с той же проблемой в течение 30 дней после выписки, то выплаты для больницы не предусмотрены. При этом повсеместная «оплата за производительность» в стране не вводится до тех пор, пока не будут выверены стандарты. Поскольку при стационарном лечении счета выставляются за оказанные услуги, сбор данных значительно осложняется. В то время как вся стационарная помощь возмещается, амбулаторная помощь оплачивается пациентами.

Сложность перехода на ценностно-ориентированные принципы заключается еще и в том, что в каждом административном субъекте — земле — система здравоохранения работает по-своему, законодательство страны практически не регулирует этот вопрос. Допускается создание региональных фондов здравоохранения, через которые часть выделяемых средств будет направляться правительствам земель для продвижения их особых целей.

**В БОЛЬНИЦАХ ГЕРМАНИИ ПРАКТИКУЕТСЯ ФИНАНСИРОВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ
ОПЛАЧИВАЕТСЯ ТЕРАПИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ НОЗОЛОГИЙ,
А НЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ**



Швеция



РАСХОДЫ
НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

11,0% ВВП



ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ

72,4



РАСХОДЫ
НА КАЖДОГО ЧЕЛОВЕКА

5 600

Государственные гарантии и равный доступ к медицинским услугам

Шведская модель здравоохранения формируется на основе социальных принципов, предполагающих обеспечение каждого гражданина, независимо от его доходов, равным доступом к медицинским услугам. Практически все шведское здравоохранение является государственным. Общие расходы на здравоохранение составляют 9,9 % ВВП. Обеспечение охраны здоровья происходит на следующих уровнях: общегосударственном, региональном и местном. Министерство здравоохранения и социального развития Швеции формирует правила охраны здоровья, контролирует законодательство и реализацию медицинской деятельности и фармацевтического обеспечения граждан, работу медицинских учреждений. Для более ориентированного подхода постоянно проводится опрос населения с целью выявления удовлетворенности

качеством медицинского обслуживания. Важнейшую роль в здравоохранении играют региональные и местные органы власти. Ответственность за качество медицинских услуг передается муниципалитетам. Окружные власти имеют большую свободу в организации медицинского обеспечения и распределении средств на нужды здравоохранения. Регионы сами выбирают, как им выстраивать свою систему здравоохранения. Главными приоритетами являются доступность медицинского обслуживания и предоставление качественных медуслуг. Система социального страхования Швеции — одна из старейших в Европе. Медицинское страхование является обязательным и всеобщим, благодаря чему небогатые граждане имеют право на дорогую высокотехнологичную медицинскую помощь наравне с состоятельными людьми.

В Швеции равный доступ к медицинским услугам имеют все граждане, независимо от их достатка



Фото: Shutterstock

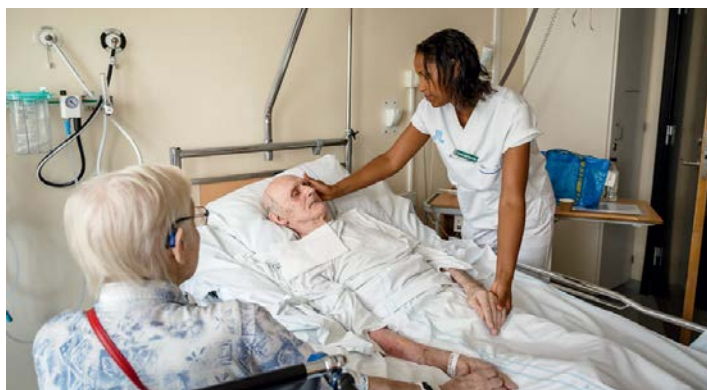


Фото: norden.org



Нидерланды



РАСХОДЫ
НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
10,1 % ВВП



ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ

72,1



РАСХОДЫ
НА КАЖДОГО ЧЕЛОВЕКА

4 746

Первичная медицинская помощь и скрининговые программы

Лечение в больницах Нидерландов оплачивается за счет медицинского страхования

Голландское здравоохранение является одним из самых дорогостоящих в Европе: его бюджет составляет более 10 % ВВП. Система здравоохранения финансируется за счет налоговых поступлений и взносов медицинского страхования. Почти у всех голландцев имеется медицинская страховка. Людям с ежегодным общим доходом менее 30 тыс. долл. США медицинскую страховку оплачивает работодатель или фонд социального обеспечения. Это касается 70 % населения. У остальных 30 % имеется частная медицинская

страховка. Больничная помощь финансируется через оплату за услуги.

Одно из направлений реализации ценностно-ориентированного подхода — первичная медицинская помощь, которая в Нидерландах является весьма мощной и обеспечивается достаточным количеством медицинского персонала. Врачи общей практики, которых здесь называют семейными врачами, проходят специальную трехгодичную последипломную подготовку. Отдается предпочтение диагностическим

ГОЛЛАНЦАМ С ЕЖЕГОДНЫМ ДОХОДОМ МЕНЕЕ 30 ТЫС. ДОЛЛ. МЕДИЦИНСКУЮ СТРАХОВКУ ОПЛАЧИВАЕТ РАБОТОДАТЕЛЬ ИЛИ ФОНД СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ. ЭТО КАСАЕТСЯ 70 % НАСЕЛЕНИЯ



Фото: Shutterstock

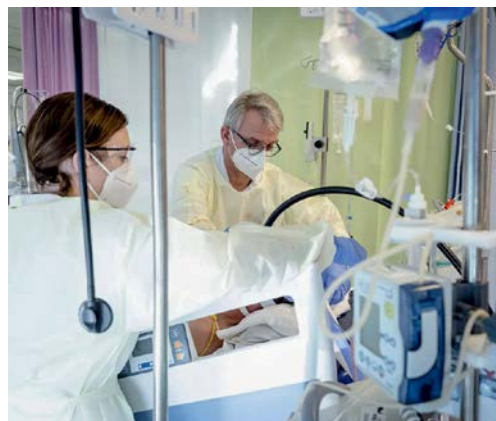


Фото: theglobeandmail.com



В НИДЕРЛАНДАХ БЫЛА РЕФОРМИРОВАНА СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ – ТЕПЕРЬ ИХ СТАРАЮТСЯ ОСТАВЛЯТЬ В ДОМАШНЕЙ ОБСТАНОВКЕ ПОД ОПЕКОЙ РОДСТВЕННИКОВ




Фото: Shutterstock

и терапевтическим принципам, основанным на доказательной медицине.

В 2015 году в Нидерландах прошло реформирование системы долговременной медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями с целью сдерживания роста ее стоимости. Сегодня людей, нуждающихся в таком виде помощи, стараются оставлять в домашней обстановке под опекой родственников. При этом за оказание помощи больным отвечают медицинские страховые компании, а социальный (патронажный) уход за пациентами обеспечивают муниципалитеты.

Вакцинация детей в возрасте до 13 лет проводится бесплатно. С 2008 года в стране запрещено курение в ресторанах и барах, а с 2013-го — принимаются меры для ограничения


употребления алкоголя в подростковой среде. Но главными проблемами голландского здравоохранения остаются, как и в других европейских странах, старение населения и растущее количество людей с ожирением. В стране принимаются меры по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.

Действуют государственные программы скрининга рака молочной железы, шейки матки, толстой кишки и др. Все женщины в возрасте от 50 до 70 лет раз в два года имеют право на бесплатную маммографию. Добровольное участие в этой программе достаточно высокое — 80 %, смертность от рака груди сократилась на 15 %. Сейчас обсуждается вопрос о расширении скрининговой программы для женщин в возрасте от 40 лет. 

▲ Голландское здравоохранение является одним из самых дорогостоящих в Европе

Профилактика и раннее выявление заболеваний как инструмент ценностно-ориентированного здравоохранения

 Материал подготовлен на основе аналитического доклада «Проактивное диспансерное наблюдение» под ред. Е. И. Аксеновой

 ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Превентивные меры — одна из технологий ценностно-ориентированного здравоохранения. Сбережение здоровья человека за счет предупреждения развития заболеваний позволяет не только увеличить удовлетворенность населения качеством медицины, требования к которому год от года растут, но и более эффективно расходовать бюджетные ресурсы. Разрабатываются и внедряются программы проактивного диспансерного наблюдения и действенные меры по профилактике неинфекционных заболеваний.

Изменение ценностного отношения к здоровью

На систему здравоохранения ложится серьезная проблема, связанная с правильным подбором инструментов (организационно-технологических, коммуникативных и мотивирующих приемов) для появления и поддержания у пациентов приверженности профилактике и лечению заболеваний. В настоящее время считается, что наиболее эффективной моделью отношений между врачом и пациентом является партнерство, при котором они вместе идут по пути избавления от заболевания, разделяя ответственность за результат лечения.

Задачей пациента на этом пути является не только выполнение намеченного плана лечения, но и изменение ценностного отношения к своему здоровью.

Для изменения поведения в сторону начала и продолжения лечения, а также повышения приверженности лечению используется так называемая мотивационная терапия. Как правило, она включает техники собеседования, консультирования и психотерапии. Экспресс-вариант данной технологии — так называемое мотивационное собеседование



(консультирование, интервьюирование). Положительными сторонами данного метода являются: стимуляция ресурсов пациента к изменению поведения в сторону приверженности лечению, краткосрочность и эффективность в изменении мотивации, а также низкая стоимость. Мотивационная терапия предусматривает направляющий, клиентоцентристский стиль консультирования, направленный на осознание пациентом важности персонально для него рекомендуемых изменений в образе жизни.

Согласно этой модели, изменение поведения в процессе терапии — это процесс, занимающий некоторое время, а не разовое событие. Одним из методов мотивационной терапии является эффективное профилактическое консультирование. Оно основано на эмпатии, позитивных партнерских отношениях с пациентом, что способствует бесконфликтности и конструктивности принятия совместных — врача и пациента — планов и решений. Партнерские отношения формируются в ходе диалога с пациентом без элементов

назиданий и попыток заставить или сломить его установки и сделать что-то, чего он не готов делать. Приветствуется беседа с использованием недирективных советов и активного обсуждения.

По результатам профилактического консультирования желательно, чтобы каждый пациент получил памятку по здоровому образу жизни или по коррекции выявленного у него фактора риска. Формы консультирования включают: разъяснение, краткое индивидуальное профилактическое консультирование, индивидуальное углубленное профилактическое консультирование, групповое углубленное профилактическое консультирование. Все виды консультирования должны быть адресными и максимально использовать показатели здоровья, что важно для мотивирования пациентов и повышения их приверженности.

Важными факторами, влияющими на приверженность пациентов профилактике заболеваний, является система организации оказания медицинской помощи, которая

При выявлении факторов риска на этапе диспансеризации пациента направляют к врачам-специалистам для уточнения предварительного диагноза



Фото: mos.ru

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ МОДЕЛЬЮ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПАРТНЕРСТВО, ПРИ КОТОРОМ ОНИ ВМЕСТЕ ИДУТ ПО ПУТИ ИЗБАВЛЕНИЯ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЯ, РАЗДЕЛЯЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТ

В МОСКВЕ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕДЛАГАЕТСЯ БОЛЕЕ ШИРОКИЙ ПЕРЕЧЕНЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ЧЕМ ПРЕДУСМОТРЕНО НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ



Фото: mos.ru

▲ Повышению эффективности системы здравоохранения способствуют технологические инновации

должна быть направлена, помимо прочего, на доступность и качество медицинской помощи.

Второй шаг — создается инфраструктура для ежегодного «профилактического набора», получаемого каждым пациентом. Как указано в реестре клинической профилактики, набор должен состоять из надлежащего перечня качественных услуг, которые будут включать тесты на дому, иммунохимическое исследование кала, определение гликированного гемоглобина и липидного профиля.

Среди инноваций, способствующих повышению эффективности системы здравоохранения, стоит отметить те, которые, скорее всего, позволят добиться большего при меньших затратах в области здравоохранения:

- применение секвенирования генома для выявления групп риска или целевого лечения пациентов;
- недорогие и индивидуализированные медицинские продукты, напечатанные на 3D-принтере, которые могут быть адаптированы для удовлетворения

физиологических потребностей отдельных пациентов;

- иммунотерапия — лечение, которое может значительно увеличить выживаемость онкологических больных, минимизируя при этом негативные эффекты и связанные с ними расходы при применении традиционной химиотерапии;
- искусственный интеллект (ИИ);
- диагностика в месте оказания медицинской помощи;
- виртуальная реальность (VR) — смоделированные среды, с помощью которых можно улучшить качество жизни пациентов более безопасным, эффективным, удобным и доступным способом;
- использование социальных сетей для улучшения качества обслуживания пациентов;
- биосенсоры и трекеры активности, мониторы и датчики, встроенные в одежду, аксессуары, а также устройства, которые позволяют потребителям и врачам легко контролировать состояние здоровья;
- телемедицина.



Программы массового скрининга и профилактические осмотры населения

Общие медицинские осмотры являются распространенным элементом медицинской помощи во многих странах и часто реализуются в формате национальных программ. Эволюция медицины, в особенности во второй половине XX века, привела к значительному увеличению количества диагностических методов и возросшим ожиданиям от понимания того, что многие болезни можно предотвратить или обнаружить, прежде чем они нанесут необратимый ущерб.

В России задача обеспечения охвата всех граждан страны профилактическими осмотрами является важной частью Национального проекта «Здравоохранение», стартовавшего в Российской Федерации в 2019 году. Всеобщую диспансеризацию населения начали проводить с 2013 года. В настоящее время лица в возрасте от 18 до 39 лет имеют законное право на бесплатное прохождение диспансеризации раз в три года. Лица от 40 лет могут проходить диспансеризацию каждый год. Объем обследования, которое предстоит пройти гражданам, зависит от возраста и пола.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно: в качестве самостоятельного мероприятия, в рамках диспансеризации, в рамках диспансерного наблюдения. Он направлен на выявление сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний дыхательной системы и других. Люди, переболевшие COVID-19, могут пройти ряд дополнительных исследований. Для этого необходимо, чтобы с момента выздоровления прошло не менее 60 дней.

В Москве кроме диспансеризации, проводимой в рамках федеральной программы, населению предлагается достаточно большой перечень дополнительных услуг в сфере здравоохранения. В 2022 году в столице стартовал

масштабный проект по проактивному диспансерному наблюдению за состоянием горожан с хроническими заболеваниями. Наблюдать будут за пациентами со следующими широко распространенными заболеваниями: сахарный диабет 2-го типа, гиперхолестеринемия, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, фибрилляция и трепетание предсердий, хроническая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, хроническая обструктивная болезнь легких, язвенная болезнь.

Индивидуально вести каждого пациента и наблюдать за течением болезни в динамике медикам поможет специальный сервис в ЕМИАС: участковый врач в системе видит горожан с хроническими заболеваниями по девяти нозологиям, поставленным на диспансерное наблюдение. Во время осмотра он откроет в системе карту диспансерного наблюдения больного, определит необходимые обследования, сформирует электронные направления на исследования, консультации других специалистов, определит необходимую лекарственную терапию и выпишет электронный рецепт на препараты. Далее врач оценит результаты исследований и при необходимости скорректирует программу наблюдения и лечения. Также он будет следить за состоянием пациента в перерыве между приемами. Например, если пациент с хроническим заболеванием обращается за скорой помощью, госпитализируется или получает консультацию специалиста в другом учреждении, его лечащий врач может это отследить, связаться с пациентом и при необходимости скорректировать лечение. Проект начался в двух городских поликлиниках Москвы. Затем планируется расширить его на весь город.

В Москве индивидуально вести каждого пациента и наблюдать за течением болезни в динамике медицинским специалистам помогает специальный сервис в ЕМИАС.

Проект по динамическому наблюдению



ЭВОЛЮЦИЯ МЕДИЦИНЫ, В ОСОБЕННОСТИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XX ВЕКА, ПРИВЕЛА К ЗНАЧИТЕЛЬНОМУ УВЕЛИЧЕНИЮ КОЛИЧЕСТВА ПРИМЕНЯЕМЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Профилактика и ранняя диагностика неинфекционных заболеваний

В настоящее время глобальная координация действий по неинфекционным заболеваниям (НИЗ) находится в ведении Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ предоставляет базы фактических данных для международных действий, направленных на эпидемиологический надзор за НИЗ, их профилактику и борьбу с ними. Согласно рекомендациям ВОЗ, в каждой стране важно определить существенные факторы риска НИЗ, прицельно корректируя и контролируя их, проводить профилактику самих НИЗ. Сегодня профилактика НИЗ и борьба с ними включает общепопуляционные мероприятия по снижению воздействия факторов риска, индивидуальные подходы, а также лечение НИЗ. Одну из ключевых ролей в этом комплексе мер играет система эпидемиологического мониторинга основных факторов риска НИЗ.

В принятой на совещании Генеральной Ассамблеи ООН в 2011 году декларации, посвященной проблемам НИЗ, содержатся многочисленные обязательства стран по профилактике и ведению НИЗ. Далее был разработан Глобальный план действий в области профилактики НИЗ и борьбы с ними на 2013–2020 годы (NCD-GAP), конечной целью которого является снижение бремени болезней, смертности и инвалидности, вызванных предотвратимыми НИЗ, за счет многосекторального сотрудничества и совместной работы на национальном, региональном и глобальном уровнях, с тем чтобы позволить населению достичь наивысших стандартов здоровья и производительности в каждой возрастной группе и чтобы НИЗ перестали быть препятствием для благополучия человека, социального и экономического развития. Согласно данному плану, позднее согласованному

с целями ООН в области устойчивого развития, преждевременная смертность от НИЗ должна быть сокращена на треть к 2030 году.

Помимо сокращения преждевременной смертности в возрасте до 70 лет, добровольные цели NCD-GAP состоят в снижении влияния четырех наиболее важных общих факторов риска: употребления табачных изделий, нездорового питания, отсутствия физической активности, употребления алкоголя. Остальные добровольные цели касаются артериального давления, ожирения и доступа к лечению для всех, кто в нем нуждается. Представленные в NCD-GAP рентабельные мероприятия и варианты политики были обновлены на Всемирной ассамблее здравоохранения 2017 года и сегодня включают меры по снижению факторов риска, приводящих к НИЗ, а также клинические вмешательства для профилактики и лечения.

Помимо эффективных вариантов политики и мер для профилактики и лечения НИЗ NCD-GAP представил глобальную систему мониторинга (Global Monitoring Framework, GMF), включающую девять добровольных глобальных целей и 25 показателей, которые могут быть адаптированы с учетом национального контекста и имеющихся ресурсов для оценки прогресса на пути достижения поставленных целей. GMF была принята в мае 2013 года на 66-й сессии ВОЗ. Цель этого документа — предоставить подробное руководство для государств-членов, чтобы они могли правильно измерить каждый из 25 показателей и отслеживать свой прогресс с течением времени. Для каждого показателя дано полное определение, указаны соответствующие источники данных и, если это применимо, предоставлена подробная схема расчета.

Граждане России могут проверить свое здоровье и пройти скрининг за счет средств ОМС в рамках диспансеризации в Москве. Диспансеризация проходит в два этапа: первичный скрининг и дообследование.

ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ ЦЕЛЕЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ – ОПРЕДЕЛЯТЬ СУЩЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРИЦЕЛЬНО КОРРЕКТИРОВАТЬ И КОНТРОЛИРОВАТЬ ИХ

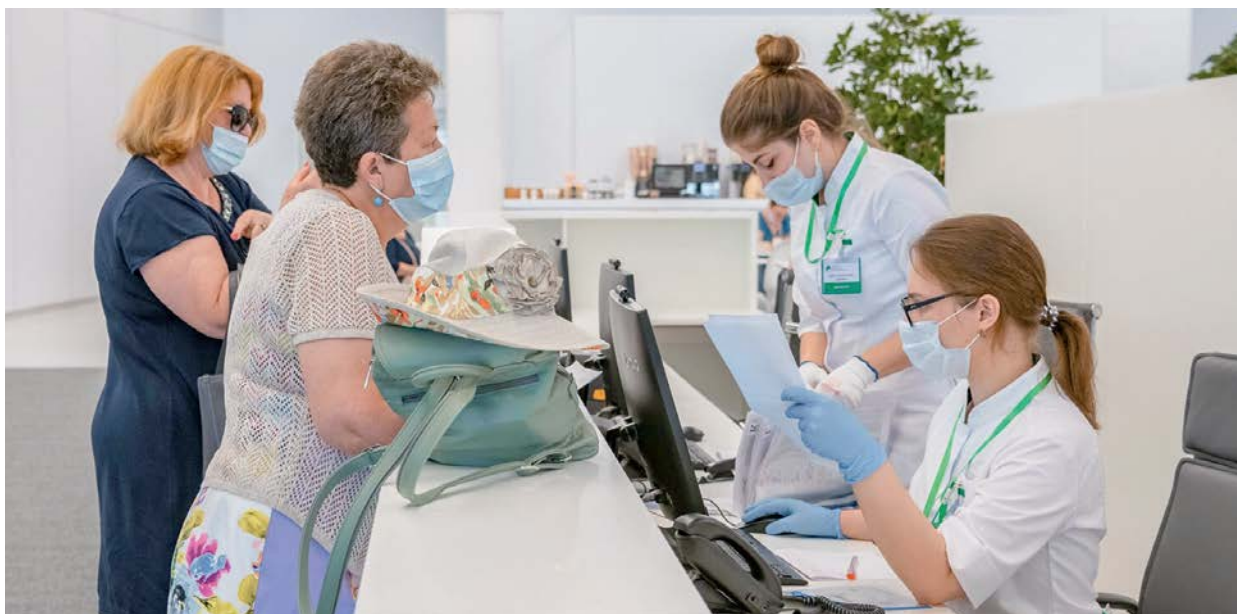


Фото: mos.ru

ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ – **ОДНО ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ БОЛЬШИНСТВА СТРАН МИРА**

Глобальная система мониторинга используется для контроля за выполнением плана действий посредством мероприятий по мониторингу и сбору отчетов. Включенные в систему мониторинга показатели и добровольные глобальные цели задают общее направление работы, в то время как сам план действий представляет собой дорожную карту по достижению указанных целей.

Пропаганда здорового образа жизни среди населения — одно из приоритетных направлений государственной политики большинства стран мира. Проекты могут быть как комплексными, охватывающими несколько факторов здорового образа жизни, так и узкими, когда в рамках программы или проекта поддерживается только один из факторов — например, программа борьбы с курением или антиалкогольная программа.

Проектов национального уровня, имеющих комплексный характер и ориентированных на здоровый образ жизни, относительно немного, в то же время на региональном и местном уровнях они имеют достаточно

широкое распространение. Это объясняется масштабами осуществляемых действий и необходимостью координации деятельности значительного количества участников и согласования мнений большого числа заинтересованных групп.

Здравоохранение Российской Федерации рассматривает проблему формирования здоровья и здорового образа жизни как одно из приоритетных направлений развития, что отражено в нормативных документах государственного и ведомственного уровня.

Москва занимает активную позицию по формированию приверженности населения ведению здорового образа жизни и профилактике заболеваний среди горожан. Так, в городе проводится широкая информационно-коммуникационная кампания, в ходе которой осуществляется информационно-просветительская работа среди населения о здоровом образе жизни, профилактике хронических неинфекционных заболеваний (артериальной гипертензии, сахарного диабета, онкологических заболеваний)

▲
Сохранение здоровья населения — приоритетное направление государственной политики Российской Федерации

и инфекционных (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, туберкулез), вреде табакокурения и наркомании. Организуются профилактические лабораторные и инструментальные исследования в рамках открытых диагностических дней и консультации врачей отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров здоровья и врачей-специалистов. Проводятся разнообразные тематические флешмобы, оздоровительные забеги и конкурсы. В Москве особое внимание уделяется профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. В рамках пилотного проекта

по кардиомониторингу в 11 городских поликлиниках установили специальные кардиокресла, где любой желающий может сделать электрокардиограмму. Такой массовый скрининг помогает выявлять нарушения сердечного ритма без дополнительных визитов к врачу. Кардиокресла не заменяют приема кардиолога, но помогают быстро оценить фактическое состояние перед визитом. Они также позволяют пройти диагностику сердца тем, кто приходит в поликлинику к другим специалистам и не подозревает о кардиологических проблемах

Опыт Москвы в предотвращении онкологических заболеваний

Московские центры амбулаторной онкологической помощи имеют полный спектр клинических возможностей



Предоставление онкологической помощи в столице происходит в соответствии с московским стандартом оказания онкологической помощи, который был утвержден в 2019

году. На сегодняшний день на базе крупнейших городских стационаров организовано шесть многопрофильных онкологических центров (стационар, патоморфологическая



Фото: mos.ru

МОСКВА ЗАНИМАЕТ АКТИВНУЮ ПОЗИЦИЮ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ



МОСКОВСКОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ СООБЩЕСТВО РАЗРАБОТАЛО ЕДИНЬЙ ГОРОДСКОЙ КЛИЕНТСКИЙ ПУТЬ ПО ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОЗАМ

лаборатория, центры амбулаторной онкологической помощи) с полным спектром клинических возможностей: диагностикой, хирургическим лечением, лекарственной терапией, диспансерным наблюдением и другими.

За каждым центром закреплено население одного или двух административных округов Москвы. Это Московский клинический научный центр имени А. С. Логинова, Московская городская онкологическая больница № 62, Городская клиническая онкологическая больница № 1, Городская клиническая больница имени С. П. Боткина, Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» и Городская клиническая больница имени Д. Д. Плетнева.

В течение последнего года московское профессиональное онкологическое сообщество разрабатывало единый городской клиентский путь по онкологическим диагнозам. Клиентский путь — это выстроенный перечень событий, необходимых исследований, участников процесса, системы ответственности для пациента от подозрения на злокачественное новообразование до пожизненного наблюдения после лечения с учетом федеральных клинических рекомендаций.

Следующий этап проекта — разработка системы мониторинга использования клиентских путей по каждому заболеванию. Ежемесячно на основе медицинской документации формируются данные, позволяющие контролировать выполнение сроков и качество предоставляемой медицинской помощи

в шести стационарах. Эти данные дают возможность верифицировать правильность разработанных клиентских путей и сделать результаты работы медицинских учреждений прозрачными и публичными.

В Москве ведется работа над созданием цифрового реестра прикрепленного населения, где в режиме реального времени можно увидеть, когда человек последний раз был в поликлинике, какими были результаты анализов и являются ли они предпосылками для дальнейшего обследования. По каждому пациенту будет выстраиваться индивидуальный план для проактивного приглашения на обследование. Планируется работать по онкоскринингу с целевыми группами населения: пациентами с предраковыми заболеваниями, людьми с онкологическими заболеваниями в семейном анамнезе, жителями определенной возрастной группы риска возникновения новообразований.

С 2021 года поликлиники активно приглашают горожан из данных групп в эндоскопические центры на гастро- и колоноскопию для раннего выявления новообразований органов пищеварения. Также для пациентов с подозрением на наличие опухоли разработан оптимальный набор исследований по шести видам заболеваний, который позволит в кратчайшие сроки подтвердить или исключить болезнь. Такая работа ведется совместно с профессиональным сообществом и с опорой на мировой опыт.

С 2019 года амбулаторная помощь пациентам с онкологией оказывается в якорных онкоцентрах. Весь спектр диагностических и лечебных процедур оказывается в структуре одной медицинской организации, что существенно повышает качество лечения.

Проактивное диспансерное наблюдение. Мировой опыт

Становление и развитие национальных программ скрининга в разных странах связано в первую очередь с намерением управлять

основными и наиболее распространенными рисками для здоровья. Анализ структуры заболеваемости и смертности позволяет

В ВЕЛИКОБРИТАНИИ ОБЩИЙ СКРИНИНГ КАСАЕТСЯ ОГРАНИЧЕННОЙ ГРУППЫ ЛЮДЕЙ (ОТ 40 ДО 74 ЛЕТ) И ПРОВОДИТСЯ РАЗ В ПЯТЬ ЛЕТ, ОН НАЦЕЛЕН ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО НА СНИЖЕНИЕ РИСКА ИНФАРКТА И ИНСУЛЬТА

выявить эти первоочередные риски. Также значение имеют локальные особенности образа жизни, стиля питания, сформировавшееся отношение к заботе о здоровье.

Великобритания

Программа общего тестирования здоровья населения Национальной службы здравоохранения Великобритании NHS Health Check была запущена в 2009 году для снижения показателей ухудшения здоровья населения от сердечно-сосудистых заболеваний, которые на тот период времени были самой большой причиной смерти взрослых: они до сих пор являются причиной 24 % смертей, уступая только раку.

Реализация программы NHS Health Check находится в ведении местных органов власти, и способ получения услуги зависит от места жительства человека. Проверка здоровья NHS Health Check — это национальная профилактическая программа, целью которой является снижение вероятности сердечного приступа, инсульта или развития определенных форм деменции у людей в возрасте от 40 до 74 лет.

Несмотря на продолжающиеся споры об эффективности периодических медицинских осмотров, они систематически

реализуются на регулярной основе в текущих программах здравоохранения в различных странах. Проверка включает оценку: статуса курения, потребления алкоголя, физической активности, массы тела, артериального давления, холестерина, риска диабета, суммарного 10-летнего риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Граждане в возрасте от 40 до 74 лет, у которых ранее не было выявлено сердечно-сосудистых заболеваний, имеют право на прохождение медицинского осмотра каждые 5 лет.

Результаты обследования должны быть зарегистрированы в карте первичного медицинского осмотра пациента и сообщены ему в рамках проверки. Люди в возрасте от 65 до 74 лет должны быть осведомлены о признаках и симптомах деменции. Также в процессе проверки гражданам оказывается консультационная поддержка в управлении факторами риска, если их результаты имеют отклонения от нормы, что может включать: поддержку в изменении поведения, отказе от курения, контроле за весом, употреблением алкоголя, профилактику диабета, а также советы по физической активности. Большинство медосмотров проводится в кабинетах врачей общей практики и местных

Большинство медосмотров проводится в кабинетах врачей общей практики, но в некоторых районах Великобритании могут предлагаться в формате передвижных установок



Фото: Shutterstock



Фото: Shutterstock



Фото: Shutterstock

аптеках, но в некоторых районах Великобритании они также могут предлагаться в формате передвижных установок или в центрах досуга. Проверка здоровья NHS занимает от 20 до 30 минут. Медицинский работник задает несколько вопросов об образе жизни и семейной истории здоровья, измеряет рост и вес, артериальное давление и делает анализ крови.

В правительственной Зеленой книге «Улучшение нашего здоровья: профилактика в 2020-х гг.» признается, что программа NHS Health Check демонстрирует положительные результаты за последнее десятилетие, но имеет потенциал сделать больше для поддержки политики правительства в обеспечении ведения населением Великобритании здорового образа жизни.

Франция

Медицинское профилактическое обследование (EPS) — это индивидуальное предложение

для граждан Франции, обследование может проводиться каждые 5 лет и позволяет им рассмотреть свое здоровье с профилактической точки зрения. Проверка здоровья проводится по предварительной записи в Центре медицинского осмотра (CES), которым управляет Фонд первичного медицинского страхования.

На сегодняшний день ежегодно проводится более 500 тыс. профилактических медицинских осмотров почти в 90 центрах медицинского осмотра на всей территории Франции, с акцентом на группы населения, сталкивающиеся с трудностями в доступе к системе здравоохранения. Особое внимание уделяется населению, которое находится в ситуации социальной уязвимости, и целенаправленному выявлению групп населения, подвергающихся наибольшему риску.

Проверка длится около двух с половиной часов, проходит в одном месте, является бесплатной и проводится в условиях полной

▲ Во Франции особое внимание уделяется населению, которое находится в ситуации социальной уязвимости

МЕДИЦИНСКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ — ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ГРАЖДАН ФРАНЦИИ, ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ КАЖДЫЕ ПЯТЬ ЛЕТ

конфиденциальности. Все обследования на 100 % покрываются медицинской страховкой без предварительной оплаты застрахованным лицом. Центры медицинского осмотра (CES) образуют уникальную сеть субъектов профилактики, услуги которых призваны дополнить услуги, предлагаемые системой здравоохранения Франции.

Содержание EPS модулируется в зависимости от возраста, пола, личного и семейного анамнеза, образа жизни и медицинского наблюдения. Также осмотр включает медицинские консультации с врачом CES, который комментирует первоначальные результаты проведенных обследований и проводит клинический и физикальный осмотр. По окончании оценки результаты передаются участнику осмотра и его лечащему врачу. При необходимости назначаются консультации специалистов, дополнительные обследования и начинается курс лечения. Также может быть оформлено направление к социальному работнику.

Япония включила в практику специальные медицинские консультации для людей старшего возраста



По окончании медицинского осмотра участнику может быть предложено участие в профилактических программах, среди которых: семинары по санитарному просвещению на темы диеты и физической активности или отказа от курения; семинары по терапевтическому обучению пациентов, у которых есть хронические заболевания (диабет, ХОБЛ) или факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Медицинское профилактическое обследование предоставляется людям, застрахованным Фондом первичного медицинского страхования или Фондом сельскохозяйственного страхования *Mutuelle sociale agricole*.

Япония

Япония, в рамках реализуемой государственной политики в сфере здравоохранения, в значительной степени полагается на медицинские осмотры и пытается улучшить показатели здоровья населения за счет раннего выявления заболеваний. Основываясь

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЯПОНИИ В ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ ПОЛАГАЕТСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ, В СТРАНЕ ПЫТАЮТСЯ УЛУЧШИТЬ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗА СЧЕТ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Фото: Shutterstock



РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ И ДИАГНОСТИКИ ПРИВЕЛО К ПОНИМАНИЮ, ЧТО МНОГИЕ БОЛЕЗНИ МОЖНО ПРЕДОТВРАТИТЬ ИЛИ ОБНАРУЖИТЬ, ПРЕЖДЕ ЧЕМ ОНИ НАНЕСУТ НЕОБРАТИМЫЙ УЩЕРБ

на результатах медицинских осмотров, Япония также стремится поощрять усилия граждан по управлению состоянием здоровья путем предотвращения возникновения или тяжести заболеваний за счет улучшения образа жизни.

Наряду с вниманием людей к гигиене и традиционной национальной диете, сбалансированной по питательным веществам, считается, что медицинские осмотры сыграли важную роль в улучшении здоровья населения за последние десятилетия, это привело Японию к решению сфокусировать политику на развитии системы проверок здоровья населения.

Число пунктов медицинского осмотра и охват целевых групп расширили за последние несколько десятилетий, и плановые медицинские проверки теперь доступны почти всем слоям населения на протяжении всей их жизни. Существуют обязательные по закону медицинские проверки, такие как: медицинские осмотры младенцев и детей дошкольного возраста, ежегодный медицинский осмотр школьников, ежегодный медицинский осмотр штатных сотрудников, ежегодный стресс-тест для всех сотрудников организации и ежегодное специальное обследование людей в возрасте от 40 до 74 лет для профилактики заболеваний, связанных с образом жизни. Существует также ряд других медицинских осмотров и скрининг на онкологические заболевания, которые необязательны, но рекомендуются муниципалитетом или страховой компанией.

В связи с ростом распространенности заболеваний, связанных с образом жизни, включая онкологические, сердечно-сосудистые заболевания и диабет, которые являются причиной высокого бремени болезней, Япония включила в практику специальные медицинские осмотры (Tokutei Kenshin) для населения в возрасте от 40

до 74 лет с 2008 года. Специальная проверка здоровья также направлена на то, чтобы предоставить людям этой возрастной группы возможность переоценить и улучшить свой образ жизни.

Все страховщики японской системы здравоохранения обязаны ежегодно проводить специальные медицинские осмотры для людей этой возрастной группы, поскольку считается, что они имеют более высокий риск развития заболеваний, связанных с образом жизни. Страховщики должны предоставить общенациональный стандартный набор позиций медицинского осмотра. Работающим людям в возрасте от 40 до 74 лет, проходящим обязательный базовый медицинский осмотр работников (Ippan Kenshin), не нужно дублировать осмотры и проходить специальный осмотр Tokutei Kenshin.

США

Общие медицинские осмотры или оздоровительные визиты являются второй наиболее распространенной причиной амбулаторных посещений в Соединенных Штатах (США), на которую приходится около 8 % из примерно 900 миллионов ежегодных обращений. Почти все страховые компании обеспечивают частичное или полное финансовое покрытие этих визитов. В рамках государственной программы страхования Medicare скрининговые мероприятия покрываются только частью данной программы.

В США вопросами оценки программ раннего выявления заболеваний и скрининга занимается уполномоченная организация — Рабочая группа по профилактическим услугам (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF). В задачи Рабочей группы входит рассмотрение научных доказательств клинической и экономической эффективности профилактических мероприятий с целью выработки рекомендаций для системы здравоохранения,

В Японии работодатели обязаны проводить медицинские осмотры работников раз в год, а работники обязаны их проходить. Во время медицинского осмотра для сотрудников компаний и государственных служащих доступен скрининг на рак.

ОБЩИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВТОРОЙ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПРИЧИНОЙ АМБУЛАТОРНЫХ ПОСЕЩЕНИЙ В США




Фото: Shutterstock

▲ По результатам первичного профилактического визита (IPPE) пациент может быть направлен на дообследование и консультацию узких специалистов

а также обновления клинических рекомендаций по мерам профилактики.

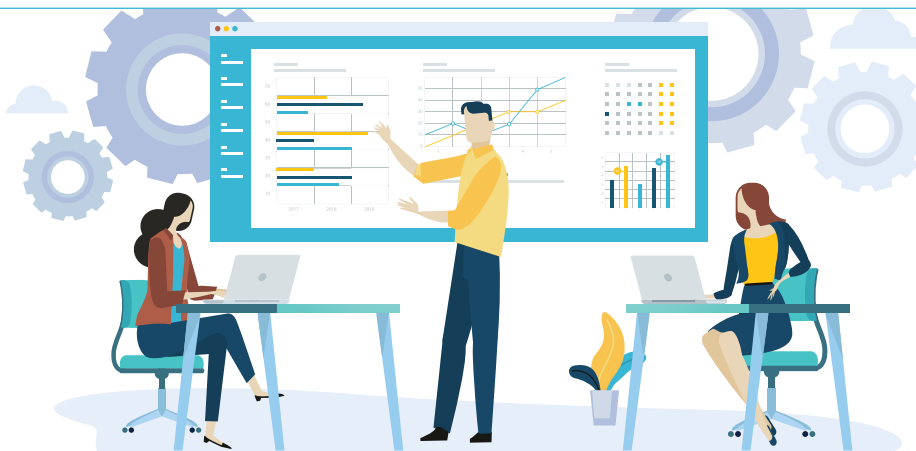
Ежегодное оздоровительное посещение Annual Wellness Visit населением установлено Законом о доступном медицинском обслуживании. Бенефициары программы страхования Medicare, которые заключили договор на срок более года, имеют право на получение услуги один раз в 12 месяцев. Во время этих визитов поставщик медицинских услуг разрабатывает или обновляет индивидуальный план профилактики, чтобы помочь снизить вероятность заболевания и инвалидности пациентов. Визит может включать широкий спектр услуг, таких как изучение истории болезни и семейного анамнеза, разработка/обновление сведений о текущих поставщиках медицинских услуг и назначений, сбор данных о рутинных измерениях, варианты лечения факторов риска и разработка графика скрининга. Медицинские работники также просят пациентов пройти оценку риска для здоровья

и могут провести оценку когнитивных нарушений для выявления признаков болезни Альцгеймера или деменции.

Программой Medicare предусматривается также начальный профилактический медицинский осмотр Initial Preventive Physical Examination, называемый профилактическим посещением IPPE, или «Добро пожаловать в Medicare». Эта услуга предоставляется вновь зарегистрированным участникам программы Medicare один раз в течение первых 12 месяцев. Осмотр включает обзор медицинской и социальной истории пациента в отношении здоровья и образования, а также консультирование по поводу профилактических услуг. В этот визит также включены такие услуги, как скрининг рисков для здоровья, прививки от гриппа и направления для получения другой медицинской помощи; рутинные измерения; расчет индекса массы тела; проверка зрения; оценка потенциального риска депрессии и письменный план с указанием необходимых услуг. 



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



Конгрессы и выставки

НИИОЗММ ДЗМ – крупнейший организатор конгрессно-выставочных и научно-образовательных мероприятий под патронатом Департамента здравоохранения города Москвы, провайдер образовательных мероприятий и материалов для НМО

КОМПЕТЕНЦИИ

- Рассмотрение и проведение экспертизы заявок от организаторов мероприятий на оказание поддержки Департамента здравоохранения города Москвы.
- Формирование проекта плана мероприятия, направление его на утверждение в Департамент здравоохранения города Москвы.
- Организационно-методическая поддержка: мониторинг качества проведения конгрессно-выставочных и научно-практических мероприятий, посещаемости специалистами соответствующего направления; информирование подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы организаций и учреждений соответствующего медицинского направления о проводимых мероприятиях; подготовка сводного аналитического отчета.
- Координация взаимодействия структурных подразделений и главных внештатных специалистов ДЗМ по вопросам проведения мероприятия.
- Проведение официальных профильных медицинских мероприятий для организаций столичного здравоохранения и Правительства Москвы, включая полный цикл работ по организации, проведению и техническому сопровождению мероприятий.
- Проведение мероприятий в очной, цифровой и гибридной формах на медицинской цифровой событийной платформе нового поколения «Московская медицина».
- Помощь в приглашении зарубежных и российских спикеров, модераторов и лидеров мнений.
- Формирование аудитории.
- Медиа и PR-сопровождение.

МЕРОПРИЯТИЯ 2021 ГОДА:

71 млн участников

157 000 из них –
УЧАСТНИКИ МЕРОПРИЯТИЙ
НА ЦИФРОВОЙ ПЛАТФОРМЕ
«МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА»

БОЛЕЕ **1000**
МЕРОПРИЯТИЙ

ОКОЛО **300** из них –
НА ЦИФРОВОЙ ПЛАТФОРМЕ
«МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА»



ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА НАШЕГО ОТДЕЛА – СОЗДАТЬ НЕОБХОДИМОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ ПОЛЕ О ГОТОВЯЩЕМСЯ МЕРОПРИЯТИИ, РАССКАЗАТЬ ОБ ИННОВАЦИЯХ, ПРЕИМУЩЕСТВАХ И НОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ, КОТОРЫЕ ОНО ОТКРЫВАЕТ ПЕРЕД ЕГО УЧАСТНИКАМИ».

Лилия ЦВЕТКОВА, *руководитель отдела*



Помощник врача — ключевой ресурс программы проактивного диспансерного наблюдения

Материал подготовлен на основе аналитического доклада «Проактивное диспансерное наблюдение» под ред. Е. И. Аксеновой

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»



Фото: Shutterstock

Медицину будущего обычно ассоциируют с высокими технологиями, достижениями в генетике, развитием искусственного интеллекта, прорывными открытиями в науке. В числе ее главных фундаментальных принципов — превентивность. Формирование системы проактивного диспансерного наблюдения — важный и закономерный шаг в совершенствовании первичной медико-санитарной помощи и одна из ступеней в развитии превентивной медицины.



Профиль помощника врача

Основной пул пациентов в системе амбулаторной помощи — это люди с хроническими неинфекционными заболеваниями. Своевременная помощь и постоянный контроль состояния здоровья этой категории пациентов — ключ к снижению предотвратимой смертности и увеличению продолжительности жизни человека, повышению ее качества.

Создание системы проактивного диспансерного наблюдения позволяет управлять здоровьем людей из группы риска и принимать упреждающие меры. В центре системы — человек, а суть ее — в организации индивидуальной программы взаимодействия и формировании гибкого ритма этого взаимодействия в соответствии с индивидуальными факторами риска каждого пациента, его состоянием здоровья, образом жизни.

Связующим звеном между системой здравоохранения и человеком в структуре проактивного диспансерного наблюдения становится помощник врача. Именно с его стороны

обеспечивается персонализация процесса, вовлеченность и ответственное отношение пациента к своему здоровью, формирование и укрепление его приверженности диспансерному наблюдению. В конечном итоге это существенно влияет на значимость здоровья в общей системе ценностей человека, ведет к осознанному отношению к образу жизни и принимаемым решениям.

Концепция помощника врача не должна рассматриваться как конкурирующая с моделью деятельности медицинской сестры, а скорее должна восприниматься в качестве поставщика услуг, который работает непосредственно под наблюдением медицинского работника. Помощник врача является дополнением к оказанию медицинской помощи и привлечет более широкий круг людей, чем уже привлечен к профессии медсестры. Во многих отношениях это рассматривается как карьерный рост для тех, кто обладает разнообразными навыками в области здравоохранения, например для парамедиков.

Помощники работают в связке с врачом и обеспечивают персонализацию оказания медицинской помощи и вовлеченность пациента в лечебный процесс.



Фото: Shutterstock

КОНЦЕПЦИЯ ПОМОЩНИКА ВРАЧА НЕ ДОЛЖНА РАССМАТРИВАТЬСЯ КАК КОНКУРИРУЮЩАЯ С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ. ПОМОЩНИК – СВЯЗУЮЩЕЕ ЗВЕНО МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

i ПОМОЩНИК ВРАЧА

Это специалист с медицинским образованием: среднее профессиональное образование по специальности «сестринское дело» или среднее профессиональное образование по специальности «лечебное дело», «акушерское дело» и дополнительное профессиональное образование по программе профессиональной переподготовки по специальности «сестринское дело» или высшее медицинское образование «бакалавриат» по направлению подготовки «сестринское дело». Он должен иметь сертификат / аккредитационное свидетельство по специальности «сестринское дело» или «общая практика» и опыт работы в медицинской организации не менее трех лет.

Опыт Москвы

Задачи и функции помощника врача

Помощник врача должен обладать определенными компетенциями. Он должен уметь организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество, планировать свое рабочее время. Помощнику врача придется принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность. Он обязан осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития, использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

В круг обязанностей помощника врача входит организация рабочего места, соблюдение требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности. Он должен знать и применять законодательство в сфере охраны здоровья граждан, работать с персональными данными пациента в соответствии с действующим в Российской Федерации законодательством, осуществлять деловую коммуникацию в устной и письменной формах.

Особенно ценятся такие качества помощника врача, как умение общаться, быстро и четко устанавливать деловые и дружеские контакты с людьми, инициативность при организации взаимодействия с пациентами и медицинскими специалистами. Он должен уметь обосновывать свою позицию, уважать интересы других, разрешать конфликты на уровне пациентов, уметь убеждать пациента в необходимости прохождения диспансерного наблюдения.

Совместно с лечащим врачом помощник ставит цели по диспансерному наблюдению пациентов, взаимодействию с пациентами, их родственниками и медицинскими специалистами. Кроме того, помощник врача должен ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности, бережно относиться к историческому наследию и традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия пациентов.

Профессиональные компетенции:

- Представлять информацию в доступной для пациента форме, объяснять ему суть вмешательств.
- Сотрудничать с организациями и службами, включенными в оказание медицинской помощи пациенту и уходу за ним.

В Москве помощники врача подключились к проактивному динамическому диспансерному наблюдению пациентов в апреле 2022 года.

СОВМЕСТНО С ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ ПОМОЩНИК СТАВИТ ЦЕЛИ ПО ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ И МОТИВИРУЕТ ПАЦИЕНТОВ РЕГУЛЯРНО ПРОХОДИТЬ МЕДОСМОТРЫ



ПОМОЩНИКУ ВРАЧА ПРИДЕТСЯ ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЯ В СТАНДАРТНЫХ И НЕСТАНДАРТНЫХ СИТУАЦИЯХ, НЕСТИ ЗА НИХ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ОБОСНОВЫВАТЬ СВОЮ ПОЗИЦИЮ



Фото: mos.ru

- Оказывать доврачебную медицинскую помощь при неотложных и экстремальных состояниях.
- Работать с нормативно-правовой, учетно-отчетной и медицинской документацией.
- Оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека на индивидуальном, групповом уровнях для решения профессиональных задач в пределах своей компетенции.
- Принимать участие в проведении анализа медико-статистической информации о состоянии здоровья пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением.
- Оказывать помощь пациентам в реализации планов диспансерного наблюдения.
- Интерпретировать результаты исследований и разъяснять пациентам особенности течения заболевания и выбора тактики лечения в пределах своей компетенции.
- Разъяснять пациентам влияние выявленных факторов риска развития

неинфекционных заболеваний, системные меры по снижению их влияния на здоровье.

- Знать и использовать основные нормы медицинского права в Российской Федерации и Москве.
- Принимать участие в разработке и проведении профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний пациента (населения).
- Использовать различные приемы, методы для распространения знаний о здоровом образе жизни для конкретного пациента.
- Уметь донести до пациента правила подготовки к инструментальным и лабораторным исследованиям и ход их выполнения.

Цифровые компетенции

- Обладать цифровой грамотностью.
- Вести документационное обеспечение профессиональной деятельности с учетом современных информационных технологий.
- Использовать в профессиональной деятельности алгоритмы решения стандартных

▲ Помощник врача — специалист со средним медицинским образованием

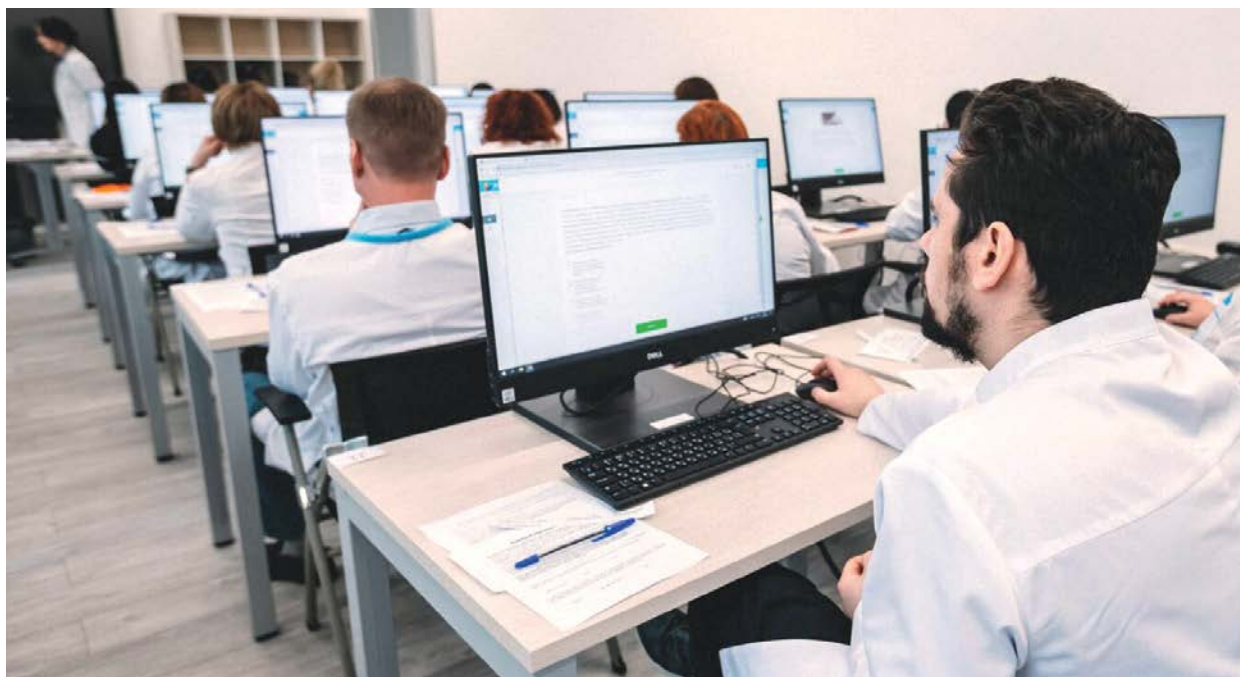


Фото: mos.ru

ПОМОЩНИК ВРАЧА ОБЯЗАН УМЕТЬ ОКАЗЫВАТЬ ПЕРВИЧНУЮ ДОВРАЧЕБНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ, ПРИМЕНЯТЬ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗНАНИЯ ПСИХОЛОГИИ

▲
Прежде чем стать помощником врача, нужно пройти специальную подготовку

организационных задач с применением информационных технологий.

- Осуществлять эффективный поиск информации, необходимой для решения задач профессиональной деятельности, с использованием правовых справочных систем и профессиональных баз данных, а также базы знаний помощников врачей ДЗМ.
- Знать особенности ведения профессиональной деятельности в ЕМИАС.
- Знать особенности работы кол-центра и специализированного программного обеспечения кол-центра.
- Знать функционал цифровой базы знаний (вопросы — ответы) и уметь работать с программным продуктом.

Обязанности помощника врача городской поликлиники

- Осуществлять общение с пациентами, в том числе для записи на прием, фиксирование ответов на вопросы пациентов об их

статусе и состоянии здоровья посредством телефонной связи.

- Организовывать запись, перенос или отмену записи на исследования, обследования, прием врача.
- Осуществлять планирование посещений пациентами медицинской организации лечащего врача и конкретных медицинских специалистов.
- Вести протокол общения с пациентом посредством телефонной связи.
- Обеспечивать взаимодействие пациента с лечащим врачом и специалистами на основе информации о пациенте в системе ЕМИАС.
- Использовать методические материалы и речевые модули, разработанные структурным подразделением медицинской организации, для обеспечения взаимодействия с пациентами.
- Пользоваться программой ЕМИАС (запись + ЭМК).



- Использовать в работе «базу знаний» при общении с пациентом.
- Фиксировать вопросы от пациентов и ответы в «базе знаний».
- Своевременно информировать пациентов о появлении изменений в плане диспансерного наблюдения по решению лечащего врача.
- Конфиденциально управлять учетными записями пациентов с контактной информацией и данными о здоровье (ЕМИАС, дневник наблюдений, ЭМК).
- Проводить обучение пациентов работе с дневником наблюдений, ЭМК в ЕМИАС.
- Проводить консультирование пациентов по вопросам хронических заболеваний и основного заболевания: вопросам питания, возможным осложнениям, а также по образу жизни и порядку действий при возникновении осложнений.
- Информировать пациента о правилах подготовки к лабораторным, инструментальным и аппаратным исследованиям.
- Принимать решения о необходимости внеплановой связи с пациентом и записи его на прием к врачу.
- Оказывать первичную доврачебную медико-санитарную помощь в неотложной и экстренной формах.
- Консультировать пациентов и их законных

представителей о порядке оказания доврачебной помощи и вызова скорой медицинской помощи.

- Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований в пределах своей компетенции.
- Консультировать пациентов по их запросу по минимизации факторов риска развития неинфекционных заболеваний.
- Осуществлять заполнение контрольной карты диспансерного наблюдения перед посещением пациентом конкретного медицинского специалиста для последующей работы с контрольной картой диспансерного наблюдения.
- Применять в практической деятельности знания психологии профессионального общения.
- Соблюдать принципы этики и деонтологии, правила техники безопасности, охраны труда, правила трудового распорядка медицинской организации.
- Готовить отчет о диспансерном наблюдении прикрепленных пациентов.

Для повышения компетентности в вопросах организации и проведения диспансерного наблюдения, а также в вопросах использования информационной системы разработана образовательная программа в объеме 72 академических часа, состоящая из трех

Помощники врача должны обладать хорошими организаторскими способностями и медицинскими знаниями, свойственными специалисту со средним медицинским образованием.

Специалисты московских поликлиник помогают пациентам сориентироваться в пространстве медучреждений и системе оказания помощи



Фото: mos.ru



Фото: mos.ru

ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КОМПЕТЕНТНОСТИ В ВОПРОСАХ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ **РАЗРАБОТАНА ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В ОБЪЕМЕ 72 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСА**

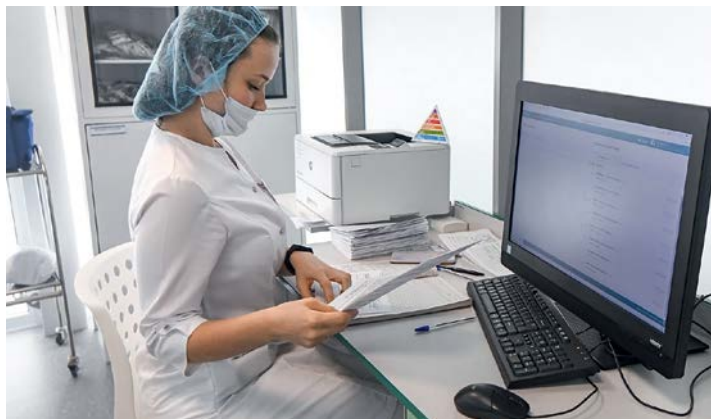


Фото: mos.ru



Фото: mos.ru

▲ Помощники врача интерпретируют результаты лабораторных и инструментальных исследований в пределах своей компетенции

блоков по 18 ч. Темы занятий: «Командная работа для координации пациентов», «Практика общения с пациентами и медицинской командой», «Эмоциональный интеллект и профилактика эмоционального выгорания специалистов», «Функционал ЕМИАС в реализации дистанционного диспансерного наблюдения»,

«Управление временем», «Введение в диспансерное наблюдение», «Консультирование и медицинское сопровождение пациентов (медицинский блок)», «Лабораторные и инструментальные исследования в рамках диспансерного наблюдения».

Алгоритмы действий помощника врача при диспансерном наблюдении

Для помощи врачам и пациентам создана команда помощников — специалистов поликлиник со средним медицинским образованием. На базе поликлиник для этого формируются отдельные подразделения. На первом этапе такая команда будет помогать врачам контролировать состояние пациентов с хроническими заболеваниями. Индивидуально вести каждого пациента и наблюдать за развитием болезни в динамике медикам поможет специальный сервис в ЕМИАС: участковый врач в системе видит информацию о пациентах с хроническими заболеваниями по девяти нозологиям, поставленным на диспансерное наблюдение. Во время осмотра он определит необходимые обследования, сформирует

электронные направления на исследования, консультации других специалистов, назначит необходимую лекарственную терапию и выпишет электронный рецепт на препараты. Далее врач оценит результаты исследований и при необходимости скорректирует программу наблюдения и лечения.

Помощник врача следит за состоянием пациента в перерыве между приемами. Например, если пациент с хроническим заболеванием обращается за срочной помощью, госпитализируется или получает консультацию специалиста в другом учреждении, то его лечащий врач может это отследить, связавшись через помощника с пациентом, и при необходимости скорректировать лечение.

НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ КОМАНДА ПОМОЩНИКОВ БУДЕТ ПОМОГАТЬ ВРАЧАМ МОСКВЫ КОНТРОЛИРОВАТЬ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



В НЕКОТОРЫХ СТРАНАХ ПОМОЩНИКА ВРАЧА НАЗЫВАЮТ «МЛАДШИЙ ВРАЧ». ОНИ ПРОХОДЯТ ОБУЧЕНИЕ ПО ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ МОДЕЛИ И РАБОТАЮТ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ВРАЧА

Эффективность деятельности помощника врача оценивается многосторонне. Критериями оценки выступают снижение числа вызовов скорой медицинской помощи пациентам, состоящим на диспансерном наблюдении; уменьшение частоты обострений хронических заболеваний; сокращение числа госпитализаций по экстренным медицинским показаниям и по поводу обострений и осложнений

заболеваний. Кроме того, учитывается приверженность лечению у пациента, знание дня очередного посещения в рамках диспансерного наблюдения и перечня ожидаемых результатов лечения, а также своевременная постановка пациента помощником врача на диспансерный учет — в течение 10 недель с момента постановки диагноза.


Зарубежный опыт

Роль помощника врача в оказании медицинской помощи была впервые введена в 1960-х гг. в США как решение проблемы нехватки врачей, увеличения потребностей населения в медицинской помощи и роста затрат на оказание медицинской помощи. С тех пор многие страны мира использовали эту успешную модель в качестве эталона для руководства как обучением помощника врача, так и включением этой роли в свои системы здравоохранения. В то время как США сохранили название «помощник врача», Ирландия и Великобритания используют другое название — «младший врач». Помощники / младшие врачи проходят обучение по общей медицинской модели и работают под наблюдением врача. Задачи, связанные с их деятельностью, включают сбор истории болезни пациента, проведение обследований, постановку диагноза, запрос анализов, анализ результатов и начало лечения. Они практикуют по широкому кругу специальностей и направлений. Помощники врача в США и Нидерландах имеют право выписывать рецепты.

Помощники врача — медицинские работники, прошедшие обучение по медицинской модели оказания помощи и имеющие лицензию на медицинскую практику под наблюдением врача. Они выполняют ряд медицинских

задач, включая медицинский осмотр, диагностику и лечение заболеваний, заказ и интерпретацию медицинских анализов, помощь в хирургии, выписку рецептов и оказание профилактических медицинских услуг. Все эти задачи реализуются в рамках делегированной практики, при этом помощник врача находится либо рядом с врачом, либо под наблюдением медицинского работника на расстоянии.

Те, кто работает в сфере первичной медико-санитарной помощи, занимаются семейной практикой, педиатрией и женским здоровьем. Места, где они работают, включают частную практику врачей семейной медицины (эквивалентную терапевту) или сельскую/отдаленную практику, связанную с наблюдающим врачом, который может находиться на некотором расстоянии. Другие условия включают тюремные службы, поликлиники без предварительной записи в районах с ограниченными ресурсами, амбулаторные учреждения и должности специалистов по гигиене труда.

Они также работают в больницах и специализированных учреждениях. К ним относятся травматологические центры, службы почечного диализа, педиатрии, терапевтические и хирургические отделения, специализированные отделения, такие как гастроэнтерология, урология, дерматология и кардиологические службы. 

За рубежом помощники врача зачастую выступают в качестве основного поставщика медицинских услуг. Они могут диагностировать заболевания, управлять планами лечения и назначать лекарства.

Психологический комфорт персонала как элемент ценностно-ориентированного здравоохранения

Алла Гехт



Профессия врача сопряжена с большими психоэмоциональными нагрузками. В период пандемии в НПЦ имени З. П. Соловьева была разработана специальная психотерапевтическая программа. О том, как решается проблема профессионального выгорания и насколько важен психологический комфорт персонала с точки зрения ценностно-ориентированного подхода в медицине, рассказала директор НПЦ имени З. П. Соловьева Алла Гехт.

Фото: НПЦ им. З. П. Соловьева

Алла Гехт, директор ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы», профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ

— Расскажите, пожалуйста, об опыте психологической и психотерапевтической работы в период пандемии COVID-19.

— В первые месяцы пандемии неизвестность течения болезни, высокая летальность, отсутствие лечения и вакцины от инфекции способствовали возникновению страха. Повысился уровень тревожности и депрессии, что у многих людей проявлялось в виде нарушений сна, повышенной утомляемости, трудностей саморегуляции.

Заболевшие и поступившие на лечение в стационары города люди наряду с тяжелым соматическим состоянием подверглись тяжелейшему стрессовому воздействию — медперсонал вокруг в средствах индивидуальной защиты, отсутствие близких рядом, неизвестность прогноза — все это дополнительно отягощало состояние. В связи с этим в «первую волну» Департаментом здравоохранения города Москвы было принято решение о направлении психологов и врачей-психотерапевтов нашего центра непосредственно в красные зоны ГКБ № 40, ГКБ № 15 им. О. М. Филатова, ГКБ № 31, ГКБ № 57 им. Д. Д. Плетнева, филиал ГКБ им. В. П. Демидова — клиника Вороновское. С марта по июнь 2020 года сотрудники НПЦ им. З. П. Соловьева оказывали психолого-психотерапевтическую помощь пациентам с COVID-19, пребывая с ними в непосредственном



контакте в инфекционных отделениях. В значительной степени это напоминало работу в кризисных, чрезвычайных ситуациях. Ее методология формировалась в самом процессе оказания помощи, так как использовать известные алгоритмы и стратегии в данных условиях было весьма затруднительно. Наши специалисты столкнулись с непредсказуемостью и большой вариативностью ситуаций. Это и тревожно-фобические реакции, непосредственно связанные с течением или последствиями коронавирусной инфекции, депрессивная симптоматика, отсутствие комплаенса с врачом. Особое место в работе психолога и психотерапевта занимали пациенты, которые перенесли потерю близкого человека (мужа, жены, родителей), скончавшегося от коронавируса в случаях семейного течения болезни. Было очень непросто вернуть этим людям веру в жизнь, нормализовать их повседневную активность, наладить отношения с окружающими.

— К каким последствиям может привести профессиональное выгорание?

— Опасность заразиться самому и заразить своих близких, огромная ответственность за человеческие жизни, тяжелейшие условия работы в средствах индивидуальной защиты и ряд других факторов, помимо последствий для физического здоровья, несли в себе риски для психического благополучия работавших с больными медицинскими работниками. Проблема профессионального выгорания медицинских работников в условиях пандемии COVID-19 имела высокую актуальность. По данным ряда международных исследований, у врачей и медицинских сестер, оказывающих медицинскую помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией, регистрируется высокий уровень тревоги и депрессии, а в ряде случаев — суицидальные мысли. В ситуации пандемии психическое здоровье сотрудников здравоохранения почти сразу привлекло к себе повышенное внимание. При этом важно понимать: психическое благополучие — это не просто отсутствие психического расстройства. Хронический стресс, усталость, риск передачи инфекции близким, переутомление, самообвинение, боязнь заражения и смерти, отсутствие перерывов и выходных и негибкость графиков работы могут отрицательно повлиять на психическое здоровье медицинских работников независимо от того,

соответствует ли их психическое состояние критериям расстройства или нет. Возможны симптомы, такие как чувство раздражения, гнева, неуверенность, стресс, нервозность или беспокойство, недостаток мотивации, усталость, чувство грусти, депрессии или подавленности, трудности засыпания или концентрации. Отрицательные эффекты на психическое здоровье могут привести к нездоровому поведению.

— Как появилось понимание необходимости работы с персоналом?

— Возрастающее негативное влияние на психическое здоровье сотрудников здравоохранения во время подобных кризисов, подобных пандемии COVID-19, не является новой проблемой. Данные о высоком уровне психических расстройств появлялись после вспышки атипичной пневмонии в 2003 году в Гонконге, во время эпидемии Эболы в Западной Африке, во время вспышки MERS. К сожалению, известны и случаи суицидов медицинских работников во время таких экстремальных событий. На фоне нынешней пандемии в ряде авторитетных международных изданий опубликована серия статей о росте уровня возникновения суицидальных мыслей и идей о самоповреждении среди медицинских работников.

ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС, УСТАЛОСТЬ, ОТСУТСТВИЕ ПЕРЕРЫВОВ И ВЫХОДНЫХ, НЕГИБКОСТЬ ГРАФИКОВ РАБОТЫ МОЖЕТ ОТРИЦАТЕЛЬНО ВЛИЯТЬ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

По данным кембриджских исследователей, данные в Европе и Азии колеблются от 3,6 % до 11 %, по данным австралийских исследователей, суицидальные настроения возникали у 10,5 %. Доктора Малайзии даже призвали к созданию плана действий по недопущению суицидов медицинских работников в своей стране.

Большинство специалистов в области здравоохранения ставят здоровье пациентов на первое место и не задумываются о необходимости помощи самим себе. Некоторые боятся осуждения со стороны других или чувствуют себя эгоистами при мысли об удовлетворении собственных нужд, другие же просто не замечают, что собственное психическое здоровье находится на грани.

Многие медицинские работники сами переболели ковидом и, соответственно, столкнулись с его последствиями в виде симптомов постковида, которые могут быть связаны как с психологическими факторами, так и нейробиологическими изменениями. Многочисленные исследования указывают на то, что психиатрические

последствия COVID-19 представляют собой серьезную клиническую проблему. Опыт предыдущих эпидемий (в частности, наблюдение за больными, перенесшими инфицирование SARS-CoV-19) продемонстрировал, что психиатрические заболевания и хроническая усталость сохранялись и оставались клинически значимыми в течение 4-летнего периода наблюдения. Недавно проведенное в Великобритании исследование показало, что через 2–3 месяца от начала COVID-19 пациенты чаще сообщали о симптомах умеренной и тяжелой тревоги и депрессии по сравнению с контрольной группой. В исследовании итальянских авторов больные, пережившие COVID-19, также страдали от различных нарушений: посттравматического стрессового расстройства (28 %), депрессии (31 %), повышенной тревожности (42 %), обсессивно-компульсивных симптомов (20 %) и бессонницы (40 %).

— Как разрабатывалась программа психотерапевтической поддержки врачей?

— По распоряжению Департамента здравоохранения города Москвы в НПЦ им З. П. Соловьева с учетом рекомендаций ВОЗ была разработана специальная программа, направленная на повышение психологической устойчивости и профилактику эмоционального выгорания персонала в условиях пандемии COVID-19. Программа проходила на базе нашего центра с октября 2020 года по июль 2022 года. На ее основе получен патент № RU2766285C1 на изобретение «Экспресс-реабилитация медицинских работников, находящихся в условиях повышенных нагрузок в период пандемии». При этом следует отметить, что у приходивших к нам врачей и медицинских сестер, несмотря на длительность пандемии, не наступала адаптация к условиям работы в инфекционном стационаре. Наши специалисты проводили тестирование, которое показало, что даже у проходивших программу повторно до начала программы неизменно регистрировался высокий уровень дистресса, выражавшийся в повышенной тревожности и неудовлетворительном самочувствии. Однако после ее прохождения отмечалось достоверное ($p < 0,001$) улучшение эмоционального состояния сотрудников. Отрадно отметить, что регистрировалось значительное увеличение числа участников с благоприятными показателями по факторам самочувствия и настроения.

СПЕЦИАЛЬНО РАЗРАБОТАННАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ УПРАЖНЕНИЙ ПОЗВОЛЯЕТ СНЯТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ФИЗИЧЕСКОЕ НАПРЯЖЕНИЕ, АКТИВИЗИРОВАТЬ МОЗГОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

— В чем заключалось оздоровительное воздействие программы?

— Целью программы являлось формирование навыков саморегуляции и механизмов совладания со стрессом, повышение адаптационных ресурсов участников. Программа состоит из двух модулей — психотерапевтического и психофизиологического. На первом этапе (психотерапевтический модуль) участников обучают приемам стресс-менеджмента — способам управления эмоциональным состоянием и формированию эффективных адаптационных стратегий в условиях действия хронических стрессоров как физической, так и психологической природы. Участники программы обучаются навыкам опознания стрессовых симптомов, навыкам выявления и снижения частоты нежелательных эмоций, методам релаксации и управления эмоциональными состояниями — диафрагмальному дыханию, навыкам осознанности, навыкам прогрессивной мышечной релаксации, медитации.

Немаловажной частью психотерапевтического модуля программы являлось привлечение внимания участников к необходимости внимательного отношения к себе и своему состоянию со стороны медицинских работников и применению навыков самопомощи. Второй этап программы включал психофизиологический модуль, состоявший из последовательного комплексного физиотерапевтического воздействия с применением нескольких методов, взаимно потенцирующих друг друга. Этот модуль стартовал с комплекса лечебной физкультуры, включавшего динамические упражнения для крупных и мелких суставов, упражнения для ослабления мышц туловища, координационные упражнения для улучшения кровоснабжения головного мозга, дыхательные упражнения — диафрагмальное дыхание и звуковую гимнастику. Специально разработанная последовательность упражнений позволяла снять эмоционально-физическое напряжение, активизировать мозговую деятельность, улучшить трофику тканей.

На следующем этапе в психофизиологическом модуле проводился комплекс физиотерапевтических методик с элементами сегментарно-рефлекторного и точечного воздействия на организм. В числе прочих осуществлялось с помощью «Релаксационной альфа-капсулы», что потенцировало действие проведенных ранее процедур и позволяло усилить восстановительный



эффект. В завершение модуля участникам программы проводился сеанс рефлексотерапии с целью восстановления функциональной активности организма, снятия стрессорных реакций организма (психоэмоциональное перенапряжение, угнетение иммунных реакций), а также для дальнейшей пролонгации полученных эффектов.

— Сколько медицинских работников смогли принять участие в программе психотерапевтической поддержки?

— Мы понимали, что далеко не все медицинские работники могли приехать на программу в наш центр и пройти полный курс оздоровительных процедур. Для максимально широкого охвата выездные бригады, состоявшие из психолога и инструктора ЛФК, ездили непосредственно в больницы. Наши специалисты проводили тренинги и лечебную физкультуру практически на рабочих местах. Благодаря такому подходу в программе приняли участие более 13 тысяч медицинских работников учреждений здравоохранения Москвы.

— Как можно измерить и оценить пользу подобной работы с точки зрения ценностно-ориентированного подхода к здравоохранению?

— Здоровье, а не лечение должно являться основным результатом медицины. Выдвинутая более десяти лет назад Майклом Э. Портером из Гарварда концепция здравоохранения, основанного на ценности (Value-based healthcare), предполагает смещение акцента в деятельности здравоохранения с объема лечения на здоровье, измеряемое с точки зрения ценностей пациента. При этом ориентированный на пациента подход будет ключом к пониманию ценности. Необходимо учитывать сложные и взаимосвязанные потребности каждого пациента в течение всего цикла лечения, проявлять уважение к больному, ориентироваться на его интересы и ожидания. А для этого врач сам должен иметь хорошее здоровье, быть гармоничным и стабильным. И наши специалисты очень старались сделать так, чтобы даже однократный тренинг дал коллегам инструмент копинг-стратегий, научил их беречь свое собственное здоровье и, соответственно, эффективно восстанавливать здоровье своих пациентов.

— Как это сказывается на работе с пациентами и на эффективности работы врачей?


— Мы не ставили задачу оценить данную работу и меру позитивного воздействия проведенных мероприятий на психическое здоровье медицинских работников.

Однако отзывы участников программы и их руководителей свидетельствуют о том, что благодаря этой работе коллеги научились беречь и восстанавливать собственные ресурсы, могли уверенно и качественно выполнять свою работу, вселять в своих пациентов веру в выздоровление.

— Можно ли назвать подобную работу с врачами инвестицией в качество медицинской помощи?

— Да, конечно же, это действенная и масштабная инвестиция. Мы убеждены, что сумели предотвратить развитие серьезных расстройств адаптации у медицинских работников, а в ряде случаев — и тяжелых психических расстройств. Позитивно мыслящий и энергично работающий врач вселяет уверенность и в своих пациентов, способствуя их скорейшему выздоровлению. В настоящее время программа завершена, но мы не останавливаем нашу помощь медицинским работникам. Во всех лечебных учреждениях есть информация о наших контактах. Любой медицинский работник имеет возможность проконсультироваться дистанционно или очно, а при необходимости — пройти курс восстановительного лечения.

— Что делается в целях увеличения доступности психотерапевтической помощи для москвичей?

— В этом году впервые в рамках проекта «Здоровая Москва» в павильонах, расположенных в парковых зонах, вели прием врачи-психотерапевты нашего центра. Мы понимаем, что многие люди испытывают тревогу, связанную с необходимостью обращения в медицинские организации психоневрологического профиля, поэтому очень рады тому, что москвичам была предоставлена возможность получить специализированную медицинскую помощь в менее формальной обстановке. На прием к психотерапевту направлялись люди, заполнившие заранее разосланные анкеты. В настоящее время мы работаем над тем, чтобы расширить данную программу и предоставить возможность получить высокопрофессиональные консультации максимально широкому кругу жителей столицы. Мы проводим дни открытых дверей в наших филиалах, даем информацию в СМИ и очень надеемся, что эта работа позволит москвичам быстро и эффективно находить ответ на волнующие их вопросы, получать качественную медицинскую помощь и оставаться здоровыми. Возможности нашего центра по поддержанию психического здоровья велики, и мы всегда готовы оказать качественную помощь всем нуждающимся. 

Телемедицина в детской психиатрии в ракурсе ценностно-ориентированных технологий

Олег Хайретдинов



Специалисты Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой одни из первых стали применять телемедицинские консультации в детской психиатрии. О том, насколько эффективны новые технологии и каковы их перспективы, рассказал ведущий научный сотрудник центра Олег Хайретдинов.

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

Олег Хайретдинов, к. м. н., ведущий научный сотрудник, врач-психиатр ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»

— Олег Замильевич, когда телемедицина была интегрирована в работу вашего центра?

— В работу Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы (далее — Центра) телемедицинские технологии вошли с начала 2020 года, когда совместно с Научно-практическим клиническим центром диагностики и телемедицинских

технологий Департамента здравоохранения города Москвы мы запустили небольшой, но интересный исследовательский проект по использованию телемедицины в детской психиатрии. Подобной практики раньше никогда не было. Пятеро энтузиастов — врачей-психиатров начали проводить онлайн-консультации пациентов детского и подросткового возраста с учетом имеющихся законодательных требований. А через три месяца началась пандемия COVID-19, которая побудила нас значительно расширить этот проект. Вместо пяти врачей было подготовлено почти 90 специалистов, и они стали проводить онлайн-консультации в повседневном режиме. Изначально мы не планировали наш локальный эксперимент разворачивать настолько широко, но жизнь распорядилась иначе, и в настоящее время телемедицинские консультации стали нашей рутинной практикой. За два с половиной года их было



ИЗНАЧАЛЬНО МЫ НЕ ПЛАНИРОВАЛИ НАШ ЛОКАЛЬНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ РАЗВОРАЧИВАТЬ НАСТОЛЬКО ШИРОКО, НО ЖИЗНЬ РАСПОРЯДИЛАСЬ ИНАЧЕ, И ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ СТАЛИ НАШЕЙ РУТИННОЙ ПРАКТИКОЙ



Фото: Shutterstock

проведено больше 5000. Сейчас мы проводим от 100 до 400 консультаций в месяц. В осенне-зимний период консультации более востребованы, чем летом.

— Врачи каких специальностей проводят онлайн-консультации?

— В телемедицинских консультациях участвуют специалисты разного профиля, в большей степени клинические психологи, занимающиеся семейной психокоррекцией. На семейную психотерапию приходится до 80 % всех онлайн-консультаций центра. Также консультируют онлайн врачи-психиатры, логопеды. Есть в наших рядах и уникальная сотрудница — социальный педагог, специалист по работе с семьей, которая благодаря онлайн-формату получила возможность объединять в одно время представителей разных ведомств. Такие совместные конференции необходимы, если речь идет, к примеру, о приемном ребенке, в отношении которого принимается решение, оставаться ему в приемной семье или нет. Этот вопрос требует многогранного



Для онлайн-консультации пациенту не требуется практически ничего, кроме возможности со своего компьютера подключиться к интернету

тщательного рассмотрения, и специалист по работе с семьей на онлайн-встрече может объединить врача-психиатра, психолога, родителей, представителей органов опеки и попечительства, правоохранительных органов и т. д. Собрать их вместе в обычной жизни «вживую» — почти невыполнимая задача.

— Как внедрение телемедицины сказало на эффективности работы персонала?

— Когда сложилась такая нестандартная ситуация, как пандемия, и оказание помощи при непосредственном взаимодействии было ограничено противоэпидемическими мерами, телемедицинский формат позволил

и психологам, и врачам продолжать работать и помогать пациентам и их родителям. В первые дни, конечно, специалистам приходилось нелегко, потому что им нужно было освоить новую технологию. В ней нет ничего сложного, тем не менее это определенный алгоритм, который требовал дополнительных сил и времени для освоения. После того как процесс стал привычным, трудозатраты значительно уменьшились. Мы проводили опросы об удовлетворенности телемедицинской помощью как среди родителей, так и среди сотрудников. Опросы показали, что в первые дни или недели многие говорили о дискомфорте в связи с тем, что приходится делать что-то непривычное. Повторный опрос, который проводился через полгода после первого, показал, что технологию одобрили, причем с заметной положительной динамикой.

Отношение разных специалистов к телемедицине неодинаково. Кто-то склонен доверять ей больше и воспринимает как эффективный дополнительный инструмент оказания помощи. Другие специалисты видят здесь больше ограничений, говорят о том, что через экран монитора сложно получить информацию, которую врач или психолог получает на «живом» приеме. В психолого-психиатрической оценке многие аспекты имеют значение: расстояние, на котором пациент располагается по отношению к специалисту, малозаметные реакции на происходящее, направление взгляда, интонации голоса, даже запах и многое

другое. Понятно, что, используя видео-конференц-связь, мы имеем только зрительный и звуковой каналы информации. При этом многое зависит от того, насколько качественны картинка и звук — возникающие искажения еще больше ограничивают возможности. Но в ситуации, когда выбора почти не было, все эти ограничения отходили на второй план и не играли главенствующей роли.

— **Как телемедицина повлияла на лояльность пациентов, их вовлеченность в процесс лечения?**

— Чтобы детально ответить на этот вопрос, нужны соответствующие исследования, которые мы пока не проводили. Но еще раз сошлюсь на проведенный нами опрос об удовлетворенности медицинской помощью. На втором этапе большая часть опрошенных родителей достаточно высоко оценили возможности телемедицинских консультаций. В частности, на вопрос о сопоставлении традиционной очной консультации с телемедицинской подавляющее большинство, около 80 % родителей, ответили, что заметной разницы они не видят и на онлайн-консультациях те вопросы,

Корпус № 1 Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



с которыми они обращаются к врачу или психологу, в достаточно полной мере разрешаются. Некоторые опасения родители высказывали относительно возможного нарушения конфиденциальности, что вполне понятно. Однако после наших разъяснений о том, что персональная информация надежно защищена техническими возможностями телемедицинской системы, эти сомнения снимались.

Благодаря телемедицинским консультациям вовлеченность в получение медицинской помощи в детской психиатрической службе потенциально возросла. Прийти на прием к врачу-психиатру часто бывает не так

— Как обеспечивается защита персональных данных при телемедицинских консультациях?

— Телемедицинские платформы должны использовать только защищенные каналы связи, которые сертифицированы соответствующими службами, включая Федеральную службу безопасности. Поэтому степень защищенности персональных данных является высокой. Это не общедоступные каналы, не привычные Skype или Zoom, не мессенджеры, не электронная почта, а специально подготовленные платформы, которые защищены специальными протоколами шифрования информации.

МНОГИМ ПОДРОСТКАМ ПРОЩЕ ПОЛУЧИТЬ ДИСТАНЦИОННУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ: НЕ ИДТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ, А СО СВОЕГО ПРИВЫЧНОГО МЕСТА, ИЗ СВОЕЙ КВАРТИРЫ ПООБЩАТЬСЯ С ВРАЧОМ ОНЛАЙН



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

просто в связи с разного рода предубеждениями. У психиатрии есть определенная стигма, которая является для некоторых пациентов и родителей заметным барьером для обращения к соответствующему специалисту. Многие подростки не хотят идти к врачу, потому что считают, что психиатр — это представитель родительской власти, которой подросток часто стремится противостоять. И ему бывает проще получить дистанционную консультацию: не идти в психиатрическую клинику, а со своего привычного места, из своей квартиры пообщаться с врачом онлайн. Во многих случаях это позволяет намного легче совершить следующий шаг — лично прийти к врачу. Телемедицинская консультация может быть фактором, который облегчает обращение за психиатрической помощью.



Фото: mos.ru

- ▲ Регистратура Центра (слева)
- Подготовка к онлайн-консультации (справа)

На сегодняшний день в нашей стране телемедицина имеет два разных организационных варианта. Согласно имеющимся нормативным и правовым актам, выделяют форматы «врач — врач» и «врач — пациент». Первый формат в психиатрической службе России реализуется силами федеральных национальных медицинских исследовательских центров психиатрии и наркологии: Центра имени Сербского в Москве и Центра имени Бехтерева в Петербурге. Используется защищенная платформа

Всероссийской службы медицины катастроф, которая применяет телемедицинские технологии уже много лет, чтобы ограниченные возможности специалистов при оказании помощи на месте катастрофы могли быть расширены за счет неограниченных ресурсов крупных профильных клиник и центров.

Для консультаций в формате «врач — пациент» используются иные информационные системы. Это платформы, которые специально разработаны для телемедицинских консультаций и имеют высокую степень защиты. Видео— и аудиосигналы, текстовая информация надежно шифруются с помощью специальных прото-

за телемедицинской консультацией, по умолчанию проходит процедуру идентификации и аутентификации. И у нас уже меньше сомнений, что это наш пациент, а не третье лицо. Система становится более защищенной и надежной. Организационно-техническая сторона телемедицины не стоит на месте, она совершенствуется.

— **Насколько эффективна телемедицина с точки зрения бюджета?**

— Если говорить об экономической эффективности, я бы разделил этот вопрос на две части: экономическая эффективность для медицинской организации

ПРИ ПРАВИЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ДЛЯ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ БУДУТ УВЕЛИЧИВАТЬСЯ



Фото: НИИОЗММ ДЭМ



Фото: НИИОЗММ ДЭМ

колов. Медицинское заключение, которое оформляется на этой платформе, заверяется усиленной квалифицированной электронной подписью специалиста.

— **Как в телемедицинских технологиях решается вопрос идентификации пациента?**

— Вопрос идентификации является камнем преткновения для телемедицины. Определить, что по ту сторону экрана находится именно наш пациент, а не кто-то другой, очень непросто. На сегодняшний день происходит заметное совершенствование этого процесса. На портале «Госуслуги» некоторое время назад появилась функция для проведения телемедицинских консультаций «Гостелемед». Пациент, который обращается



Кол-центр НПЦ имени Г. Е. Сухаревой (слева)

В кабинете физиотерапии (справа)

и экономическая целесообразность для пациентов. Что касается бюджета организации, я не смогу полностью ответить на этот вопрос, поскольку не располагаю достаточной информацией, но практически убежден, что при правильном подходе экономическая эффективность и привлекательность телемедицины для медицинской организации будут увеличиваться. Во всяком случае, те исследования, которые проводились в других центрах, убедительно показывают, что в долгосрочной перспективе телемедицина экономит бюджетные



Фото: Shutterstock

средства и экономически целесообразна. Для пациентов онлайн-консультации, без сомнения, удобны и экономически весьма привлекательны. Не нужно затрачиваться на очные визиты, тем более если нужно совершить несколько поездок в клинику, а пациент живет далеко от места ее расположения. Для онлайн-консультации пациенту не требуется практически ничего, кроме возможности со своего электронного устройства, компьютера или мобильного телефона подключиться к интернету.

Несомненно, телемедицина позволяет повысить уровень доступности оказываемой помощи. По разным причинам: снижается барьер для обращения за первичной консультацией к врачу-психиатру, становится намного проще получить консультацию врача или психолога, для этого не нужно ехать в клинику, менять график работы и т. д. Телемедицинские технологии позволяют провести консультацию максимально быстро, за счет этого заметно сокращается время ожидания. Есть еще одно неочевидное, но важное преимущество — телемедицинские консультации, как это ни парадоксально, позволяют повысить качество медицинской помощи. В соответствии с законодательными требованиями аудио— или видеозапись каждой консультации должна храниться по меньшей мере один год. И если врач, который проводит консультацию, знает, что запись сохранится и будет доступна для проведения внешней оценки,



Телемедицинская консультация может быть фактором, который облегчает обращение за психиатрической помощью

вероятнее всего, он будет стараться проводить консультацию как можно более убедительно и качественно.

— Какие перспективы есть у телемедицины, в частности для психиатрии?

— Телемедицинские консультации — всего лишь небольшая часть возможностей телемедицины. Большой пласт, к которому, я надеюсь, нам в Центре имени Сухаревой предстоит подступить, это так называемый телемедицинский мониторинг состояния пациента. В большинстве случаев при оказании медицинской помощи после консультации врача требуется дальнейшее отслеживание динамики состояния пациента. Нам важно понимать, как работают назначенные препараты, насколько высока их эффективность, есть ли и насколько выражены нежелательные явления. В традиционном формате оказания медицинской помощи мониторинг динамики состояния пациента осуществляется через повторные консультации, то есть пациенту нужно записаться на прием, дождаться его, приехать в медицинскую организацию — затрачивается много времени и иных ресурсов с обеих сторон. При этом часто на повторных



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

консультациях оцениваются не столь сложные аспекты состояния человека, и сегодняшние технические возможности позволяют делать это удаленно. Технологии позволяют быстро обрабатывать информацию, а до врача доводить ее только в том случае, если какие-то показатели будут значительно отличаться от нормы. То есть обработка огромного массива информации не потребует времени ни у врача, ни у клиники. Но при первом тревожном сигнале врач имеет возможность вмешаться: пациента пригласят на повторный визит, дадут рекомендации изменить дозировку лекарств, ему могут вызвать скорую помощь и т. д.

Телемониторинг позволит экономить значительные ресурсы — временные и материальные. Сбор материала для дистанционного мониторинга может быть активным — при заполнении пациентом структурированных анкет, чек-листов. Возможен с точки зрения оптимизации затрат еще более простой вариант — сбор так называемых пассивных данных, когда клиника получает информацию буквально в непрерывном режиме с помощью не очень сложных устройств, например аппарата для измерения артериального давления, глюкометра или аппарата ЭКГ, которые подключены к телемедицинскому хабу, программно-аппаратному комплексу интеграции медицинского оборудования с медицинскими информационными системами клиники. Опять же врач включается только в той ситуации,



Телемедицинские консультации позволяют подростку намного легче совершить следующий шаг — прийти к врачу на очную консультацию

если получает автоматически обработанную информацию о критическом превышении определенного порога показателей. С помощью сбора пассивных данных, не требующего усилий ни от одной из сторон медицинской помощи, можно в прямом и переносном смысле держать руку на пульсе пациента, отслеживать его состояние на протяжении неограниченного времени, затрачивая меньшие ресурсы. Завтрашний день телемедицины — во многом в развитии телемедицинского мониторинга. Это значительно повысит наши возможности, качество оказываемой помощи, эффективность и безопасность лечения.

Кроме того, современные технические возможности позволяют помимо сбора активных и пассивных данных получать так называемые метаданные, с помощью которых можно оценивать очень тонкие параметры. Например, если человек при заполнении анкеты на вопрос о наличии мыслей о самоубийстве дает отрицательный ответ, но при этом думает дольше, чем при ответе на все остальные вопросы, то специальная программа способна классифицировать эту паузу как гипотезу



об особенной значимости данной темы и присутствию суицидального риска. Определенное количество метаданных способно достаточно убедительно дать ту информацию, которая не сообщается человеком открыто и не определяется приборами. На сегодняшний день эта область является исследовательской, пока она не стала повседневной практикой ни в одной из стран мира, но исследования проводятся весьма активно.

В будущем возможно использование в качестве клинического инструмента оценки психического состояния так называемого цифрового фенотипирования. Современный человек много времени проводит с электронными гаджетами, мобильными телефонами. Особенно это касается «цифровых аборигенов» — людей, привыкших получать основную информацию с помощью цифровых устройств. Речь идет о людях младше сорока лет, хотя паспортный возраст здесь не имеет определяющего значения. «Цифровое» поведение имеет определенный индивидуальный стереотип для каж-

изменения в поведении по использованию гаджетов и с высокой вероятностью прогнозировать, например, усугубление депрессивного состояния или обострение психотического расстройства. Эти технологии неуклонно развиваются, и нет сомнений, что они будут совершенствоваться.

— Насколько быстро они войдут в нашу практику?

— Время покажет. Это зависит от разных факторов, в том числе от финансирования исследований и возможностей внедрения. Но не в меньшей, а может быть, даже в большей степени перспектива применения таких

О. З. Хайретдинов проводит телемедицинскую консультацию




Фото: mos.ru



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

СОВРЕМЕННОЕ ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СПОСОБНО ОЦЕНИВАТЬ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОВЕДЕНИИ ЧЕЛОВЕКА ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ГАДЖЕТОВ И ПРОГНОЗИРОВАТЬ ОБОСТРЕНИЕ ПСИХОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

дого человека. Метаданные способны анализировать внезапные изменения: почему-то человек перестал обращаться к социальным сетям, или, наоборот, стал более активно пользоваться электронными возможностями, или заносить в поисковые системы определенные фразы, или стал делать это только ночью и т. д. Современное программное обеспечение способно без участия человека оценивать такие значительные

технологий зависит от того, как к ним относятся специалисты. Если в профессиональной среде преобладает скептическое отношение, то, как бы далеко ни ушли технологии, мы будем их использовать ограниченно. Если же, наоборот, врачи и другие специалисты будут стремиться узнавать и осваивать новые технологии, тогда дополнительные возможности телемедицины окажутся доступны раньше и будут полнее. 

Качество жизни как синоним здоровья

Л. С. Краснова, М. Э. Холвня-Волоскова

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»



Фото: Shutterstock

Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения отражает современный уровень медицины и здравоохранения, когда ценностью и достижением становится не просто спасение жизни, а сохранение ее качества. На это нацелены обширные профилактические и реабилитационные программы, с этой целью проводятся исследования различных методов оценки качества жизни применительно к онкологическим пациентам и другим хроническим больным.



Многогранное понятие «качество жизни»

Сохранение населения, здоровье и благополучие людей является первой целью из сформулированных в Указе Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года»¹.

Качество жизни человека (англ. quality of life) — междисциплинарное понятие, характеризующее уровень удовлетворения материальных, духовных и социальных потребностей, уровень интеллектуального, культурного и физического развития, а также степень обеспечения безопасности жизни².

В зависимости от научной дисциплины понятие «качество жизни» может меняться. В философии под качеством жизни понимают комплексную характеристику человека в социальных системах, которая выражает степень свободы, возможностей развития, совокупность духовных и культурных ценностей. В социологии выделяют качество удовлетворения материальных и культурных потребностей, качество образования и обслуживания. В психологии — потребности личности, поиск человеком смысла жизни, стремление к счастью. В экологии наиболее важным считается наличие экологически благополучной окружающей среды³. В экономической отрасли делается акцент на фактическую степень удовлетворения основных потребностей человека, уровень его

развития и степень обеспечения безопасности жизни⁴. Качество жизни как критерий используется Организацией Объединенных Наций (ООН) для оценки и сравнения социального и экономического положения населения стран.

Для медицины характерен упор на здоровье и качество здравоохранения. Согласно представлениям, сформулированным ВОЗ⁵, качество жизни — это восприятие человеком его положения в контексте культуры и системы ценностей, в которых он живет, в соответствии с целями жизни и заботами, ожиданиями, существующими в обществе нормами. Качество жизни — это степень комфортности человека как внутри себя, в рамках своего микромира, так и внутри общества в целом. Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», здоровье — состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма⁶.

Таким образом, все существующие определения качества жизни выделяют по крайней мере три основные составляющие — физическую, психическую и социальную, что находит отражение в построении современных опросников качества жизни.

Все существующие определения качества жизни выделяют по крайней мере три основные составляющие — физическую, психическую и социальную, что находит отражение в построении современных опросников качества жизни.

СОХРАНЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ, ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛЮДЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВОЙ ЦЕЛЮ ИЗ СФОРМУЛИРОВАННЫХ В УКАЗЕ ПРЕЗИДЕНТА РФ

¹ Указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года».

² World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? *Wid. Hth. Forum.* 1996. V. 1. P. 29.

³ Ковынёва О. А., Герасимов Б. И. Управление качеством жизни. — Тамбов: Тамбовский государственный технический университет, 2006. — 89 с.

⁴ Окрепилова И. Г., Венедиктова С. К. Управление качеством жизни. — СПб.: СПбГУЭФ, 2010. — 104 с.

⁵ Health promotion glossary. WHO. Geneva, 1998. P. 17. Доступно по: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1> (дата обращения 17.10.2022).

⁶ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 29.06.2022).

Качество жизни в разрезе здравоохранения

Качество жизни, связанное со здоровьем, является самооценкой респондента, его субъективным восприятием, поэтому его нельзя подменять внешней оценкой экспертов, тем более — близких людей.

В попытке систематизировать инструменты, используемые для измерения качества жизни, связанного со здоровьем (англ. HRQoL, health-related quality of life), различают основные и специфические опросники⁷. В самом общем виде индикаторы для оценки качества жизни, обусловленного здоровьем, выглядят следующим образом:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (эмоции, когнитивные функции, самооценка);
- степень независимости (повседневная активность, работоспособность);
- общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность);

- окружающая среда (безопасность, экология, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи, информации, возможность обучения, быт).

Качество жизни, связанное со здоровьем, является самооценкой респондента, его субъективным восприятием, поэтому его нельзя подменять внешней оценкой экспертов, тем более — близких людей. Часто родственники, а нередко и медицинский или ухаживающий персонал, дают избыточную оценку страданиям человека, здоровьем которого они обеспечены, а менее вовлеченные медицинские работники регистрируют более высокое качество жизни, чем есть на самом деле⁸.

Как объективно измерить качество жизни?

Единых общеприменимых критериев и норм исследования качества жизни не существует. На его оценку может оказывать влияние возраст, пол, национальность, социально-экономическое положение человека, характер его трудовой деятельности, религиозные убеждения, культурный уровень, региональные особенности и многое другое. В связи с этим большое внимание уделяется разработке простых и доступных инструментов исследования качества жизни, связанного со здоровьем. Идет отработка универсальных опросников, не имеющих привязки к заболеваниям или возрастным группам. Наиболее

популярные — краткий опросник оценки здоровья SF-36, состоящий из 36 вопросов, и опросник EuroQoL-5D (EQ-5D), состоящий из 5 вопросов.

Существует более 200 языковых версий опросника EQ-5D, который представлен в трех вариантах: трехуровневый (3L), пятиуровневый (5L) и для молодых (Y). Опросники из семейства EQ-5D состоят из двух частей: описательной системы и визуальной аналоговой шкалы (EQ-VAS, ВАШ). Описательная система включает пять измерений (доменов): подвижность (mobility, MO), самообслуживание (self-care, SC), повседневная деятельность

Своевременная диагностика и контроль за состоянием пациентов из группы риска — одна из основ ценностно-ориентированного здравоохранения



Фото: Shutterstock

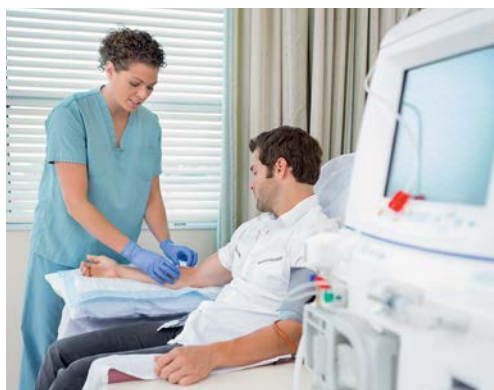


Фото: Shutterstock



СУЩЕСТВУЕТ БОЛЕЕ 200 ЯЗЫКОВЫХ ВЕРСИЙ ОПРОСНИКА EQ-5D В ТРЕХ ВАРИАНТАХ: ТРЕХУРОВНЕВЫЙ (3L), ПЯТИУРОВНЕВЫЙ (5L) И ДЛЯ МОЛОДЫХ (Y)



Фото: Shutterstock

(usual activity, UA), боль/дискомфорт (pain/discomfort, PD) и тревога/депрессия (anxiety/depression, AD). В случае EQ-5D-5L возможно пять уровней ответа (серьезности): отсутствие проблем, незначительные проблемы, умеренные проблемы, серьезные проблемы и экстремальные проблемы.

Опросник EQ-5D имеет только бумажную версию, и опрос выполняется путем заполнения респондентом соответствующих граф в таблице и отметки точки

на визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Вместе с тем имеются формулы пересчета результатов ответов по ВАШ в цифровой формат. Последнее обстоятельство крайне важно, так как для проведения клинико-экономических исследований с использованием результатов оценки качества жизни необходимо иметь один интегральный показатель. Он же может использоваться при вычислении показателя добавленных лет качественной жизни (QALY).

▲ Устремления каждого конкретного пациента, качество его жизни становятся той самой определяющей ценностью, от которой во многом зависят подходы в каждом клиническом случае

⁷ EuroQol Research Foundation: EQ-5D is a recommended tool for use in cost-utility analyses around the globe. URL: <https://euroqol.org/eq-5d-is-a-recommended-tool-for-use-in-cost-utility-analyses-around-the-globe/> (дата обращения 17.10.2022)

⁸ Воробьев П. А., Воробьев А. П., Краснова Л. С., Воробьев М. П. Качество жизни глазами смартфона // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2016. – № 7–8. – С. 34–38.

Опросники качества жизни — общие и по нозологиям

Конечно, общие опросники не могут быть чувствительными к важным аспектам конкретной нозологии, поэтому во многих разделах медицины разработаны специальные опросники — в кардиологии, ревматологии и онкологии. Они рассматриваются как наиболее чувствительные методы контроля за лечением конкретных заболеваний благодаря

наличию специфических компонентов^{9,10,11}. Однако некоторые авторы считают применение общих опросников качества жизни для пациентов с онкологическими заболеваниями более обоснованным, так как слишком большой разброс данных в вопросах симптоматики, затрат на лечение и поддерживающей терапии¹².


Оценка качества жизни в концепции ценностно-ориентированного здравоохранения

В настоящее время здравоохранение постоянно обогащается новыми технологиями и возможностями — появились телемедицина, онлайн-консультации, удаленная диагностика. Медицинская техника и изделия медицинского назначения, включая программное обеспечение, в том числе искусственный интеллект, активно внедряются в клиническую практику, как совместно с фармацевтической, так и изолированно от нее. Развитие медицины направлено в сторону все большей персонализации, а приход инновационных персонализированных технологий ставит вопрос о доступности таких технологий для пациентов.

Пациентоориентированный подход в здравоохранении сравним с клиентоориентированным подходом — это необходимость знать мнение пациентов о качестве и доступности оказываемых медицинских услуг. Повышение уровня доверия пациента к врачу и к медицинской организации в целом является основной задачей, а их взаимодействие должно

осуществляться на основе взаимовыгодных условий и партнерских отношений, отражаться на планировании и реализации медицинских услуг населению.

Все больше делается акцент на внедрение модели ценностно-ориентированного здравоохранения — переход на ценностно-ориентированные модели лекарственного возмещения и ценообразования, что предполагает оплату непосредственно за результат лечения. Необходимо будет учитывать не только клинические показатели эффективности, но и результаты, важные для пациента.

Таким образом, исследование качества жизни, выделение понятий «здоровье» и «благополучие людей» является высокоинформативным инструментом, который определяет эффективность системы оказания медицинской помощи и позволяет дать объективную оценку качества медицинской помощи на уровне главного его потребителя — пациента, что является ключевым в государственной политике России. 

⁹ Мясоедова Н. А., Тхостова Э. Б., Белоусов Ю. Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клиническая практика. 2002. № 1. С. 53–57.

¹⁰ Евсина О. В., Якушин С. С. Депрессия, тревога и качество жизни у пациентов с фибрилляцией предсердий // Рос. медико-биол. вестник им. акад. И. П. Павлова. – 2009. – № 1. – С. 80–87.

¹¹ Golicki D., Jakubczyk M., Graczyk K., & Niewada, M. (2019). Valuation of EQ-5D-5L health states in Poland: The first EQ-VT based study in Central and Eastern Europe. *Pharmacoeconomics*, 37, 1165–1176.

¹² Fiori E., Crocetti D., Sapienza P. et al. Palliative Surgery or Metallic Stent Positioning for Advanced Gastric Cancer: Differences in QoL. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(5):428. Published 2021 Apr. 28. <https://doi.org/10.3390/medicina57050428>



ОПРОСНИК ПО ЗДОРОВЬЮ

Версия на русском языке для России

Отметьте галочкой **ОДИН** квадрат в каждом из разделов, приведенных ниже.

Укажите такие ответы, которые наилучшим образом отражают состояние Вашего здоровья на **СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ**.



ПОДВИЖНОСТЬ

- Я не испытываю трудностей при ходьбе
- Я испытываю некоторые трудности при ходьбе
- Я прикован (-а) к постели



УХОД ЗА СОБОЙ

- Я не испытываю трудностей при уходе за собой
- Я испытываю некоторые трудности с мытьем или одеванием
- Я не в состоянии сам (-а) мыться или одеваться



ПОВСЕДНЕВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

(например: работа, учеба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг)

- Я не испытываю трудностей в моей привычной повседневной деятельности
- Я испытываю некоторые трудности в моей привычной повседневной деятельности
- Я не в состоянии заниматься своей привычной повседневной деятельностью



БОЛЬ/ДИСКОМФОРТ

- Я не испытываю боли или дискомфорта
- Я испытываю умеренную боль или дискомфорт
- Я испытываю крайне сильную боль или дискомфорт



ТРЕВОГА/ДЕПРЕССИЯ

- Я не испытываю тревоги или депрессии
- Я испытываю умеренную тревогу или депрессию
- Я испытываю крайне сильную тревогу или депрессию

Мы хотели бы узнать, как Вы оцениваете состояние своего здоровья на **СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ**.

Перед Вами шкала от 0 до 100 _____

- 100 означает наилучшее состояние здоровья, которое Вы можете представить. 0 – наихудшее состояние здоровья, которое Вы можете представить
- Поставьте крестик «X» на шкале в том месте, которое, по Вашему мнению, соответствует состоянию Вашего здоровья СЕГОДНЯ
- Теперь впишите отмеченное Вами на шкале число в приведенный ниже квадрат

СОСТОЯНИЕ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ СЕГОДНЯ

Наилучшее состояние здоровья, которое можно себе представить



Наихудшее состояние здоровья, которое можно себе представить



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



Статистика и аналитика

НИИОЗММ ДЗМ – крупнейший поставщик статистической и аналитической информации для Департамента здравоохранения города Москвы

КОМПЕТЕНЦИИ

- Организация и управление системой медицинской статистической отчетности.
- Организация, сбор и обработка медико-статистических данных о сети, кадрах и ресурсном обеспечении медицинских организаций, заболеваемости населения и др.
- Ведение регистров: кадров, медицинских организаций, нозологических и других.
- Анализ медико-статистической информации о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения.
- Подготовка сводных государственных и отраслевых медицинских отчетов, формирование сборников, статей и обзоров.
- Проведение образовательных программ для специалистов отрасли здравоохранения.

ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ УСПЕШНО СОБИРАЕТ, ОБРАБАТЫВАЕТ, СВОДИТ И АНАЛИЗИРУЕТ ИНФОРМАЦИЮ ПО

21 ФОРМЕ ОТЧЕТА БОЛЕЕ ЧЕМ ОТ **500** МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

70 В ОПЕРАТИВНОМ РЕЖИМЕ ВЕДЕТСЯ БОЛЕЕ МОНИТОРИНГОВ

В СЕНТЯБРЕ 2022 ГОДА СОСТОЯЛСЯ IV СЪЕЗД МЕДИЦИНСКИХ СТАТИСТИКОВ ГОРОДА МОСКВЫ «ЦИФРОВАЯ СТАТИСТИКА. НОВЫЕ ЗАДАЧИ И ТРАЕКТОРИЯ ДВИЖЕНИЯ»




ВСЕ МАТЕРИАЛЫ
ДОСТУПНЫ НА ОФИЦИАЛЬНОМ
САЙТЕ СЪЕЗДА



Регистры пациентов как инструмент лекарственной безопасности

 М. В. Журавлева^{1,2}, Е. В. Кузнецова¹, Т. Р. Каменова¹, Е. Д. Ларюшкина¹

 ¹ ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

² ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Переход к ценностно-ориентированной модели здравоохранения подразумевает повышение безопасности и эффективности лекарственной терапии в сочетании с оперативным внедрением в клиническую практику новых необходимых препаратов. В этом контексте ведение лекарственных регистров можно считать инструментом, способствующим достижению высоких результатов лечения, рациональному планированию бюджета и оптимизации затрат. Исследования, которые проводились в пандемию, показали возможность оценки новых лекарственных средств из числа наиболее востребованных в режиме реального времени на фоне активного практического применения.

Актуальность

Начиная со второй половины XX века медицинская общественность все больше внимания стала уделять данным, полученным в результате клинических исследований. Целенаправленное включение наилучших имеющихся фактических данных в процесс принятия клинических

решений стало известно как «доказательная медицина». Рандомизированные клинические исследования (РКИ) и систематические обзоры РКИ пользуются наибольшим доверием, а мнение экспертов — наименьшим¹.

Процесс рандомизации используется специально для уменьшения какой-либо предвзятости при проведении РКИ. Для любой заданной переменной все

¹ Информационный ресурс: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30570169/> Дата обращения 29.10.2022 г.

РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА И ИССЛЕДОВАНИЯ, ОСНОВАННЫЕ НА КРУПНЫХ БАЗАХ ДАННЫХ, МОГУТ СТАТЬ В НЕКОТОРЫХ СИТУАЦИЯХ АЛЬТЕРНАТИВОЙ ТРАДИЦИОННЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

пациенты имеют равные шансы попасть в группу вмешательства или контрольную группу. Наивысшим стандартом оценки эффективности вмешательства является систематический обзор (с метаанализом или без него) соответствующих РКИ. Метаанализ представляет собой статистический метод объединения данных из нескольких исследований². Регулирующие органы в области здравоохранения рассматривают РКИ в качестве золотого стандарта для оценки безопасности и эффективности лекарственных препаратов. Однако стоимость РКИ, их продолжительность и другие недостатки (исследования в рамках ограниченной популяции) диктуют необходимость поиска дополнительных источников получения информации.

Таковыми источниками информации могут выступать данные, полученные из реальной клинической практики. Real-world data (RWD), по определению FDA (всемирно признанного Агентства по пищевой и лекарственной безопасности США), это данные, относящиеся к состоянию здоровья пациента и/или оказанию медицинской помощи, обычно собираемые из различных источников, таких как: электронные медицинские карты; регистры

пациентов, получающих тот или иной лекарственный препарат или страдающих каким-либо заболеванием; данные, полученные от пациентов, в том числе в домашних условиях; собранные из других источников, которые могут информировать о состоянии здоровья³. Real-world evidence (RWE) — это клинические доказательства, касающиеся использования и потенциальных преимуществ или рисков применения лекарственных препаратов или медицинских изделий, полученных на основе анализа RWD⁴. Исследования, основанные на крупных базах данных, могут оценивать эффективность и безопасность лекарственных препаратов у различных групп пациентов, часто исключаемых из РКИ, таких как беременные, пожилые, коморбидные пациенты. Также важными преимуществами реальной клинической практики являются: относительная быстрота получения данных и небольшая

Результаты лабораторных исследований, накопленные в электронных медицинских картах, относятся к RWD — данным, полученным из реальной клинической практики, и могут использоваться в клинических исследованиях

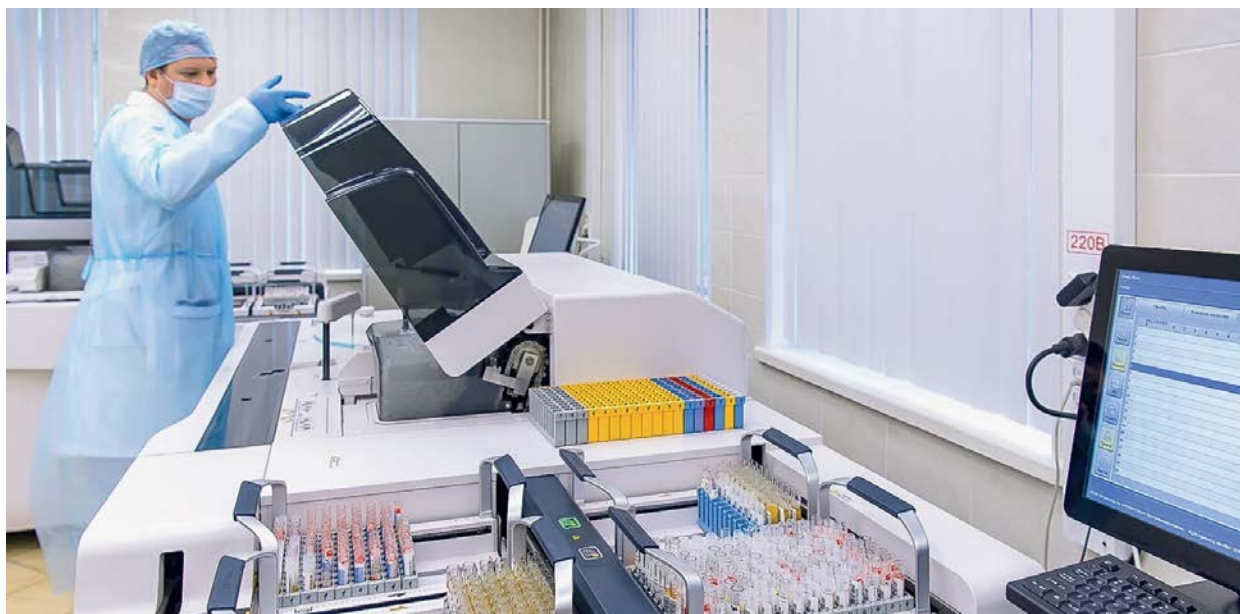


Фото: mos.ru



Фото: mos.ru

стоимость в сравнении с РКИ; возможность выявления редких нежелательных реакций; возможность наблюдения пациентов в течение многих лет; сравнение исходов разных типов лечения. Недостатками исследований реальной клинической практики являются: неоднородность групп пациентов, что может исказить результаты; неправильная оценка результатов анализа влияния лекарственных препаратов на исход; сложная методология оценки результатов⁵. Таким образом, доказательства, собранные в наблюдательных исследованиях, не противопоставляются РКИ, а дополняют их⁶.

Регистры пациентов являются одним из источников RWD. Согласно определению EMA (Европейского агентства по лекарственным средствам), регистр пациентов — это организованная система, которая использует методы обсервационных исследований для сбора единообразных данных (клинических и других) для оценки определенных результатов для популяции,



В регистры могут быть включены люди, применяющие определенный препарат как в стационарных, так и в амбулаторных условиях

определяемой конкретным заболеванием, состоянием или воздействием, и которая служит одной или несколькими заранее определенным научным и клиническим целям⁶. Исследования, полученные на основе хорошо разработанных и хорошо выполненных регистров пациентов, могут дать реальное представление о клинической практике, результатах лечения пациентов, безопасности, сравнительной эффективности и могут влиять на принятие организационных решений⁷.

Регистры, как правило, определяются либо диагнозом заболевания (регистр заболеваний), либо использованием лекарственного средства или какого-либо метода лечения (регистр воздействия).

² Ronald L. Koretz. MD Assessing the Evidence in Evidence-Based Medicine Nutrition in Clinical Practice 2018 1–13, DOI: 10.1002/npc.10227

³ Kolbin A. S. Why do we need Real-World Data & Evidence, the new scientific electronic journal Real-World Data & Evidence. 2021;1(1). <https://doi.org/10.37489/2782-3784-myrd-1>

⁴ Информационный ресурс: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/considerations-use-real-world-data-and-real-world-evidence-support-regulatory-decision-making-drug>. FDA, дата обращения 29.10.2022 г.

⁵ Kolbin A. S. Resolution based on the results of the conference: RWD/ RWE – Research Tools of Real-World Clinical Practice Today and Tomorrow. Real-World Data & Evidence. 2021;1(1). <https://doi.org/10.37489/2782-3784-myrd-5>

⁶ Марцевич С. Ю., Дроздова Л. Ю., Кутишенко Н. П., Гинзбург М. Л. Регистры как способ изучения эффективности и безопасности лекарственных препаратов// Клиницист № 3, апрель 2012.

⁷ Framework for FDA's Real-World Evidence Program December 2018.



Фото: mos.ru

Методология создания регистров

Создание регистров проводится в строгом соответствии с определенными правилами. Регистр предназначен для выполнения целей, которые должны быть определены до сбора и анализа данных. Сведения, вносимые в регистр, должны быть собраны единообразно для каждого пациента. Набор данных для каждого пациента должен быть однотипным, включение пациентов — сплошным. Данные, зафиксированные в регистре, могут быть получены как в результате непосредственного контакта с пациентом, физикального обследования, так и путем анализа медицинской документации. Таким образом, источниками данных для регистра могут быть как первичные данные, т. е. собранные специально для регистра, так и вторичные, которые могут быть получены в результате обработки электронных или бумажных историй болезни, баз данных смертельных исходов, баз данных медицинских организаций^{8,9}.

Особенности лекарственных регистров

Регистры могут быть разработаны для определения клинической или экономической эффективности лекарственных препаратов в реальной клинической практике. Важными предпосылками для создания лекарственных



Эффективность и безопасность фавипиравира исследовалась в 17-ти, а ремдесивира — в 8-ми медицинских организациях ДЗМ, оказывающих стационарную помощь пациентам с COVID-19

регистров являются многочисленные исследования, демонстрирующие несоответствие между результатами клинических испытаний и результатами в реальной клинической практике^{10,11}. Кроме того, эффективность в клиническом исследовании для четко определенной популяции может не распространяться на другие популяции или подгруппы, представляющие интерес. Например, многие важные исследования сердечной недостаточности были сосредоточены преимущественно на белокожем мужском населении со средним возрастом около 60 лет, в то время как фактические пациенты с сердечной недостаточностью старше, разнообразнее и имеют более высокий уровень смертности, чем пациенты в этих исследованиях¹². Также регистры могут быть разработаны для сбора данных о затратах и данных об эффективности для использования при моделировании экономической эффективности¹³.

Важной целью создания регистров может быть мониторинг безопасности лекарственных препаратов. Регистры пациентов могут служить активной системой выявления нежелательных реакций. Данные по безопасности лекарственных препаратов могут варьироваться от клинически незначимых жалоб пациента



ОГРАНИЧЕННОСТЬ МИРОВОГО ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВ ПРОТИВ COVID-19 ЗАМЕТНО СТИМУЛИРОВАЛА РАЗВИТИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

до серьезных нежелательных реакций, вызывающих смертельные исходы или, например, продление госпитализации¹⁴.

Регистры лекарственных препаратов, назначаемых пациентам с COVID-19

Появление новой коронавирусной инфекции, распространение которой быстро приобрело масштаб пандемии, поставило перед медицинским сообществом задачи, связанные в том числе с поиском эффективной лекарственной терапии. С учетом сложившейся ситуации к применению при COVID-19 были предложены лекарственные препараты, механизм действия которых мог быть направлен на вирус SARS-CoV-2. В связи с этим в начале пандемии многие лекарственные препараты применялись в режиме off-label¹⁵. Также с учетом быстрого распространения пандемии некоторые лекарственные препараты, в том числе на территории РФ, регистрировались по ускоренному регуляторному механизму, предполагающему применение лекарственных препаратов в условиях угрозы возникновения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.

Понимание факта ограниченного мирового опыта применения лекарственных препаратов при COVID-19 требовало дальнейшего изучения их эффективности и безопасности, как в РКИ, так и в реальной клинической практике. По истечении двух лет пандемии COVID-19 сотрудниками организационно-методического отдела по клинической фармакологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», а также службой клинической фармакологии Департамента здравоохранения города Москвы были созданы регистры пациентов, которым в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы (далее — МО ДЗМ), оказывающих стационарную помощь, были назначены в составе комплексной терапии противовирусные препараты фавипиравир или ремдесивир. Данные наблюдательные исследования были одобрены Московским городским этическим комитетом в установленном порядке.

Регистр пациентов, получавших фавипиравир

Регистр создавался с целью оценки эффективности и безопасности фавипиравира в составе комплексной терапии в реальной клинической практике. В регистр

⁸ Марцевич С. Ю., Дроздова Л. Ю., Кутишенко Н. П., Гинзбург М. Л. Регистры как способ изучения эффективности и безопасности лекарственных препаратов // Клиницист № 3, апрель 2012.

⁹ Иванов А. В. Регистры как основа для сбора данных и построения доказательств. Реальная клиническая практика: данные и доказательства. 2021;1(1):10-15. <https://doi.org/10.37489/2782-3784-myrd-3>

¹⁰ MacIntyre K., Capewell S., Stewart S. et al. Evidence of improving prognosis in heart failure: trends in case-fatality in 66547 patients hospitalized between 1986 and 1995. *Circulation*. 2000;102:1126–31 [PubMed]

¹¹ Wennberg D. E., Lucas F. L., Birkmeyer J. D. et al. Variation in carotid endarterectomy mortality in the Medicare population. *JAMA*. 1998;279:1278-81 [PubMed]

¹² Konstam M. Progress in heart failure management? Lessons from the real world. *Circulation*. 2000;102:1076 [PubMed]

¹³ Lipscomb J., Yabroff R., Brown M. L. et al. Health care costing: data, methods, current applications. *Med Care*. 2009;7(Suppl 1):S1–S6 [PubMed]

¹⁴ Иванов А. В. Регистры как основа для сбора данных и построения доказательств. Реальная клиническая практика: данные и доказательства. 2021;1(1):10-15. <https://doi.org/10.37489/2782-3784-myrd-3>

¹⁵ Журавлёва М. В., Кузнецова Е. В., Каменева Т. Р., Куликов А. Н., Ларюшкина Е. Д., Ивжиц М. А., Ромашов О. М., Родионов Б. А., Галицкий А. А., Митрохин С. Д., Миронов А. Ю. Регистровое наблюдательное исследование по оценке эффективности и безопасности фавипиравира у пациентов с COVID-19 в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы / Известия ГГТУ, медицина, фармация. 2021. № 2. С. 67–73.

АНАЛИЗ ДАННЫХ РЕГИСТРА ПРОДЕМОНСТРИРОВАЛ БОЛЕЕ ВЫСОКУЮ ЧАСТОТУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ COVID-19 СРЕДИ МУЖЧИН. ВОЗРАСТ ЗАБОЛЕВШИХ МУЖЧИН БЫЛ НИЖЕ В СРАВНЕНИИ С ВОЗРАСТОМ ЖЕНЩИН


были включены пациенты с COVID-19, которым в 17 МО ДЗМ, оказывающих стационарную помощь, был назначен в составе комплексной терапии фавипиравир. За шесть месяцев 2020 года в регистр были внесены сведения о 1038 пациентах.

Анализ данных регистра продемонстрировал более высокую частоту заболеваемости COVID-19 среди мужчин. Возраст заболевших мужчин был ниже в сравнении с возрастом женщин. Наибольшее количество пациентов обоих полов (41,9 %) находилось в возрастной группе от 60 до 80 лет, 34,7 % — в возрастной группе от 41 до 60 лет. Было отмечено, что у пациентов преобладала среднетяжелая степень COVID-19. У 41,2 % пациентов площадь поражения легочной ткани соответствовала КТ 2 (от 25 до 50 %), у 32,4 % — КТ1 (до 25 %), что подтвердило отсутствие корреляции между площадью поражения легких и тяжестью течения заболевания. Самой распространенной коморбидной патологией оказались кардиоваскулярные заболевания. Наиболее часто у пациентов встречались артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, ожирение. Бронхолегочные заболевания (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма) фиксировались гораздо реже. Анализ клинических исходов показал выздоровление у большинства пациентов (78,8 %). В группе летальных исходов большая часть (56 %) пациентов была с тяжелым течением COVID-19. У 3 % пациентов, получавших фавипиравир, были зафиксированы нежелательные реакции (далее — НР), которые разрешились до выписки из стационара¹⁶.

Регистр пациентов, получавших ремдесивир

Регистр создавался с целью определения особенности течения COVID-19 и оценки клинических исходов у пациентов в рутинной клинической практике, которые получали ремдесивир в составе комплексной терапии в МО ДЗМ.

Данные пациентов с COVID-19, которым был назначен ремдесивир в рутинной клинической практике в медицинских организациях города Москвы, ретроспективно вносились в регистр из медицинских карт стационарного больного. С декабря 2020 по июнь 2021 года были внесены сведения о 1422 пациентах из 8 МО ДЗМ.

Анализ данных регистра 1422 пациентов с COVID-19, которые получали ремдесивир в составе комплексной терапии в МО ДЗМ в рутинной клинической практике, показал эффективность ремдесивира (выздоровление было достигнуто в 84,1 % случаев; медиана времени до наступления клинического улучшения по порядковой категориальной шкале ВОЗ составила 6 дней; медиана до наступления клинического улучшения по шкале NEWS (протокол оценки тяжести состояния пациента) — 4 дня; медиана продолжительности лихорадки — 3 дня от начала введения ремдесивира). Также был продемонстрирован благоприятный профиль безопасности ремдесивира (только у 0,7 % пациентов отмечены НР)¹⁷. 

¹⁶ Журавлёва М. В., Кузнецова Е. В., Каменева Т. Р., Куликов А. Н., Ларюшкина Е. Д., Ивжиц М. А., Ромашов О. М., Родионов Б. А., Галицкий А. А., Митрохин С. Д., Миронов А. Ю. Регистровое наблюдательное исследование по оценке эффективности и безопасности фавипиравира у пациентов с COVID-19 в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы/ Известия ГГТУ, медицина, фармация. 2021. № 2. С. 67–73.

¹⁷ Журавлева М. В., Кузнецова Е. В., Каменева Т. Р., Куликов А. Н., Ларюшкина Е. Д., Ромашов О. М., Андреев С. С., Ивжиц М. А., Зернова Е. В., Митрохин С. Д., Бикбаева Т. В., Филатова А. П., Крюков А. В., Хохлов А. А., Абусев И. Д. Оценка клинических исходов COVID-19 у пациентов, получавших ремдесивир в составе комплексной терапии в рутинной клинической практике/ Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2022. Т. 11 № 2 (41). – С. 38–48.

Еженедельная газета о столичном здравоохранении



**МЫ ИНФОРМИРУЕМ О ВАЖНЫХ СОБЫТИЯХ МОСКОВСКОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЗДАЕМ МОДУ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»**

12+





ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА