

Зиганшина З.Р.

к.э.н., ассистент кафедры менеджмента в социальной сфере ИУЭФ КФУ,
стар. преп. кафедры экономической теории и социальной работы КГМУ

E-mail: zr_ziganshina@mail.ru; сот. 89655971251

Персонификация плановой диспансеризации.

Аннотация: Обоснована целесообразность создания системы персонификации плановой диспансеризации, как механизма стимулирования индивидуальной ответственности пациентов за собственное здоровье; сокращения цены платных медицинских услуг и возможности получения бонуса для граждан, прошедших все этапы диспансеризации в рамках медицинской организации; разрешения противоречий интересов субъектов системы здравоохранения путем информатизации.

Ключевые слова: персонифицированный учет, здравоохранение, медицинская услуга, диспансеризация, прикрепленное население, профилактика, медицинская организация.

В настоящее время экономика здорового образа жизни, как и рыночная экономика требуют адекватного отношения к проблемам охраны здоровья населения. Инвестиции в потенциал здоровья не могут быть реализованы путем проведения политики «остаточного» финансирования из общественных фондов потребления, формируемых за счет средств государственного бюджета. Условия перехода к рыночным отношениям предполагают экономически обоснованные вложения заинтересованных инвесторов в главный фактор развития производительных сил, логически учитывающие сопряженность экономического и социального развития.

В условиях мирового вектора развития систем здравоохранения, основанного на переходе от преобладания лечебной медицины к системе, основанной на профилактике и диспансеризации, российской системе здравоохранения необходимо формирование модели диспансеризации как инновационной, информационной среды общественной и деловой активности. Реализация кардинально новой для России модели диспансеризации, ее субъективного представления в образе сознания потребителей – здоровый образ жизни и исключение недоверия работодателей (очереди на прием к специалистам и т.д.) возможна путем персонификации и обработки данных о прикрепленных к медицинской организации пациентов – создании «территориальных карт здоровья».

Сегодня мир находится на пороге революции в сфере здравоохранения. Улучшенная диагностика, носящие датчики пациенты, искусственный интеллект, робототехника, достижения биомедицинских технологий, которые

должны коренным образом изменить взаимоотношения пациентов и поставщиков медицинских услуг. Знания в медицине позволяют устанавливать норму здоровья и отклонения от нее, диктуют цели, намерения и действия потребителей в процессе формирования ценности – «здоровья».

Система персонификации заключается в формировании в обществе понимания и принятия обществом культуры взаимных обязательств путем информатизации и формирования нового дизайна модели диспансеризации; наличии мотивационного механизма, возможности получения бонусов, которую целесообразно рекомендовать к созданию в медицинских организациях на территории Российской Федерации. Отчисления от заработной платы поступают на индивидуальные счета, далее, застрахованное лицо, в данном случае прикрепленный к медицинской организации пациент, может пройти предложенные ему профилактические осмотры и получить бонус в виде скидки на платные услуги, необходимые именно ему.

Выявлен ряд противоречий интересов субъектов системы здравоохранения в процессе оказания медицинских услуг при плановой диспансеризации, проявление которых негативно сказывается на качестве предоставляемых населению медицинских услуг. Актуальной в условиях становления персонифицированной и трансляционной медицины становится необходимость потребительской ориентации. Пациент должен стать активным, сомневающимся, умеющим искать и сравнивать информацию. Превращение пациента в потребителя требует финансовых стимулов, доступа к информации, а также понимания его роли. Пациенты с глобальной точки зрения несут ответственность за собственное здоровье, формирование которой в условиях информатизации отрасли начало зарождаться в российской модели здравоохранения. Пациент, будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медиками, становится в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся собственного лечения, действуя как «коллега» лечащего врача, реализуя неотъемлемое право личности на свободу выбора.

Перед современным здравоохранением стоит задача перехода от дорогостоящей лечебной модели «по обращаемости больных» к профилактической модели, соответственно которой, медицинские организации смогут прогнозировать изменение здоровья людей, предотвращать развитие заболеваний и их осложнений, эффективнее оказывать помощь, сокращая расходы и в то же время, повышая качество жизни пациентов. Моделями развитых экономик доказано, что регулярное прохождение диспансеризации позволит каждому в значительной степени уменьшить вероятность развития наиболее опасных заболеваний, или выявить их на ранней стадии, когда лечение наиболее эффективно и,

следовательно, есть возможность не допустить или снизить тяжесть течения имеющихся болезней и частоту развития осложнений.

Серьезные проблемы в области диспансеризации населения в Республике Татарстан требуют следующих направлений их решения: необходимость совершенствования законодательства, пересмотр системы финансирования профилактики, дооснащение медицинских организаций необходимым оборудованием и подготовка специалистов первичного звена в области профилактической медицины. Слабая пропаганда диспансеризации и низкая эффективность проводимой информационной кампании диктуют сегодня необходимость модернизации информационной поддержки привлечения населения к диспансерному обследованию, задействовав не только врачей, но и средства массовой информации, региональную власть, работодателей, которые на данный момент не заинтересованы в медосмотре своих сотрудников. Главной целью модернизации и совершенствования законодательной базы должна стать необходимость стимулирования граждан к ведению здорового образа жизни.

Нами начата работа перестройки системы плановой диспансеризации в университетской клинике КФУ, которая выстраивается под клиента – прикрепленное к университетской клинике население на основе созданных «территориальных карт здоровья». Созданы личные кабинеты взаимодействия администрации университетской клиники с прикрепленным населением, где происходит активная пропаганда диспансеризации, информатизация пациентов в виде прозрачности возможности получения бонусов и доступа к информации о необходимости прохождения ряда услуг пациентом на основе созданных «территориальных карт здоровья». Предложенные мероприятия связаны с формированием индивидуальной ответственности граждан за собственное здоровье, которое используется во всем мире при работе со здоровьем работников, качеством человеческого потенциала на предприятии. Не меньше половины успеха, связанного со здоровьем населения относится к поведенческому фактору, отношению к собственному здоровью, сбережению, восприятию нашего здоровья как капитала. И дело даже не в том, что данный проект очень перспективен с точки зрения развития технологий нашего мира, это наше ближайшее будущее. Создание системы персонифицированного учета и картографирования с учетом всех факторов здоровья населения, как инструмента управления в этой области. Самое главное, что данный проект позволит нам сделать следующий очень важный шаг – переход к индивидуальному принципу здравоохранения, созданию системы, работающей со случаем. Данный проект – это инструментальный шаг к переходу на совершенно новый принцип построения системы здравоохранения.

Список использованной литературы

1. Зиганшина З.Р. Программа диспансеризации как конкурентное преимущество на рынке медицинских услуг // Экономические науки. 2016. №6 (139). (0,5 п. л.)
2. Зиганшина З.Р., Мишакин Т.С. Общественные блага инновационного типа // Вопросы экономики и права. 2016. №8. (0,3 п. л./0,2 п. л.)