

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ,
ЛЕКАРСТВЕННОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ
ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

Горно-Алтайск, 2011 г.

**Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и
социального развития по Республике Алтай
Федеральное государственное учреждение «Сибирский окружной медицинский центр
Федерального медико-биологического агентства»
Министерство здравоохранения Республики Алтай
Министерство труда и социального развития Республики Алтай**

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ,
ЛЕКАРСТВЕННОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ
ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

Материалы межрегиональной научно-практической конференции

**Под общей редакцией
И.В. Нонуковой**

Горно-Алтайск, 2011 г.

УДК 614.2:616-08: 362.1 (571.1)

ББК 51.1

С 56

Редакционная коллегия:

Л.Л. Галагуш (Новосибирск), Н.П. Ледяева (Иркутск), к.м.н. И.В.Нонукова (Горно-Алтайск), д.м.н., проф. В.А.Трешутин (Барнаул), к.м.н., В.Д. Харин (Кемерово), д.м.н. В.М.Чернышев (Новосибирск), М.Ф.Чиняев (Томск), Е.Н. Шерстнева (Красноярск), И.Э. Яимов (Горно-Алтайск)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ, ЛЕКАРСТВЕННОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ / Материалы межрегиональной научно-практической конференции / под общей редакцией И.В. Нонуковой. – Горно-Алтайск: Издательство «Сибирский Центр Деловых Технологий», 2011. - с.

В сборник включены материалы межрегиональной научно-практической конференции «Современные подходы к обеспечению качества медицинской, лекарственной и социальной помощи на региональном уровне», посвященной 5-летию создания территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Республике Алтай.

В работе конференции приняли участие представители 7 регионов Сибирского федерального округа (Республика Алтай, Алтайский, Красноярский края, Иркутская, Кемеровская, Новосибирская, Томская области), обсуждены актуальнейшие проблемы – повышение качества медицинской и социальной помощи, совершенствование лекарственного обеспечения населения.

Материалы предназначены для организаторов здравоохранения, клиницистов и научных сотрудников.

Работы опубликованы в авторской редакции.

Содержание

И.В.Нонукова ИТОГИ 5-ЛЕТНЕГО ПЕРИОДА КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ.....	
Н.П. Алексеева ИТОГИ РАБОТЫ УПРАВЛЕНИЯ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО КРАСНОЯРСКОМУ КРАЮ ПО ВНЕДРЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СТАНДАРТОВ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.....	
О.В. Алешко, В.Е.Шибанов, Г.В.Рвачева ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.....	
Н.В.Арбакова СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ.....	
А.С. Базлов, М.Н. Малеев, А.П. Мищенко, О.В. Моргаева, Е.В. Смирнова, А.М. Трепольская, О.И. Чепурнов ОПТИМИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ПАЦИЕНТА ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ С УПРАВЛЯЕМОЙ ГИПОТОНИЕЙ УРАПИДИЛОМ У БОЛЬНЫХ С ЛОР ПАТОЛОГИЕЙ.....	
А.С. Базлов, М.Н. Малеев, А.П. Мищенко, О.В. Моргаева, Е.В. Смирнова, А.М. Трепольская, О.И. Чепурнов ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО МОНИТОРИНГА TOF-Watch ПРИ РАБОТЕ С МИОРЕЛАКСАНТАМИ.....	
К.В. Бурулова ИТОГИ РАБОТЫ УПРАВЛЕНИЯ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ОБРАЩЕНИИ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ.....	
И.В.Вострокнутов ЭТАПНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ	
Л.Л.Галагуш ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ В РЕГИОНЕ	
А.Ф.Гусев, И.Ю.Бедорева, Т.И.Поспелова, Э.Р.Хафизова, Е.Г.Тоцкая, Л.В.Кислицына, О.М.Рожнова ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В МЕДИЦИНЕ.....	
Т.В. Корнишина КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮЖДЕНИЕМ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СТАНДАРТОВ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ.....	
Л.П.Корнишшева, В.М.Чернышев ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТОВ НА ЗДРАВПУНКТЕ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ	
Е.Б. Лебедева, Л.И. Начинова, И.Ф. Мингазов, Э.В. Круглова, В.Г. Семенова ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ	
С.Э.Медведенко ИТОГИ КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ КАЧЕСТВЕННОЙ И ДОСТУПНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ.....	
И.Ф. Мингазов, Э.В. Круглова, В.Г. Семенова, Ю.А. Григорьев, В.М.Чернышев О СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНАХ СИБИРИ В 2010	
Н.Ю. Пахомова, М.И. Прокопьева НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ.....	

<p>Н.Ю. Пахомова, М.И. Прокопьева РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ НОВОСИБИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА</p>	
<p>А. И. Прилучная ВЛИЯНИЕ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .</p>	
<p>Л.П.Радченко, А.А.Еркович, Н.А.Ворошилова, И.Н.Печурина, Н.Ф.Захарова, Н.В. Шангурова, Т.А.Мажникова ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО РАЗДЕЛУ УРОЛОГИЯ И УРОГИНЕКОЛОГИЯ В ФЕДЕРАЛЬНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ.....</p>	
<p>Л.П. Радченко, В.М. Чернышев, Л.К. Иванова, К.Г. Юсупова, И.Ф. Мингазов, Э.В.Круглова, В.Г. Семенова, Ю.А. Григорьев О МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ТЕНДЕНЦИЯХ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ЗА 2010 ГОД</p>	
<p>Л.П. Радченко, В.М. Чернышев, И.Ф. Мингазов, Э.В. Круглова</p> <p>ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНОВ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ</p>	
<p>М.Н. Рахманова ВОПРОСЫ СОБЛЮДЕНИЯ СТАНДАРТОВ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В НЕСТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА ПРИМЕРЕ УЧРЕЖДЕНИЯ «УСТЬ-КОКСИНСКИЙ МКЦ СОЦОБСЛУЖИВАНИЯ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ».....</p>	
<p>В.А. Трешутин, И.В. Москвитина ФАРМАКОНАДЗОР КАК ВАЖНЕЙШАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОНТРОЛЯ ЗА ОБРАЩЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ</p>	
<p>В.А. Трешутин, А.В. Кривоус КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА, КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ</p>	
<p>Е.А. Финченко, А.И. Клевасов, О.И. Ивановский, И.В. Шарапов С ЧЕГО НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ РАЗРАБОТКУ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</p>	
<p>Е.А. Финченко, И.А. Цыщорина, А.И. Клевасов, О.И. Ивановский, И.В. Шарапов НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ СИСТЕМЫ ЭКСПЕРТНЫХ ОЦЕНОК В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....</p>	
<p>В.М.Чернышев, Л.П.Радченко ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ РЕГИОНОВ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА: СОСТОЯНИЕ, НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.....</p>	
<p>Л.С. Шалыгина, Т.В. Комиссарова НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ АКУШЕРКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ</p>	
<p>Е.Н. Шерстнева АНАЛИЗ РАБОТЫ, ПРОВОДИМОЙ УПРАВЛЕНИЕМ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО КРАСНОЯРСКОМУ КРАЮ ПО ИСПОЛНЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФУНКЦИИ ПО КОНТРОЛЮ ЗА ПРОИЗВОДСТВОМ, ОБОРОТОМ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ</p>	

ИТОГИ 5-ЛЕТНЕГО ПЕРИОДА КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

И.В.Нонукова
Управление Росздравнадзора по Республике Алтай, Горно-Алтайск

Основой государственной политики в РФ является здоровье населения – как один из элементов национальной безопасности страны, представляющий высшую ценность как для государства в целом, так и для каждого человека.

В Указе Президента РФ от 12.05.2009 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» говорится: «Стратегическими целями национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации являются совершенствование стандартов медицинской помощи, а также контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств».

Краеугольным камнем оказания медицинской помощи является удовлетворение пациентов как потребителей медицинских услуг. В тоже время значительная часть граждан, при отсутствии у них медицинского образования, самостоятельно не в состоянии оценить качество оказания медицинской помощи.

Следовательно, развитие здравоохранения и его модернизация невозможны без современной контрольно-разрешительной системы, которая не просто фиксирует негативные явления, а управляет общественными рисками, связанными со здоровьем людей, их социальным благополучием, осуществляет профилактику нарушений законодательства в сфере здравоохранения и социального обслуживания.

В ходе проведения административной реформы, проводимой в соответствии с Указом Президента РФ № 314 в 2004 г. была создана Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Постепенно во всех субъектах РФ были созданы его территориальные органы.

В 2009 г. Росздравнадзор подвел итоги 5-летнего периода на Всероссийской научно-практической конференции Фарммедобращение 2009.

Сегодня Росздравнадзор является одним из наиболее значимых органов исполнительной власти, осуществляя более 40 государственных функций и 60 полномочий по контролю и надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Основными стратегическими целями Росздравнадзора являются контроль и надзор за порядком предоставления населению доступной и качественной медицинской и социальной

помощи и обеспечение населения качественными. Эффективными и безопасными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

Прежде чем перейти к истории образования и становления Управления Росздравнадзора по Республике Алтай, основным направлениям и перспективам развития в сфере здравоохранения и социального развития нашего региона несколько слов о географических особенностях нашей республики: большой удельный вес сельских жителей (74%), низкая плотность населения (2 человека на 1 кв. км), часть населения проживает в труднодоступных населенных пунктах, значительно удаленных от районных и республиканского центров.

С момента создания Управления в феврале 2006 г. перед сотрудниками были поставлены важные задачи по созданию и внедрению на территории нашего региона системы обеспечения качества и безопасности лекарственных средств и медицинских изделий, находящихся в обращении, надзора и контроля за качеством и доступностью медицинской и социальной помощи.

В настоящее время Управление осуществляет комплекс контрольных и надзорных мероприятий в отношении около 400 организаций различных форм собственности, в том числе 317 территориально-обособленных подразделений, оказывающих медицинскую помощь населению, 97 - в сфере реализации лекарств, изделий медицинского назначения.

Структура организаций, осуществляющих медицинскую деятельность на территории республики следующая: федеральные учреждения составляют 9%, государственные – 29%, муниципальные - 17%, частной формы собственности - 45%.

Структура лицензиатов, осуществляющих фармацевтическую деятельность по форме собственности выглядит следующим образом: государственной формы собственности -30 %, частной -70%. По месту расположения: 62% аптечных учреждений располагается в городской местности, 38% - в сельской местности.

В настоящее время Управление осуществляет более 20 государственных функций, исполняет более 30 государственных полномочий.

Основным приоритетом нашей работы все это время было и остается обеспечение прав граждан на качественную и доступную медицинскую, лекарственную и социальную помощь.

К выполнению возложенных полномочий Управлением привлекались внештатные эксперты, имеющие большой опыт работы по специальности, профессионалы в своем деле: д.м.н., профессор Галина Никифоровна Перфильева, Александра Модышевна Белекова, к.м.н. И.В.Вострокнутов, Т.А.Егорова, Елена Витальевна Мишенина, Алевтина Михайловна Мохова, Елена Викторовна Сакашева, Г.К.Санабасова и многие другие

Только в тесном взаимодействии с Правительством РА, другими федеральными и региональными ведомствами и организациями по вопросам обеспечения прав граждан на качественную, доступную медицинскую, социальную и лекарственную помощь можно эффективно осуществлять возложенные на управление государственные функции. Свидетельством тому служит активное участие специалистов управления в совместных совещаниях, коллегиях Министерства здравоохранения, Министерства труда и социального развития РА, межведомственных комиссиях по охране здоровья граждан, летнему отдыху и оздоровлению детей и различных рабочих группах и штабах.

Всего Управлением заключено более 30 соглашений о взаимном сотрудничестве. За период с 2006 по 2010 г.г. проведено 74 совместных проверок в рамках заключенных соглашений о взаимном сотрудничестве с прокуратурой РА, Госнарконтролем, Антимонопольным Управлением, министерствами здравоохранения внутренних дел РА, Территориальным фондом ОМС РА, Региональным фондом социального страхования и другими структурами, в центре внимания которых находится здоровье и социальное благополучие каждого человека.

За 5 лет деятельности Управления сформирован профессиональный, работоспособный коллектив, способный эффективно выполнять поставленные задачи. К настоящему времени укомплектован кадровый состав. В структуре Управления имеется 2 отдела: отдел контроля качества организации и медицинской помощи населению и фармацевтической деятельности и финансово-правовой отдел.

В настоящее время все специалисты Управления имеют высшее образование, двое из них имеют 2 и более высших образования, 1 сотрудник осуществляет заочное обучение в ВУЗе по второй специальности. Создана постоянно действующая система повышения квалификации и аттестации специалистов. Все сотрудники Управления имеют чины государственной гражданской службы, достаточно большой стаж государственной гражданской службы (в среднем по Управлению 4,5 года). Большинство специалистов отмечены почетными грамотами и благодарностями Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Это говорит о высоком потенциале коллектива.

С первых дней создания Управления связующим звеном между специалистами и жителями республики были средства массовой информации. Учитывая социальную значимость нашего ведомства, мы чувствовали большую поддержку со стороны республиканских СМИ. Всего за 5 летний период подготовлено 27 видеоматериалов и радиопередач, 51 газетная публикация о работе нашего коллектива.

С целью взаимодействия со всеми общественными и профессиональными сообществами по вопросам преодоления административных барьеров, повышения качества и доступности медицинского и социального обслуживания населения при Управлении с 2008 года успешно функционирует Общественный совет, члены которого являются руководителями различных общественных организаций, образовательных учреждений, профессиональных сообществ. Возглавляет Общественный Совет при Управлении Росздравнадзора С.Е. Полетаева.

За 3 года проведено 11 заседаний Общественного совета, рассмотрено 43 вопроса, по результатам которых внесены предложения различным ведомствам и организациям по совершенствованию оказания медицинской, социальной помощи и лекарственного обеспечения на территории Республики Алтай. Члены Общественного Совета проводят анкетирование по различным направлениям деятельности, выезжают на проверки со специалистами Управления.

Участие пациентов и общественных объединений в обсуждении проблем реформирования системы здравоохранения, повышения качества и доступности медицинской помощи, организации контроля и надзора в сфере лекарственного обеспечения является важным элементом гражданского общества, перспективным направлением модернизации контрольной системы и здравоохранения в целом.

Из года в год возрастает объем и сложность работы специалистов Управления. Отмечается неуклонный рост количества контрольно-надзорных мероприятий за период с 2007 по 2010 годы. В то же время, отмечена положительная динамика по уменьшению количества учреждений, в которых выявляются различного рода нарушения.

С ростом количества проверок практически не меняется их структура: 55-59% составляют внеплановые проверки.

Наибольшее количество нарушений выявлено при проведении проверок по контролю за соблюдением лицензионных требований и условий (83% от общего количества проверок данного профиля), затем идет контроль за реализацией ПНП «Здоровье» (74%), за обращением ЛС (73%), на 4-ом месте – контроль за соблюдением стандартов КМП (64%), на 5 месте проверки в сфере социальных услуг – 59%.

С ростом контрольно-надзорных мероприятий на 25% отмечается рост протоколов об административном нарушении по сравнению с 2008 годом в 3 раза, наложенных административных наказаний в 2,8 раза, наложенных в судебном порядке штрафов в 2,5 раза.

В то же время количество выданных предписаний по сравнению с 2008 годом снизилось на 14%. Положительным является также рост в 1,8 раза числа учреждений, в которых в полном объеме устранены выявленные ранее нарушения.

Одним из приоритетов в деятельности Управления является контроль и надзор в сфере социального развития, который осуществляется по следующим направлениям:

- контроль и надзор за соблюдением стандартов социального обслуживания,
- контроль за деятельностью органов опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан,
- контроль за соблюдением государственных гарантий, обеспечивающих социальную поддержку детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей,
- контроль за порядком организации и осуществления медико-социальной экспертизы, реабилитацией инвалидов,
- контроль за расходованием средств федерального бюджета, предоставляемых в виде субвенций бюджетам субъектов Российской Федерации, на осуществление полномочий Российской Федерации, переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

Проводимые в настоящее время контрольные мероприятия за соблюдением государственных стандартов социального обслуживания носят целенаправленный и системный характер, что способствует повышению уровня объемов и качества предоставляемых населению социальных услуг.

В течение последних лет значительно активизировалась работа по введению в действие национальных стандартов социального обслуживания, разработке и внедрению региональных стандартов Республики Алтай.

В результате тесного сотрудничества с Министерством труда и социального развития Республики Алтай в течение 2007 – 2010 гг. разработано и принято 9 государственных стандартов социального обслуживания Республики Алтай, которые включают в себя 13 национальных стандартов.

Все учреждения социального обслуживания Республики Алтай населения получили лицензии на осуществление медицинской деятельности.

По результатам проверок органами исполнительной власти и местного самоуправления приняты меры по повышению комфортности, созданию надлежащих социально-бытовых условий, проведению ремонта в большинстве учреждений социального обслуживания.

Значительно активизировалась работа по укреплению материально-технической базы учреждений социального обслуживания, оснащению необходимым реабилитационным, техническим оборудованием, необходимым для оказания качественных социальных услуг.

Практически во всех учреждениях проведена работа по организации мероприятий, направленных на повышение качества предоставляемых услуг, комплектации штатов

квалифицированными кадрами врачей, среднего медперсонала, специалистов по социальной работе, хозяйственным и обслуживающим персоналом.

В связи с усилением контроля за органами опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных граждан налажена и упорядочена работа по организации этого направления деятельности на территории Республики Алтай.

Проводимые мероприятия по контролю за расходованием средств федерального бюджета, представляемых в виде субвенций, позволили обеспечить возврат средств федерального бюджета, выплаченных необоснованно, устранить недостатки в оформлении документации получателей льгот.

Важным направлением работы Управления является контроль и надзор в сфере здравоохранения.

До 1 января 2008 г. Росздравнадзором осуществлялись: контроль за соблюдением стандартов и лицензирование медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ организаций всех форм собственности: государственной, муниципальной и частной. И это было оправданно. В тот период времени необходимо было сосредоточить усилия по организации работы по данным направлениям, ее упорядочению и отработке порядка исполнения соответствующих государственных функций на федеральном уровне. С 1 января 2008 года часть полномочий по контролю за соблюдением стандартов (кроме федеральных учреждений и высокотехнологичной медицинской помощи), а также лицензированию муниципальных учреждений здравоохранения и частных учреждений, аптечных учреждений в нашем регионе переданы на субъект РФ. В РА данные полномочия исполняет МЗ РА.

В период передачи полномочий на уровень субъекта РФ ни одно ЛПУ, ни одна аптека не прекратили свою деятельность.

В целях обеспечения граждан качественной медицинской помощью Росздравнадзором был проведен комплекс организационно-методических мероприятий по совершенствованию этой работы.

В целом с 2007 г. специалистам Управления удалось существенно увеличить эффективность проводимых контрольных мероприятий и охват ими учреждений, поскольку ориентир был взят на комплексный подход при проведении проверочных мероприятий, позволяющий сократить количество проверок, повысив их эффективность, а также создать более полное представление об обеспечении доступности и качества медицинской и социальной помощи в регионах. Кроме того усилия специалистов были направлены на контроль за устранением выданных предписаний

Благодаря консолидации усилий Управления, Министерства здравоохранения РА и других заинтересованных ведомств, значительно возросло количество лицензированных учреждений. Так по сравнению с 2007 годом в 1,9 раза возросло количество лицензиатов при осуществлении медицинской деятельности. В том числе в 1,5 раза федеральных, в 1,6 раза государственных учреждений, в 3,8 раза увеличилось количество частных учреждений, оказывающих медицинскую деятельность.

Особое внимание было уделено лицензированию территориально-обособленных объектов - центральных районных больниц. На конец 2006 года имели лицензию лишь 5 УБ (36%), 2 СВА (8%), ни один ФАП не был пролицензирован. На момент передачи полномочий на уровень субъекта РФ в конце 2007 года осуществляли медицинскую деятельность без лицензии 15 СВА и 94 ФАПа. За этим стоит значительное улучшение материальной базы, обучение медперсонала, приведение помещений в соответствие с нормативными требованиями, а следовательно, и повышение качества оказываемой медицинской помощи.

На сегодняшний день 1% ФАПов и 60% здравпунктов образовательных учреждений не имеют лицензии. За последние годы пролицензировано 33 образовательных учреждения (в 2007 г. не было ни одного). К основным причинам отсутствия лицензии на осуществление медицинской деятельности относятся несоответствие помещений санитарно-эпидемиологическим требованиям, отсутствие необходимого медицинского оборудования, недостаточная подготовка у медработников.

В настоящее время большинство образовательных учреждений передали штаты медработников муниципальным учреждениям здравоохранения. В связи с чем главным врачам ЦРБ предстоит в ближайшее время пролицензировать эти территориально-обособленные подразделения в школьных и дошкольных образовательных учреждениях.

Результаты контрольных мероприятий в сфере обращения ЛС в вышеуказанных образовательных учреждениях оставляют желать лучшего. К сожалению, отсутствие контроля со стороны лицензирующего органа, директоров школ и детских садов, а также администрации муниципальных учреждений здравоохранения за деятельностью медработников здравпунктов ведет к грубейшим нарушениям лицензионных требований и условий и представляет угрозу жизни и здоровью детей и подростков.

Процесс получения лицензии на осуществление медицинской деятельности и постоянный контроль за соблюдением лицензионных требований и условий ведет к повышению качества предоставляемой медицинской помощи. Ярким подтверждением этому является лицензирование социальных учреждений. Благодаря тому, что все 11 социальных учреждений, осуществляющих медицинскую деятельность на территории республики пролицензированы, осуществляется постоянный контроль за их деятельностью, отмечается

положительная динамика по приведению медицинской деятельности в данных учреждениях в соответствие с нормативными требованиями.

Подтверждением этому служит также снижение количества составленных протоколов об административном правонарушении по результатам проверок соблюдения лицензионных требований и условий за последние 4 года в 1,3 раза.

Проведенный анализ указывает на положительные сдвиги по соблюдению лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности. Так по сравнению с 2009 годом по итогам внеплановых проверок на 10% снизилось количество выданных предписаний, на 65% уменьшилось количество протоколов об административном нарушении.

В то же время при проведении контрольно-надзорных мероприятий в 2010г. продолжали выявляться следующие нарушения лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности:

- отсутствие повышения квалификации медицинских работников каждые 5 лет - 48% (2009г. - 50%);
- нарушение ведения учетно-отчетной документации, в том числе хранения документации в архиве - 48% (2009г. - 41%);
- несвоевременное проведение технических осмотров и метрологической поверки медицинского оборудования - 38% (2009г. - 36%);
- недостаточное оснащение необходимым медицинским оборудованием - 38% (2009г. - 27%);
- нарушения условий хранения отдельных групп лекарственных средств в зависимости от физических и физико-химических свойств - 38% (45%).

Необходимо отметить, что основные виды нарушений по сравнению с 2009 годом изменились незначительно. Вместе с тем на 7% уменьшились нарушения условий хранения лекарственных средств, на 2% отсутствие необходимой подготовки у медицинских работников.

Для сравнения в предыдущие годы во всех проверенных учреждениях или в 100% случаев выявлялись нарушения.

В качестве положительных примеров, учреждений в которых по результатам плановых проверок не выявлялись нарушения, можно привести лишь 2 учреждения за 2010 год, что составляет 9% от проверенных учреждений:

- здравпункт Центрального банка РФ (Банк России),

- ГС(К)ОУ для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат I-II вида Республики Алтай».

В 6 учреждениях (27 %), в которых в результате контроля за исполнением предписаний устранены нарушения в полном объеме:

- ГУ «Республиканский реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»;
- ГУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника»;
- ГУ «Республиканский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»;
- ГУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;
- ГОУ «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат 8 вида Республики Алтай»;
- ГУЗ «Республиканский психоневрологический интернат».

Остались неустраненными нарушения в 14 учреждениях, что составляет 64%.

В результате проведения контрольно-надзорных мероприятий в 2010г. в каждом втором проверенном учреждении были выявлены нарушения, связанные с организацией и качеством оказания МП, в каждом втором учреждении государственной собственности, 65% учреждений муниципальной и 30% частной системы здравоохранения выявлены нарушения.

С момента начала реализации ПНП «Здоровье» в 2006 году, направленного на улучшение здоровья населения, контролирующим органом был определен Росздравнадзор и его территориальные управления.

За 5 лет проведены проверки во всех МО республики. Необходимо отметить, что за последние 4 года в 2,6 раза увеличилось количество внеплановых проверок, в основном за счет контрольных проверок за исполнением предписаний (76% от всех внеплановых проверок).

Практически по всем направлениям приоритетного нацпроекта «Здоровье» имеется положительная динамика, в том числе особенно хочется отметить снижение доли участков ВОП с населением свыше 1700 чел. на 48%, уменьшение доли врачей, осуществляющих деятельность без сертификата на 10%, средних медработников – на 35%.

Полное устранение нарушений по реализации ПНП «Здоровье» в результате проведенных контрольных мероприятий по выданным предписаниям отмечено в 13 проверенных лечебно-профилактических учреждениях, что составляет 74% от общего числа проверенных юридических лиц.

Проведение ежемесячного мониторинга и эффективной контрольной деятельности Управления Росздравнадзора по Республике Алтай в части реализации мероприятий

приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения позволило повысить качество и доступность медицинской помощи населению, на что указывают, прежде всего, демографические показатели по Республике Алтай за 2010 год:

- общая смертность населения в сравнении с 2007 годом снизилась на 5%, данный показатель (11,9) более чем на 14% ниже среднего показателя по СФО;
- преждевременная смертность (7,3) в сравнении с 2007г. снизилась на 5%;
- младенческая смертность в сравнении с 2007 годом снизилась более чем на 36%, по отношению к среднему показателю по СФО данный показатель ниже более чем на 10%;
- естественный прирост составил +8,2, что на 13% больше, чем в 2007г. и значительно превышает средние показатели по СФО (-0,1) и по России (-2,6).

Среди многочисленных функций Управления одна из самых серьезных – это контроль и надзор в сфере обращения лекарственных средств.

В период реформирования здравоохранения, кардинальных преобразований в сфере обращения ЛС, роста цен на ЛС, увеличения на фармрынке фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных средств, необходимо усиление государственного регулирования фармацевтической деятельности, повышения эффективности мер контроля качества ЛС.

Сегодня в связи с развитием кризисных явлений в экономике перед Управлением стоит целый ряд новых исключительно важных и ответственных задач, от эффективного выполнения которых напрямую зависят здоровье и социальное благополучие граждан. Речь идет о контроле за применением цен на ЖНВЛС.

Обеспечить доступность лекарственных средств в кризисный период, когда есть тенденция роста цен — сложная задача. При этом необходимо, сохранить присутствие на рынке высококачественных и эффективных лекарственных средств, обеспечить их равную доступность для всех граждан.

Одним из показателей качества и доступности оказания медицинской помощи является **обращения граждан**. Работа с ними является приоритетным направлением нашей деятельности.

Количество обращений граждан увеличивается в большинстве населенных пунктов. Наибольшее количество их зарегистрировано в Горно-Алтайске (64%), Усть-Коксинском (11%) и Майминском (9%) районах.

В 2010 году в Управление Росздравнадзора поступило 53 письменных обращения, что на 5% ниже, чем в 2009 году (56). В то же время за последние 4 года количество обращений увеличилось в 2,5 раза, что связано с ростом грамотности населения и осведомленности жителей республики о деятельности надзорного органа.

Лидирующее положение в структуре обращений в течение 4-х лет – составляют обращения на качество медицинской помощи (более 40%). На 2-ом месте обращения граждан на порядок производства медицинской экспертизы, в большинстве случаев это связано с нарушениями при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, что также можно отнести к качеству медицинской помощи - с 4,8% в 2007г. до 19% в 2010 г.

За последние 4 года наблюдается значительный рост обоснованных обращений граждан (в 3,8 раза) на фоне незначительного роста жалоб и обращений на качество медицинской помощи. Из общего числа письменных обращений на качество медицинской помощи в 2010 году признаны полностью или частично обоснованными - 83% , необоснованными 17%. Таким образом, удельный вес обоснованных и частично обоснованных обращений на качество медицинской помощи за последние 4 года возросло с 56% до 83% или на 27%.

При расчете на 100 тыс. населения, наиболее высокие показатели в течение последних 4-х лет отмечены в г. Горно-Алтайске, Чойском, Майминском, Усть-Коксинском, Чемальском районах.

Необходимо отметить, что из федеральных учреждений здравоохранения за последние 4 года поступило наибольшее количество обращений на качество медицинской помощи на ФГУ ТС «Чемал» и ФБУ «ИК № 1 УФСИН России по РА», из государственных ГУЗ «Горно-Алтайская республиканская больница», ГУЗ «Горно-Алтайский республиканский Центр по борьбе со СПИД и др. инфекционными заболеваниями», из муниципальных учреждений здравоохранения на МУЗ «Горно-Алтайская городская поликлиника», МУЗ «Чемальская ЦРБ».

С 2010 года начата выездная работа по приему граждан. В ходе личного приема руководителем Управления принято более 200 граждан в 11 отдаленных населенных пунктах 4-х муниципальных образований. В основном граждане предъявляют претензии на:

1. Большие очереди на прием к врачу.
2. Отказы в обслуживании и лечении.
3. Несвоевременная медицинская помощь.
4. Грубое отношение врачей и средних медработников к пациентам.
5. Невыполнение стандарта медицинской помощи.

В **заключении** необходимо отметить эффективность и результативность выполнения государственных функций по контролю и надзору в сфере здравоохранения и социального развития напрямую зависит от уровня исполнительской дисциплины, строгого соблюдения законодательства в ЛПУ, социальных, аптечных учреждениях, а также от взаимодействия Управления Росздравнадзора с федеральными и региональными органами исполнительной

власти, Аппаратом полномочного представителя Президента в СФО, институтами гражданского общества, профессиональной общественностью, депутатским корпусом. Ресурсы совершенствования системы контроля не исчерпаны, необходимо дальнейшее развитие форм и методов контроля.

Все эти меры, как часть многогранной деятельности Росздравнадзора, способствовали и надеемся в дальнейшем будут способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи, увеличению ожидаемой продолжительности жизни населения, уменьшению уровня общей смертности, сокращению младенческой и материнской смертности на территории Республики Алтай.

Совершенствование контрольно-надзорных функций в сфере здравоохранения и социального развития позволит добиться ощутимых положительных изменений демографической ситуации и повышения качества жизни граждан на всей территории РФ.

ИТОГИ РАБОТЫ УПРАВЛЕНИЯ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО КРАСНОЯРСКОМУ КРАЮ ПО ВНЕДРЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СТАНДАРТОВ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Н.П. Алексеева

Управления Росздравнадзора по Красноярскому краю

Социальное обслуживание населения должно соответствовать государственным стандартам социального обслуживания, которые устанавливают основные требования к объемам и качеству социальных услуг, порядку и условиям их оказания в связи с чем Росздравнадзор наделен полномочиями по контролю за их соблюдением.

Впервые проверки по соблюдению государственных стандартов социального обслуживания Управлением были проведены в 2006 году по заданию Центрального аппарата Росздравнадзора, однако нормативно- правовые акты проведения проверок в тот период отсутствовали: приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 899 «Об утверждении административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением государственных стандартов социального обслуживания» вступил в силу только 31.12.2006 года, Национальные стандарты отсутствовали как в учреждениях, так и в Управлении имелись в единичных количествах.

Более активно начата работа по внедрению Национальных стандартов социального обслуживания в 2008 году в связи с расширением штата Управления и возможностью закрепить специалиста за данным разделом работы.

Кроме этого появилось постановление Совета администрации Красноярского края от 26.06.2007 № 247-п «Об утверждении стандарта качества оказания государственных услуг в области социальной защиты населения», где четко указаны нормативы по предоставлению различных видов социальных услуг с указанием их объемов, а именно четко указаны нормы размеров предоставления жилой площади в спальнях, комнатах отдыха, столовых, умывальных с разделением для взрослых и детей обеспечению мебелью из расчета на 1 клиента, оснащением учреждения автомобилями, что помогало в работе при проведении проверок.

В 2008 году на территории края было 193 учреждения социального обслуживания из них 100 учреждений стационарного типа, 93 нестационарного.

Во время проверок сотрудники Управления познакомились с очень разнообразными учреждениями социального обслуживания на территории края, как по видам предоставления социальных услуг, так и по условиям.

В ходе проверок увидели замечательное краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Дом милосердия для ветеранов войн и труда» в г. Красноярске. Два многоквартирных 9-этажных Дома для ветеранов в г. Минусинске, которые полностью обслуживают сотрудники комплексного центра социального обслуживания.

Или поселок «Партизан» в Саянском районе Красноярского края, где на земле находится 25 домов с отоплением и горячим холодным водоснабжением, с приусадебным участком, для граждан пожилого возраста, который тоже обслуживают специалисты комплексного центра социального обслуживания. В этих домах имеются медицинские блоки с процедурным и массажным кабинетами, залы лечебной физкультуры, в них открыты аптеки, продовольственные магазины, прачечные, имеется актовые залы. Для жильцов предоставляются услуги библиотек, парикмахерских.

Но имелись учреждения, где необходимо было немедленно приостановить деятельность ввиду крайне неблагоприятных условий проживания детей и предоставления им социально-бытовых условий, где для помывки имелась полуразрушенная баня, а дети сами заготавливали дрова, носили воду.

Одним из требований ГОСТ является предоставление медицинской помощи в связи, с чем вопросам лицензирования медицинской деятельности было уделено большое внимание.

Медицинскую деятельность в 2008 году осуществляло 133 учреждения на территории Красноярского края, из них в 95 учреждениях лицензия на медицинскую деятельность отсутствовала - 74%.

В 2009 году из 133 учреждений осуществляющих медицинскую деятельность 85 не имело лицензии на медицинскую деятельность – 64%

К декабрю 2010 года 94 учреждения осуществляют медицинскую деятельность из них 22 учреждения без лицензии - 23%. Основными причинами являются: отсутствие заключения Роспотребнадзора о соответствии на медицинскую деятельность и отсутствие документов, подтверждающих законное право использования зданий и помещений.

В 2008 году проведено 36 выездных проверок соблюдения государственных стандартов социального обслуживания из них в 35 учреждениях (97 %) стандарты социального обслуживания отсутствовали. Однако, принимая во внимание наличие постановления Совета администрации Красноярского края от 26.06.2007 № 247-п «Об утверждении стандарта качества оказания государственных услуг в области социальной защиты населения» проверки проводились в соответствии с требованиями указанными в постановлении.

В ходе проверок выявлено отсутствие лицензии на осуществление медицинской деятельности в 34 (94 %), учреждениях, в 15 из них по отдельным видам работ и услуг, что является нарушением стандартов социального обслуживания:

- ГОСТа Р 52143-2003 «Основные виды социальных услуг», а так же ст.17. Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Выявлено несоблюдение государственных стандартов социального обслуживания

- в части предоставления жилой площади на 1 клиента в 5 учреждениях (14 %);
- в части обеспечения мебелью в 4 учреждениях (11 %).

Выявлено нарушение Федерального закона от 21.07.1998 № 122-ФЗ «О государственной регистрации прав на недвижимое имущество и сделок с ним», а именно отсутствие документов, подтверждающих законное основание использования зданий, помещений, выявлено в 2 (5 %) учреждениях;

В 2009 году проведено 47 выездных плановых проверок по контролю соблюдения государственных стандартов социального обслуживания из них в 6 учреждениях национальные стандарты РФ отсутствовали.

В ходе проверок выявлено нарушение, стандартов социального обслуживания в 39 учреждениях

- ГОСТа Р 52143-2003 «Основные виды социальных услуг», ст.17. Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в 16 из 47 учреждениях отсутствовала лицензия на осуществление медицинской деятельности (34 %), в 8 учреждении (17 %) лицензия отсутствует по отдельным видам работ и услуг;
- несоблюдение государственных стандартов социального обслуживания:

- в части предоставления жилой площади на 1 клиента в 9 (19 %) учреждениях,
- в части обеспечения мебелью в 6 (13 %) учреждениях;
- нарушение Федерального закона от 21.07.1998 № 122-ФЗ «О государственной регистрации прав на недвижимое имущество и сделок с ним», а именно отсутствие документов, подтверждающих законное основание использования зданий, помещений, выявлено в 8 (17 %) учреждениях;

По итогам проверок направлялись письма в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, министерство социальной политики Красноярского края, Прокуратуру Красноярского края, главам городов и районов.

В 2010 году проведена 41 выездная плановая проверка по контролю соблюдения государственных стандартов социального обслуживания из них во всех учреждениях Национальные стандарты РФ имеются.

В ходе проверок выявлено нарушение, стандартов социального обслуживания в 30 учреждениях

- ГОСТа Р 52143-2003 «Основные виды социальных услуг», нарушение ст.17. Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в 12 из 41 учреждениях отсутствует лицензия на осуществление медицинской деятельности (30 %), в 1 учреждении (2 %) лицензия отсутствует по отдельным видам работ и услуг.

Несоблюдение государственных стандартов социального обслуживания

- в части предоставления жилой площади на 1 клиента в 2 (4 %) учреждениях;
- в части обеспечения мебелью в 2 (4 %) учреждениях;
- ГОСТа Р 53060-2008 «Документация учреждения социального обслуживания» (дата введения 01.01.2010г.), нарушение Федерального закона от 21.07.1998 № 122-ФЗ «О государственной регистрации прав на недвижимое имущество и сделок с ним», а именно отсутствие документов, подтверждающих законное основание использования зданий, помещений, выявлено в 5 (8 %) учреждениях;

Проверки 2010 года показали, что в учреждениях стали уделять большое внимание качеству предоставляемых социальных услуг и контролю за их предоставлением в соответствии с п. 4.3.3. ГОСТа Р 53060-2008 «Документация учреждения социального обслуживания». Должностные регламенты сотрудников составлены с учетом и на основании требований указанного ГОСТа, кроме этого в учреждениях имеются «Положения об отделениях» и «Положения о контроле качества социальных услуг».

В постановлении Совета администрации Красноярского края от 26.06.2007 № 247-п «Об утверждении стандарта качества оказания государственных услуг в области социальной

защиты населения» не были отражены все требования Национальных стандартов социального обслуживания, действующих в тот период на территории Российской Федерации, а так же в соответствии с п.1,2 ст.6 Федерального закона от 10.12.1995 № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» Управление Росздравнадзора по Красноярскому краю неоднократно обращалось с письмами в адрес Губернатора Красноярского края, Главного федерального инспектора в Красноярском крае, Председателя Законодательного собрания Красноярского края, министра социальной политики Красноярского края с требованием о необходимости установления всех государственных стандартов социального обслуживания в порядке, определенном органом государственной власти субъекта – Красноярского края.

Результатом указанной работы Управления считаем новое постановление Красноярского края от 24.08.2010 № 454 «Об установлении государственных стандартов социального обслуживания». Государственные социальные услуги, предоставляемые жителям Красноярского края, не ниже установленного государством стандарта, определяющего основные требования к объемам и качеству социальных услуг, порядку и условиям их оказания.

Кроме этого утверждены и реализуется ведомственные целевые программы «Повышение качества и доступности предоставления социальных услуг в учреждениях социального обслуживания» на 2011-2013 годы (утверждена постановлением Правительства Красноярского края от 16.11.2010 № 557-п), «Социальная поддержка населения Красноярского края» на 2011-2013 годы, (утверждена постановлением Правительства Красноярского края от 16.11.2010 № 558-п).

В 2010 году с целью соблюдения ГОСТа Р 53060-2008 «Документация учреждения социального обслуживания», уменьшению учреждений, осуществляющих деятельность без лицензии на медицинскую деятельность, была проведена реорганизация учреждений социального обслуживания, были закрыты учреждения в которых устранить нарушения пожарной безопасности, санитарных норм и правил не представлялось возможным.

Не смотря на экономические трудности, закончилось строительство новых корпусов в домах интернатах «Енисейский», «Большемуртинский», «Шилинский», уменьшая при этом очередь клиентов для помещения в стационарные учреждения (с 932 в 2008г. до 543 человек к началу 2011г., в психоневрологические интернаты с 633 до 446 человек), что так же является показателем работы на территории края органов опеки и попечительства

На сегодня перед Управлением стоит задача добиться регулярной аттестации специалистов по социальной работе во всех учреждениях социального обслуживания на

территории края в соответствии с ГОСТ 52497-2005 «Система качества учреждений социального обслуживания».

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

О.В. Алешко, В.Е.Шибанов, Г.В.Рвачева

МУЗ «Городская поликлиника № 1», Новосибирск

Целью информатизации системы здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи населению на основе автоматизации процесса информационного взаимодействия между учреждениями и организациями системы здравоохранения, органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, а также федеральными органами исполнительной власти, обеспечивающими реализацию государственной политики в области здравоохранения (Концепция здравоохранения 2020).

Уровень обеспеченности российских медицинских учреждений информационными технологиями (ИТ) все еще остается невысоким. Информатизацию отечественного здравоохранения сдерживает как недостаточное финансирование, так и отсутствие у руководства понимания тех возможностей, которые предоставляют ИТ для оптимизации и повышения качества работы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

На сегодняшний день созданы десятки информационных систем для ЛПУ. В целом по стране на эти цели тратятся огромные средства. Вместе с тем, стандарты информационного обмена отсутствуют, внедрение осуществляется бессистемно, в связи с чем большинство программ, используемых в здравоохранении - не совместимы друг с другом.

Для амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), как наиболее посещаемых, первой по значимости проблемой является устаревшая система управления потоками пациентов начиная с регистратуры, что приводит к очередям, нередко запоздалым визитам к врачам, поздней диагностике и несвоевременному началу лечения, соответственно, снижению эффективности его и вызывает обоснованное недовольство населения.

Не менее важен низкий уровень планирования и организации работы врача, в том числе участкового, «бумажная волокита» и др., что приводит к дефициту времени для общения с пациентами, от чего страдает качество МП, недостаточен объем и низкая эффективность профилактической работы. Как следствие этого, неудовлетворенность пациентов качеством и доступностью медицинской помощи, наличие жалоб на очередность

к специалистам, неверие пациентов в возможность эффективного лечения в амбулаторных условиях.

Это подтверждено социологическими исследованиями, проведенными в АПУ г. Новосибирска в 2009-2010 гг. Среди причин неудовлетворенности пациентов преобладают:

очереди в регистратуру (42% в 2009 г. и 44% в 2010г.); невозможность дозвониться в регистратуру (47% и 39%); невозможность попасть к врачу в день обращения (10% и 36%); очереди у кабинетов врачей (42% и 50%).

Модернизация в первичном звене здравоохранения города, население которого составляет 1,4 млн.человек, начала проводиться централизованно, затронула работу 58-ми амбулаторно-поликлинических учреждений, станции скорой медицинской помощи, медико-техническое оснащение учреждений и порядок их финансирования

Основной целью проекта является повышение доступности МП и качества обслуживания на догоспитальном этапе, рациональное использование ресурсов муниципального здравоохранения за счет оптимального распределения пациентов.

Особенность проекта заключается в том, что формируемая в Новосибирске система соответствует требованиям национального стандарта «Электронная карта пациента» (2008 г.) и работает в режиме реального времени, что позволяет использовать любые доступные технологии записи к врачу (через многоканальный телефон, интернет, технологии мобильной связи и др.), сохраняется возможность прийти лично в поликлинику и записаться на прием в регистратуре.

Реализация проекта осуществляется «пошагово» и включает в себя несколько этапов: создание единой информационной системы записи к врачу, а так же единой инфокоммуникационной сети медицинских учреждений и городского центра обработки вызовов; обучение персонала; техническое обеспечение (подключение в интернет, организация терминалов и др.); мониторинг работы учреждений и проведение социологических исследований.

Именно объединение лечебно-профилактических учреждений мегаполиса в единое информационное поле, на основе единых стандартов как медицинской информации, оказания медицинских услуг, так и программного обеспечения, позволит создать: актуальный медицинский регистр населения, а в нем регистры по основным группам нозологий (онкология, сахарный диабет, бронхиальная астма и др.); обеспечить переход к «подушевому» принципу финансирования поликлиник; повысить эффективность диспансеризации и вакцинации населения. Будут созданы условия для повышения

эффективности взаимодействия структурных подразделений в самих АПУ и с другими учреждениями (скорой медицинской, стационарами и др.), что позволит повысить качество медицинского обслуживания населения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Н.В.Арбакова

ГУ «Республиканский реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», Горно-Алтайск

ГУ «Республиканский реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» является единственным учреждением, осуществляющим на территории республики комплексную реабилитацию детей и подростков с ограниченными возможностями в возрасте от 0 до 18-ти лет также проводит профилактическую работу по предупреждению инвалидности.

Центр оказывает детям и подросткам, имеющим отклонения в физическом и умственном развитии, квалифицированную медико-социальную, психолого-педагогическую помощь.

Основной деятельностью учреждения является повышение эффективности и качества социального обслуживания детей и подростков с ограниченными возможностями, семей с детьми-инвалидами. Исходя, из этого учреждение работает над реализацией следующих приоритетных задач:

- повышение качества и доступности оказываемых услуг;
- расширение видов предоставляемых услуг в соответствии с государственными стандартами;
- расширение зоны реабилитационного пространства детей-инвалидов для более успешной интеграции в социум;
- формирование положительного общественного мнения по проблемам детской инвалидности через СМИ;
- разработка и внедрение новых технологий и методов работы;
- повышение квалификации специалистов

В данное время в Центре функционирует четыре отделения: отделение дневного пребывания, медико-социальной реабилитации, стационарное и отделение психолого-педагогической помощи Прием детей и подростков на обслуживание осуществляется по медицинским показаниям, по

направлению органов и учреждений социальной защиты населения, образования и здравоохранения или по просьбе родителей (законных представителей).

В учреждении проводятся реабилитационные мероприятия, представляющие собой комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мер, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности.

Центр осуществляет взаимодействие с бюро медико-социальной экспертизы, органами здравоохранения, образования, социальной защиты. С использованием возможностей всесторонне изучается состояние детей-инвалидов, определяются меры по их реабилитации, осуществляется наблюдение за динамикой состояния здоровья, контролируется выполнение ИПР. Все мероприятия проводятся комплексно, по принципу «от простого к сложному», с учетом индивидуальных возможностей детей-инвалидов и с активным участием их родителей.

По статистическим данным в Республике Алтай на 01. 06. 2010г. насчитывается 942 детей-инвалидов, воспитывающихся в 927 семьях.

Таблица 1.

Комплексная реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями

Дети	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.
Всего реабилитировано	1014	982	992	998
Из них детей-инвалидов	879	794	680	660
Городских детей	288	279	263	300
Сельских детей	726	703	694	698
Детей с положительной динамикой		799	856	951
Увеличение детей с положительной динамикой от общего числа реабилитированных детей в Центре (%)	-	81%	89%	95%

В 2010г. наибольшее количество детей и подростков с ограниченными возможностями реабилитировано из г. Горно-Алтайск – 300 (30%), 122 детей из Усть-Канского района – это 12%, Кош-Агачского района – 111 (11%), Усть-Коксинского р-на – 90 детей – 9% и Майминский р-н – 89 детей – 9%.

Согласно статистическим данным, на протяжении всех 3-х лет отмечаем, что самое большое количество обратившихся детей – это дети с болезнями нервной системы, на 2-м месте – дети с психическими расстройствами и расстройствами поведения, на 3-м – с врожденными аномалиями развития.

Таблица 2.

Количество оказанных услуг

Услуги	2008г.	2009г.	2010г.
Социально-медицинские	10890	12370	12 407
Социально –психологические	7253	7735	8195
Социально-педагогические	39850	30981	32 913
Социально – бытовые	7641	8479	9733
Социально-правовых	1380	1410	1415
Всего услуг	67014	60975	64 663

Количество детей и подростков с ограниченными возможностями с положительной динамикой возросло в связи с качественным предоставлением социальных услуг детям и подросткам с ограниченными возможностями и внедрением новых технологий.

С апреля 2010 года проводится работа по программе интернет класса цель, которой внедрение эффективных реабилитационных информационных и компьютерных технологий, обеспечивающих широкий выбор оптимальных средств и условий реабилитации детей с нарушениями в развитии с учетом их возможностей.

С февраля текущего года была организована работа родительского клуба «Гармония» как одна из форм работы с родителями. Цели и задачи клуба: психолого – педагогическое просвещение родителей; повышение социальной и культурной компетентности родителей; вовлечение родителей в совместную с детьми деятельность; пропаганда интересного опыта семейного воспитания, лучших семейных традиций, здорового образа жизни; оказание индивидуальной помощи в решении трудных проблем семейного воспитания.

Отзывы родителей позитивны, с желанием приходят на заседания клуба. В журнале отзывов родители оставляют благодарность и пожелания о продолжении работы клуба «Гармония».

Выезд мобильной социальной службы в отдаленные районы республики. Служба создана для помощи семьям, где воспитывается ребенок-инвалид, не имеющим возможности регулярного посещения Центра реабилитации – сказывается отдаленность проживания и степень заболевания. Основная цель мобильного социального обслуживания – предоставление социально-правовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально- педагогических услуг; обучение родителей основам реабилитации детей в домашних условиях; оказание методической и практической помощи специалистам Центра и обмен опытом.

В отделении медико – социальной реабилитации внедрены новые технологии:

1. Теплолечение – использование в комплексе реабилитационных услуг с лечебной и профилактической целью природных физических факторов (парафин и озокерит)
2. Гирудотерапия - лечение медицинскими пиявками в секрете слюнных желез которых содержится более 100 биологических активных веществ гирудин, гиалуронидаза гистаминоподобные вещества оказывающие лечебное воздействие
3. Костюм Адели - специально оборудованный комплект разных размеров по весу и росту ребенка предназначенный для приближения к норме «мышечный каркас» созданной с помощью силовой системы костюма
- позволяет придать более естественное положение туловищу и конечностям больного сформировать траекторию его движений максимально приближенную к естественным физиологическим и снизить выраженность патологических синергий.

В конце реабилитационного курса у большинства детей, проходивших реабилитацию отмечены:

1. Улучшение эмоционального состояния (повышение уверенности в своих физических и психологических силах, преодоление страхов возможных поражений и неудач, снижение тревожности);
2. Умение работать и общаться в коллективе (психологически комфортное пребывание в группе, снижение барьеров общения, развитие речи и расширение кругозора, совершенствование навыков взаимодействия при выполнении общей задачи);
3. Умение сосредотачиваться, концентрироваться на поставленной задаче, выполнять её правильно и точно, терпеливо довести начатое до логического конца;
4. Повышение способности ориентироваться в окружающем мире, тенденция к улучшению социальной адаптации;
5. Улучшения двигательных возможностей;
6. Улучшение координации движений;

По состоянию на 01 января 2011г. учреждение кадрами укомплектовано полностью. Штатная численность составляет 94 должностные единицы. Все специалисты соответствуют квалификационным требованиям. Прошли курсы повышения квалификации и получили свидетельства – 21 человек.

За 2010г. Почетными грамотами и Благодарственными письмами Центра за активное участие в общественной жизни награждены – 24 чел., Благодарственным письмом Министерства труда и социального развития РА – 6 чел., Почетными грамотами Министерства труда и социального развития – 4 специалиста.

В ГУ «Республиканский реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» в 2010г. разработано руководство по организации системы контроля.

При составлении использованы следующие Национальные стандарты РФ: ГОСТ Р 52142-2003 Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения, ГОСТ Р 52496 -2005 Контроль качества социальных услуг. Основные положения, ГОСТ Р 52497 – 2005 Система качества учреждений социального обслуживания, ГОСТ Р 53063 – 2008 Контроль качества услуг семье, ГОСТ Р 53061 – 2008 Контроль качества социальных услуг детям, ГОСТ Р 53059-2008 Социальные услуги инвалидам, Национальные стандарты РА № 171 и № 146. Состав информации об услугах в обязательном порядке должен быть в соответствии с Федеральным законом «О защите прав потребителей».

Настоящее руководство является элементом контроля за деятельностью подразделений и сотрудников по оказанию социальных услуг на их соответствие государственным стандартам социального обслуживания, другим нормативным документам в области социального обслуживания населения.

Эффективность системы контроля качества обеспечивается:

- 1) наличием Политики учреждения в области качества предоставляемых услуг;
- 2) разработкой планов работы учреждения и его структурных подразделений по контролю качества предоставляемых услуг;
- 3) составлением графиков проверок и списка вопросов к ним;
- 4) оформлением результатов проверок;
- 5) выработкой и реализацией мероприятий по устранению выявленных недостатков.

Под политикой ГУ «Республиканский реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» в области качества предоставления услуг понимается выбранная им совокупность методов оценки деятельности структурных подразделений и отдельных сотрудников, направленных на полное удовлетворение нужд клиентов, повышение качества услуг и эффективности социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Основными критериями такой оценки являются:

- полнота предоставления услуги в соответствии с требованиями документов;
- своевременность;
- результативность предоставления услуги.

В целях совершенствования системы социального обслуживания и осуществления контроля качества предоставления социальных услуг в Центре разработан приказ «О

создании комиссии по контролю качества предоставления реабилитационных услуг». В соответствии с ним с 2010 года ежемесячно осуществляется оценка эффективности и качества деятельности структурных подразделений и работников.

В учреждении действует 4-х уровневая система контроля за деятельностью подразделений и отдельных сотрудников в области качества предоставления услуг:

- 1) система плановых проверок
- 2) система перекрестных проверок
- 3) система внезапных проверок
- 4) Система самоконтроля

Наличие 4-уровневой системы контроля способствует соблюдению принципа предупреждения проблем качества услуг, профилактике возможных нарушений в области качества предоставления услуг, в случае нестандартной или конфликтной ситуации, изучению и выработке плана по улучшению оказания качества услуг.

1-й уровень. Система плановых проверок осуществляется комиссией по контролю, состав которой утвержден приказом директора. Плановая проверка может использовать многофункциональный подход: тематический, фронтальный, сравнительный. Плановая проверка проводится согласно плану работы учреждения в области контроля качества

2-й уровень. Перекрестные проверки осуществляются комиссией по контролю в состав, которых формируется из заведующих отделениями и специалистов учреждения. Перекрестная проверка направлена на оказание помощи и внесение конкретных предложений для улучшения качества работы.

3-й уровень. Внезапные проверки осуществляются по устному указанию директора в случае нестандартной или конфликтной ситуации. Внезапная проверка направлена на изучение ситуации и выработку плана по улучшению работы учреждения.

4-й уровень. Система самоконтроля заключается в ежедневном систематическом контроле качества услуг внутри каждого структурного подразделения.

Основными критериями проверок являются:

- соответствие предоставляемых услуг государственным стандартам и другим нормативным документам в области социального обслуживания;
- наличие и состояние документов, в соответствии с которым функционирует подразделение (положение об отделении, правила, инструкции, методики работы с клиентами, эксплуатационные документы на оборудование, приборы, аппаратуру, государственные стандарты социального обслуживания);
- укомплектованность отделения специалистами и сотрудниками соответствующей квалификации;

- наличие информации об отделении, порядке и правилах предоставления услуг;
- техническое оснащение отделения.

В комплект документов учреждения, необходимый для организации работы системы контроля качества входит:

- Руководство по организации работы системы качества, утвержденное приказом директора Центра.
- Приказ о создании комиссии по контролю за деятельностью подразделений и отдельных сотрудников по оказанию социальных услуг и их соответствию государственным стандартам социального обслуживания.
- Руководство по качеству обслуживания.
- План работы по контролю основных факторов, влияющих на качество услуг.
- Положение о должностном контроле в учреждении
- Критерии оценки результативности деятельности и качества работы структурных подразделений и работников Центра.
- Годовой план работы учреждения в области качества.
- Графики плановых и перекрестных проверок.
- протоколы заседаний комиссии и справка о проверке качества услуг.
- План мероприятий по устранению недостатков (если такие выявлены).
- Журнал контроля качества.
- Годовой анализ работы учреждения в области качества предоставления услуг.

В комплект документов каждого структурного подразделения Центра, необходимый для организации работы системы контроля качества, входит:

- План работы подразделения, включающий мероприятия в области контроля качества.
- График контроля качества отделения.
- План мероприятий по устранению недостатков (если такие выявлены).
- Список вопросов для проведения проверки.
- Справка о проверке качества услуг.
- Журнал контроля качества работы сотрудников.
- Положение об отделении.
- Должностные инструкции.
- Правила, инструкции, методики работы с клиентами.
- Государственные стандарты социального обслуживания.
- Порядок предоставления услуг.
- Правила предоставления социального обслуживания (социальных услуг).
- Годовой анализ работы в области контроля качества предоставления услуг.

Ответственность учреждения за качество предоставляемых услуг, разработку, внедрение и контроль эффективности системы качества, за определение политики в области качества, организацию и общее руководство работами по обеспечению качества, а также за обеспечение понимания всеми сотрудниками учреждения требований системы качества несет директор Центра.

Ответственность за обеспечение качества услуг в каждом подразделении несет зам. директора и заведующие отделениями.

Ответственность за качество услуг лежит на каждом исполнителе, предоставляющем услуги детям и подросткам с ограниченными возможностями.

В данное время учреждение расположено в 3-х приспособленных зданиях:

Размеры помещений и условия проживания соответствуют требованиям санитарно-гигиенических норм и правил (СанПин № 2,4,1201-03 «Гигиенические требования к устройству, содержанию, оборудованию и режиму работы специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации») и государственным стандартам социального обслуживания.

В связи с тем, что Центр находится в 3-х приспособленных помещениях, дети-инвалиды ежедневно пересекают проезжую часть, что создает угрозу их жизни.

Весь сложный процесс коррекционно-реабилитационной работы с детьми и подростками с ограниченными умственными и физическими возможностями, направленный на их всестороннее развитие, воспитание, трудовую подготовку и социальную адаптацию, в случае успеха позволит им занять адекватное место в жизни и приносить посильную пользу обществу.

Мы стремимся научить детей с ограниченными возможностями жить и быть счастливыми. Сотрудники реабилитационного Центра делают все, чтобы детям, обращающимся за помощью, стало легче, спокойнее, комфортнее. Нам предстоит еще много сделать для создания полноценной системы реабилитации детей-инвалидов, ориентированной на преодоление ограничений жизнедеятельности, связанных с инвалидностью, интеграции детей-инвалидов в общество и достижения ими независимости.

Анализ результатов реабилитационной работы свидетельствует о том, что проводимая в Центре комплексная реабилитация, повышение качества реабилитационного процесса, расширение видов социально-медицинских и социально-педагогических услуг, улучшение условий труда специалистов дает возможность получения максимально положительного эффекта у большинства реабилитируемых детей. В результате достигаются значительная коррекция в состоянии здоровья, улучшения эмоционально-психологического и физического состояния, расширение кругозора, творческих возможностей, навыков

социального общежития, социальной этики, умения ориентироваться в окружающей обстановке, что является предпосылкой для успешной интеграции в общество.

Анализ состояния работы дает основание выделить следующие направления и задачи на будущее:

- добиться повышения образовательного потенциала специалистов на основе: углубления сотрудничества с другими центрами, повышения квалификации на разных курсах, включения всех специалистов в самообразовательную деятельность – разработка программ, организация выездов в другие реабилитационные центры.
- проведение тренингов, релаксационных занятий для профилактики профессионального выгорания специалистов;
- тесное сотрудничество с районными центрами семьи и детей.

В перспективе планируется введение в практическую деятельность Центра:

- системы нового поколения «оптимузыка» и музыкальный луч «Саундбим», которые представляют собой интерактивную цветомузыкальную развивающую среду, позволяющую управлять звуком, светом, видео, сенсорным оборудованием путем взаимодействия с лучами света. Показаниями для использования являются психосоматические заболевания, ДЦП, заболевания ЦНС, легкая степень умственной отсталости, задержка психического развития психогенного и соматогенного происхождения, ранний детский аутизм. Ее применение позволит повысить эффективность коррекционно-реабилитационных мероприятий по преодолению различных психоэмоциональных нарушений, а также будет способствовать развитию и гармонизации детско-родительских отношений;

- открытие стоматологического кабинета;
- открытие мастерской керамики;
- оборудование зала ЛФК новыми тренажерами;
- проведение занятий по иппотерапии;
- открытие живого уголка для детей и т. д.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ПАЦИЕНТА ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ С УПРАВЛЯЕМОЙ ГИПОТОНИЕЙ УРАПИДИЛОМ У БОЛЬНЫХ С ЛОР ПАТОЛОГИЕЙ

А.С. Базлов, М.Н. Малеев, А.П. Мищенко, О.В. Моргаева, Е.В. Смирнова, А.М. Трепольская,
О.И. Чепурнов

ФГУ «СОМЦ ФМБА России», Новосибирск

Цель: Защита пациента от гемодинамических артериальных кризов, профилактика кровотечений, образования гематом при ЛОР операциях.

Методы: Нами использовался альфа1-адреноблокатор урапидил производства Никомед – «Эбрантил». Методика была применена у 37 взрослых больных с ринохирургической патологией.

Проводились оперативные вмешательства: подслизистая резекция носовой перегородки – 19 случаев, эндоскопическая полисинусотомия – 13 случаев, тонзилэктомия – 5 случаев.

В операционной пациентам после стандартной премедикации (атропин – 0,5 мл, димедрол – 1,0 мл., фентанил 0,005% - 2,0 мл) и вводной анестезии пропофолом 1% - 150-200 мг в/в проводилась интубация трахей на фоне релаксации листеноном – 200 мг. в/в. В качестве поддерживающей анестезии использовалась ингаляция севофлурана – 2 об.% в сочетании с N₂O:O₂ – 1:1, релаксация тракриумом – 20-30 мг в/в, аналгезия – фентанил 0,005% - 2,0-4,0 мл. в/в.

После интубации и начала подачи ингаляционного анестетика проводилась оценка гемодинамики и введение 25 мг. урапидила в/в., при появлении тенденции к гипертензии или затягивании времени оперативного вмешательства, урапидил вводился повторно через 30 минут в дозе 25 мг в/в.

Во время оперативного вмешательства проводился непрерывный мониторинг респираторных и гемодинамических параметров, контроль анестетиков и CO₂ в выдыхаемой смеси монитором «Draeger Vamos».

Результаты: после введения 25 мг. урапидила в/в. у пациентов наступала стабилизация системной гемодинамики на уровне 100-110/60 мм.рт. ст. несмотря на этапы хирургической агрессии. При этом гипотония была «мягкой», без резких скачков артериального давления. Отмечено снижение дозы анестетиков для достижения необходимой защиты пациента (поддерживающая доза севофлурана снижалась до 1,5-1 об.%, снижалась и потребность в фентаниле).

Гипотензивный эффект после введения продолжался 30-35 минут, после чего при продолжении операции, требовалось повторное введение урапидила. Повышение давления при прекращении действия так же происходило постепенно, без резких колебаний.

На фоне гипотонии вызванной урапидилом резко снизилась кровоточивость слизистых, хирургами отмечена комфортность работы в операционном поле, особенно при эндоскопических операциях

Еще одним отмеченным важным эффектом явилось отсутствие подъёма артериального давления при экстубации больного, даже при однократном применении урапидила.

Повышение системного артериального давления при экстубации является одной из проблем при операциях с ЛОР патологией, так как приводит к кровотечениям, образованию гематом, трудностям при проведении респираторной поддержки и интубации. Гладкое пробуждение больного и экстубация без гипертензии снимает ряд важных проблем, как для хирурга, так и для анестезиолога.

В течении ближайшего послеоперационного периода (1-2 часа) артериальное давление оставалось стабильным.

В одном случае у больной 65 лет, на фоне базовой антигипертензивной терапии β блокаторами при применении урапидила в указанных дозировках отмечена стойкая гипотония, купированная введением 500 мл волювена.

Выводы:

- применение урапидила при операциях у больных с ринохирургической патологией, позволяет эффективно проводить щадящую гипотонию и профилактику интраоперационных кровотечений.
- Очень важным эффектом является отсутствие повышения артериального давления при экстубации больного, даже при однократном введении препарата. Это профилактика образования гематом и нарушений гемостаза, даёт уверенность хирургу и анестезиологу в гладком послеоперационном периоде.
- Последствие препарата длящегося около 1-2 часов, так же профилактирует развитие осложнения в ближайшем послеоперационном периоде.
- При использовании урапидила отмечен фармакоэкономический эффект за счёт снижения дозировок анестетиков и наркотических анальгетиков.

Таким образом на наш взгляд использование урапидила в схеме управляемой гипотонии при оперативных вмешательствах у больных с ЛОР патологией имеет преимущества перед широко используемыми схемами с применением нитратов и может быть рекомендована к широкому применению.

ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО МОНИТОРИНГА TOF-Watch ПРИ РАБОТЕ С МИОРЕЛАКСАНТАМИ

А.С. Базлов, М.Н. Малеев, А.П. Мищенко, О.В. Моргаева, Е.В. Смирнова, А.М. Трепольская, О.И. Чепурнов

Цель: Фармако-экономические аспекты применения нервно-мышечного монитора TOF-Watch при массивных оперативных вмешательствах.

Методы: Методика применялась у группы хирургических, урологических и гинекологических больных при обширных вмешательствах на кишечнике, почках, пластических урогенитальных операциях. Средняя продолжительность операции от 1,5 до 4 часов. Методика использована у 39 пациентов, возраст от 20 до 74 лет, масса варьировала от 70-130 кг.

Пациенту после выполнения премедикации и вводной анестезии, до введения миорелаксантов проводилась калибровка монитора TOF-Watch и определение исходного значения. Затем вводились релаксанты, причём использовались, как деполяризующие (листенон – 150-200 мг.), так и монорелаксация препаратом Эсмерон в дозировке – 0,6 мг/кг, с мониторингом с помощью TOF-Watch. При достижении значения 20% проводилась интубация трахеи и введение недеполяризующих релаксантов. Применялись тракриум 25-30 мг. или ардуан 4 мг. в/в. Поддерживающая анестезия севораном 2-3 об.%, аналгезия - фентанил 0,005% - 2,0- 2,2 мкг/кг/час. В дальнейшем проводился мониторинг TOF-Watch и при достижении значения 10% или 1-2 ответов на стимуляцию, вводилась расчётная доза миорелаксантов повторно.

Экстубация больного проводилась при значениях более 90% , учитывая также эффективность самостоятельного дыхания, мышечного тонуса и сознания.

Результаты: При использовании нервно-мышечного монитора TOF-Watch отмечено, что время необходимое для восстановления мышечной активности часто резко отличается от эмпирического времени рекомендованного для данного релаксанта. Особенно выражен этот эффект был для эсмерона и ардуана. Так в некоторых случаях достаточно было одного введения эсмерона при 1,5 часовой операции. При применении тракриума этот эффект выражен меньше и практически соответствует расчётному.

В целом при мониторинге TOF-Watch суммарная доза эсмерона на одну анестезию была в 1,5-2,5 раза меньше расчётной, ардуана в 1,5-2 раза, тракриума в 1,3 раза.

Таким образом мы видим отчётливый фармакоэкономический эффект, особенно при использовании эсмерона.

Меньшая общая доза препарата, контролируемый уровень релаксации обеспечивает дополнительные преимущества при осуществлении анестезиологического пособия. Лучшая управляемость анестезии позволила оптимизировать продолжительность операции и анестезии, практически не требуется проведение декурараизации.

Это так же способствует снижению общей стоимости анестезии и амортизации оборудования.

Выводы: Применения нервно-мышечного монитора TOF-Watch при массивных оперативных вмешательствах имеет значимый фармакоэкономический эффект:

- Снижение общей дозы миорелаксанта, особенно для эсмерона (1,5-2,5 раза)
- Оптимизация продолжительности операции и анестезии, отсутствие необходимости в декураризации, приводит к снижению стоимости наркоза и амортизации оборудования.

ИТОГИ РАБОТЫ УПРАВЛЕНИЯ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ОБРАЩЕНИИ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ

К.В. Бурулова

Управление Росздравнадзора по Республике Алтай, Горно-Алтайск

В период реформирования здравоохранения, кардинальных преобразований в сфере обращения лекарственных средств, роста цен на лекарственные средства, увеличения на фармацевтическом рынке фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных средств (ЛС), необходимо усиление государственного регулирования фармацевтической деятельности, повышение эффективности мер контроля качества ЛС. Это имеет стратегическое значение, т.к. ведет к стабилизации в обществе, оздоровлению нации, экономическому и социальному благополучию населения, и значит и государства в целом.

Это нашло отражение в интервью Президента РФ Д.А. Медведева на телевидении, где прозвучало: «Государство не имеет права не контролировать вопрос лекарственного обеспечения, так как это вопрос жизни многих людей».

Результатом последовательной политики Правительства РФ, МЗиСР РФ по наведению порядка в сфере лекарственного обеспечения явилось принятие Федерального закона «Об обращении лекарственных средств», который вступил в силу с 1 сентября 2010 года.

Настоящий Федеральный закон отражает последовательность этапов обращения ЛС от разработки до этапа мониторинга безопасности их применения.

Также данным законом предлагается разрешить (в случае отсутствия в сельском поселении аптечных учреждений) продажу лекарственных препаратов населению непосредственно в медицинских организациях имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность и их обособленных подразделениях (СВА, ФАПы, центры общей врачебной

практики). В настоящее время Министерством здравоохранения Республики Алтай (РА) ведется работа по разработке и утверждению нормативно – правовых актов, регламентирующих данное направление.

Государственный контроль при обращении ЛС осуществляется посредством контроля качества ЛС при гражданском обороте, лицензирования фармацевтической деятельности, проведения проверок соблюдения ЛТУ, получения по запросам уполномоченного федерального Органа ИВ субъекта РФ, от субъектов обращения ЛС для медицинского применения информации по вопросам установления, применения цен и надбавок к ним.

Необходимо отметить, что со вступлением ФЗ «Об обращении лекарственных средств» полномочия Росздравнадзора расширились.

Подробнее остановлюсь на лицензировании фармацевтической деятельности, государственном контроле качества ЛС и государственном регулировании цен на ЖНВЛП, а также реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан.

До вступления в силу ФЗ от 29.12.2006 № 258 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием разграничения полномочий» лицензирование фармацевтической деятельности относилось к полномочиям Росздравнадзора.

Управлением Росздравнадзора по Республике Алтай в 2006-2007гг. выдано 20 лицензий на осуществление фармацевтической деятельности, 4 (16%) соискателям было отказано в предоставлении лицензии, в связи с отсутствием принадлежащих им на праве собственности или на ином законном основании помещений и оборудования, необходимого для осуществления фармацевтической деятельности.

Проведено 118 проверок соблюдения лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности. Основными нарушениями при осуществлении фармацевтической деятельности являлись: отсутствие документов, подтверждающих право собственности, не соблюдение лицензиатами условий хранения лекарственных препаратов, несоблюдение правил розничной торговли ЛС и изготовления ЛС - реализация препаратов рецептурного отпуска без рецептов, без погашения отпущенных рецептов, выкладка лекарственных препаратов рецептурного отпуска на витрину, реализация лекарственных средств, препаратов рецептурного отпуска лицом, не имеющим фармацевтического образования, наличие препаратов с истекшими сроками годности;

- при осуществлении деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ выявлены нарушения в части предоставления справок и приказов руководителя к допуску сотрудников к работе с НС и ПВ.

По результатам проверок составлены 40 протоколов об административном правонарушении, что составило 34% от количества проведенных проверок.

На основании ФЗ от 29.12.2006 № 258 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием разграничения полномочий» с 1 января 2008 года полномочия по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения) переданы на уровень субъекта РФ (Министерство здравоохранения Республики Алтай).

В целях выполнения государственной функции по контролю и надзору за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти переданных полномочий Российской Федерации Управлением в период с 2008 по 2010 годы проведены 23 проверки Министерства здравоохранения РА, в том числе 9 по контролю за полнотой и качеством осуществления государственной функции по лицензированию фармацевтической деятельности, деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ (список 1, список 2), деятельности, связанной с оборотом психотропных веществ (список 3). В 2008 и в начале 2009 года в ходе проверок выявлялись факты незаконной амнистии в отношении учреждений, в которых выявлены грубые нарушения. По результатам проверок Управлением выданы предписания об устранении выявленных нарушений. В настоящее время подобные нарушения отсутствуют.

В 2008 – 2010 годах в соответствии с полномочиями Управлением Росздравнадзора по РА проведено 5 проверок соблюдения ЛТУ в учреждении оптовой торговли лекарственными средствами. При этом выявлены лекарственные препараты с ограниченным сроком годности, что указывает на недостаточную работу по управлению товарными запасами. При проведении контрольных проверок данное нарушение устранено.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2010 № 318 «Об утверждении Положения о лицензировании деятельности, связанной с производством, переработкой, хранением, реализацией, приобретением и использованием прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Таблицу I Списка IV в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах» лицензирование деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, с июля 2010 осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Управлением Росздравнадзора по РА в адрес учреждений, в которых возможно осуществление деятельности, связанной с производством, переработкой, хранением, реализацией, приобретением и использованием прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Таблицу I Списка IV направлены письма с запросом для выявления наличия данного вида деятельности. В настоящее время нами подобных учреждений не выявлено.

В Управление за получением лицензий на осуществление данной деятельности соискатели не обращались.

Осуществление в установленном порядке проверок деятельности аптечных учреждений, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, иных организаций, осуществляющих деятельность в сфере обращения лекарственных средств по контролю за изготовлением, качеством, эффективностью, безопасностью, оборотом и порядком использования лекарственных средств является одним из основных направлений деятельности РЗН

Вопросы нарушений законодательства в сфере обращения лекарственных средств, в плане обеспечения государственных гарантий по предоставлению населению качественных, эффективных и безопасных лекарственных средств, в последнее время приобрели для российского общества особое значение, став острой социальной проблемой. Актуальность данного направления обусловлена присутствием на рынке недоброкачественных лекарственных средств, фальсифицированных лекарственных и контрафактных лекарственных средств.

Важным аспектом деятельности Управления является контроль за деятельностью аптечных учреждений, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, иных организаций, осуществляющих деятельность в сфере обращения лекарственных средств, в части изготовления, качества, эффективности, безопасности, оборота и порядка использования лекарственных средств.

В Республике Алтай осуществляют фармацевтическую деятельность 97 аптечных учреждений, в том числе 2 государственных учреждения: ГУП «Фармация», имеющая 19 аптек и 1 аптечный склад, АКГУП «Алтаймедтехника» - 3 аптеки; 4 государственных и 2 муниципальных медицинских учреждений, имеющих лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, 68 аптечных учреждений частной формы собственности. Доля аптечных учреждений государственной формы собственности в республике составляет 30%.

Количества проверок в 2010 году снизилось в 2 раза по сравнению с 2008 годом, но если в 2007 – 2008 годах доля выданных предписаний составляла 78-80%, то в 2010 году составила 57%, т.е. уменьшилось на 37%.

При проведении контрольных мероприятий с 2006 по 2010 год проверено 6523 серии лекарственных средств, выявлено и изъято из обращения 165 серий, 225 упаковок недоброкачественных лекарственных средств по 161 наименованию на общую сумму 142 тысяч рублей. Самый высокий процент брака зарегистрирован в 2009 году, что связано с активизацией работы в данном направлении. Специалисты Управления выступали с данной информацией на совещаниях Главного федерального инспектора в РА, Министерства здравоохранения РА, проводились контрольные проверки по ранее выданным предписаниям. Благодаря проведенной работе в 2010 году по сравнению с 2009 годом количество изъятых недоброкачественных лекарственных средств уменьшилось на 78%, с 2007 годом - на 42%.

При сравнении нарушений, выявленных в 2010 году с предыдущими годами, количество нарушений хранения лекарственных средств, применения лекарственных средств с истекшим сроком годности в аптечных учреждениях и лечебно – профилактических учреждениях уменьшилось, тогда как увеличилось количество нарушений в образовательных учреждениях (здравпунктах школ и детских садов), не имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности - выявлено осуществление медицинской деятельности без специального разрешения (лицензии) в 4 здравпунктах образовательных учреждений муниципальных образований. В результате проверок составлены и направлены в суд протоколы по ч. 1 ст. 19.20 КоАП РФ. По решению суда виновные привлечены к административной ответственности.

Проведение контрольно-надзорных мероприятий и организация Управлением Росздравнадзора по РА работ по мониторингу качества и безопасности лекарственных средств на территории РА, значительно повысило эффективность проводимого контроля, повлияло на снижение уровня выявленных недоброкачественных лекарственных средств и отсутствие фальсифицированных лекарственных средств в обращении за период с 2006 по 2010годы. Сложность заключается в том, что на территории республики отсутствует Центр контроля качества лекарственных средств.

С января 2011 года Управлением введена программа по контролю качества лекарственных препаратов (разработчик – Управление Росздравнадзора по Алтайскому краю), что позволит повысить эффективность проводимого нами контроля.

С целью пресечения поступления в обращение недоброкачественных ЛС в последние годы особое внимание было уделено приведению в соответствие к установленным требованиям уничтожение НЛС, ФЛС.

При проведении проверок в период с 2007 по 2010 годы во всех проверенных учреждениях отсутствовали «карантинные зоны», договоры об уничтожении недоброкачественных лекарственных средств.

Управлением направлялись письма в адрес Правительства РА, Министерства здравоохранения РА о недостаточной работе в данном направлении. В результате принятых мер во всех проверенных учреждениях организованы «карантинные зоны» для размещения недоброкачественных лекарственных средств, большинством учреждений заключены договоры с организацией, имеющей лицензию на право уничтожения лекарственных средств.

Одним из разделов контроля качества ЛС является мониторинг безопасности ЛС.

В соответствии со ст.64 ФЗ от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» лекарственные препараты, находящиеся в обращении на территории РФ, подлежат мониторингу безопасности в целях выявления возможных негативных последствий их применения, предупреждения пациентов и их защиты от применения таких препаратов.

Субъекты обращения лекарственных средств обязаны сообщать обо всех случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению препарата, о серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях, об особенностях взаимодействия препарата с другими ЛП.

В РА при Министерстве здравоохранения назначено лицо, ответственное за организацию и ведение мониторинга безопасности лекарственных средств. За прошедший период случаев выявления вышеуказанных побочных реакций в РА не зарегистрировано, что в какой – то степени вызывает сомнение в достоверности данного мониторинга.

Статьей 19.7 КоАП РФ предусмотрена ответственность за непредставление или несвоевременное представление сведений (информации) – штраф на должностных лиц в размере от 300 до 500 рублей, на юр. лиц – от 3000 до 5000 рублей.

За период с 2007 по 2010 годы поступило 11 обращений на качество лекарственных средств в аптечных учреждениях. Рост обращений в 2009 году объясняется повышением информированности населения республики о деятельности Управления с увеличением публикаций в республиканских СМИ, проведением приемов граждан руководителем Управления. В результате проведенных проверок 9 обращений признаны необоснованными, 2 обращения направлены на рассмотрение в Министерство здравоохранения РА в соответствии с переданными полномочиями.

Таким образом, в РА имеются значительные резервы для улучшения доступности и качества лекарственного обеспечения, зависящие, в первую очередь, от уровня обеспечения лечебно-профилактических учреждений необходимыми и безопасными лекарственными

средствами, рационального их использования, до четко организованного контроля за деятельностью учреждений, осуществляющих фармацевтическую деятельность.

Учитывая, что стоимость 50% обращаемых на фармацевтическом рынке лекарственных средств возмещается за счет средств бюджетов различных уровней и средств обязательного медицинского страхования, государство вправе контролировать рациональность использования финансовых и лекарственных ресурсов и устанавливать ценовые и тарифные ограничения.

В соответствии со статьями 60, 63 ФЗ от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» регулированию подлежат цены на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты на основании разработанной методики определения предельных цен производителя и методики формирования оптовой и розничной торговых надбавок. Комитетом по тарифам РА установлены надбавки на ЖНВЛП в нашем регионе. В тоже время необходимо отметить, что субъекты РФ могут устанавливать наценки на весь спектр лекарственных средств, зарегистрированных в России.

На сегодняшний день в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов включены 522 наименования лекарственных средств.

В 2010 году сотрудниками Управления Росздравнадзора проведена 61 внеплановая проверка по осуществлению государственного контроля за ценами на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов совместно с прокуратурой Республики Алтай, Управлением Федеральной антимонопольной службы по Республике Алтай, Министерством внутренних дел Республики Алтай, Министерством здравоохранения Республики Алтай.

По государственному контролю за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП осуществлены проверки 45 юридических лиц, осуществляющих розничную торговлю ЖНВЛП, нарушения выявлены в 20 проверенных юридических лиц (44%). Следует отметить, что большинство нарушений (95%) было выявлено в апреле-мае 2010 года при проведении проверок по поручению Росздравнадзора.

В структуре нарушений, выявленных в ходе контрольно – надзорных мероприятий в аптечных учреждениях, на 1 месте нарушения по нечитабельности перечня ЖНВЛП (напечатано мелким шрифтом) составило 71%, на 2 месте – реализация ЖНВЛП с превышением максимальных расчетных предельных розничных цен – 24%.

- в 3% случаев отсутствует информация в торговых залах о максимальных розничных ценах на ЖНВЛП, цены на которые зарегистрированы к 01.04.2010;

- в 2% случаев выявлен факт реализации ЖНВЛП при отсутствии протокола согласования цен по 2 препаратам.

Во втором полугодии проведены внеплановые документальные и контрольные проверки, в результате которых выявлены единичные нарушения, такие как отсутствие обновленных информации о предельных розничных ценах на ЖНВЛП для населения. Указанные нарушения в ходе проверок аптечными учреждениями устранены.

В рамках надзорных полномочий с 1 июня 2009 г. Управлением проводится мониторинг цен и ассортимента лекарственных средств в стационарных лечебно-профилактических и аптечных учреждениях, а также текущей ситуации на фармацевтическом рынке Республики Алтай.

Мониторинг проводится по перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденному распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2009 №2135-р.

По результатам анализа мониторинга ценовой и ассортиментной доступности лекарственных средств в учреждениях здравоохранения Республики Алтай установлено, что по состоянию на 01.01.2011 дефектура в госпитальном сегменте составила 82 наименования, в амбулаторном сегменте – 222. Для сравнения: по состоянию на 15.05.2010 дефектура в госпитальном сегменте составляла 1118, амбулаторном – 920 наименований, т.е. отмечается положительная динамика.

Анализ проводимого Росздравнадзором мониторинга уровня цен показал, что **в госпитальном сегменте** фармацевтического рынка положительным является тот факт, что в 3 и 4 кварталах рост цен снизился на 90%.

Итоги мониторинга цен на ЛС Управлением Росздравнадзора по РА в 2011 году будут использованы в ходе контрольно – надзорных мероприятий. С целью информированности населения результаты размещаются на сайте Управления Росздравнадзора по РА.

Обеспечение необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан – это одна из наиболее масштабных программ, реализуемых в здравоохранении современной России.

Главная цель программы ОНЛС – повышение доступности лекарственного обеспечения граждан. Эффективными инструментами при реализации программы ОНЛС являются: взаимодействие всех участников системы ОНЛС, финансовая составляющая, качественное определение потребности и совершенствование нормативно – правовой и законодательной базы, системы закупок.

Реализация данной программы в Республике Алтай, так же как и во всех субъектах Российской Федерации, проходила не гладко. Это вполне объяснимо, учитывая масштабы проводимых реформ.

Прежде всего, сложности в работе были связаны с наличием дефектурных позиций в Перечне ЛС, предназначенных для льготников, а также с неоднократными изменениями, вносимыми в этот документ. Эти и другие факторы создавали серьезные трудности по своевременному обеспечению граждан необходимыми препаратами, что, в свою очередь, вызывало вполне обоснованное недовольство.

В то же время необходимо отметить, что в результате совместной работы с Министерством здравоохранения РА, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования РА, руководителей учреждений здравоохранения качество оказания бесплатной лекарственной помощи гражданам республики за последние годы значительно улучшилось. Вместе с тем обращает на себя внимание тот факт, что количество льготников в 2010 году снизилось по сравнению с 2008 годом на Слайд по количеству льготников.

В связи с чем, число льготополучателей начиная с 2008 остается стабильной.

Показатели реализации программы ОНЛС на территории Республики Алтай указывают, что общая ситуация в республике удовлетворительная. По сравнению с 2007 годом в 2010 году поставки ЛС увеличились на 66%. Также увеличилась выписка рецептов отдельным категориям граждан на 5% при сравнении с 2007г. Сумма обслуженных рецептов увеличилась на 59%.

В соответствии с полномочиями Управлением Росздравнадзора по Республике Алтай в период с 2006 по 2007 год проведена 301 проверка по контролю за обеспечением льготных категорий граждан в рамках программы ОНЛС в лечебно – профилактических и аптечных учреждениях.

Самое большое количество проверок проведено в 2007 году, в то же время количество проверок по контролю за исполнением ранее выданных предписаний составило всего 5 или 11% от количества внеплановых проверок. В 2010 году из 38 внеплановых проверок 21 проверка контрольная или 55%, что указывает на эффективность и результативность проводимых нами контрольно - надзорных мероприятий.

При проведении контрольных проверок за исполнением Предписаний в 2010 г. выявлено следующее:

- в полном объеме исправлены нарушения в 9 учреждениях, что составляет 75%;
- частично - в 2 учреждениях (17%);
- не выполнены предписания в 1 учреждении (8%).

Управлением запланированы контрольные проверки в данных лечебно – профилактических и аптечных учреждениях.

Специалистами Управления проводится еженедельный мониторинг отпущенных лекарственных средств и рецептов, находящихся на отсроченном обслуживании.

ЭТАПНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ

И.В.Вострокнутов

ГУЗ «Горно-Алтайская республиканская больница»

Цель: Снижение смертности от острой хирургической патологии в республике Алтай.

Материалы и методы: На территории Республики Алтай выделяют три основные климато-географические зоны, имеющие различную плотность населения и высоту расположения над уровнем моря. Расстояния от центральных районных больниц муниципальных образований, расположенных в различных климатогеографических зонах, до республиканской больницы колеблется в широких пределах их характеристика представлена в таблице 1.

Таблица 1

Расстояние от ЦРБ до республиканской больницы

Климатогеографические зоны	Районы РА	Среднее расстояние от Республиканской больницы (км)
I	Турочакский Чойский Майминский Чемальский г.Горно-Алтайск	76,2
II	Шебалинский Онгудайский Усть-Канский Усть-Коксинский	235
III	Улаганский Кош-Агачский	403,3

Структура хирургической заболеваемости в районах республики Алтай представлена острой хирургической патологией- 30,3%, травма-24,3%, гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки-17,4%, урологические заболевания -14,6%, заболевание сосудов -5%.

Для изучения выбора лечебной тактики у больных с хирургической патологией органов брюшной полости при угрозе развития и наличии разлитого перитонита, выполнено исследование на территории республики Алтай в период с 1996 по 2009 годы. Работа основана на проспективном и ретроспективном анализе результатов лечения 13390 пациентов с острой хирургической патологией, медицинская помощь которым была оказана на территории Республики Алтай.

Исходную группу пациентов, включенную в исследование, составили оперированные пациенты, поступившие в сроки свыше 24 часов от момента заболевания (N= 2585). Формы перитонита по признаку распространенности были следующие: ограниченный -1975 пациентов, распространенный - 628 пациентов. После проведенного хирургического лечения все пациенты с ограниченной формой перитонита выздоровели и были выписаны, что повлекло за собой исключение данной категории больных из исследований.

Таким образом, для решения поставленных задач основную группу исследования составили оперированные пациенты, имевшие распространенную форму перитонита при поступлении в стационар в сроки свыше 24 часов от момента заболевания (N=628). Этиология распространенной формы перитонита: деструкция органа (за исключением поджелудочной железы) -553 пациента, травматические повреждения органов брюшной полости (за исключением поджелудочной железы) -75 пациентов. Основными этиологическими причинами перитонеального процесса в основной группе пациентов явились: деструкция и травматические повреждения органов брюшной полости. Критериями для объединения послужили распространенный характер перитонита независимо от нозологической формы и сроки поступления в стационар свыше 24 часов от момента поступления.

Разница между пациентами этой группы заключалась в выборе метода первичного хирургического вмешательства: части пациентов передняя брюшная стенка ушивалась наглухо - 330 человек (52,5%), а части хирургическое вмешательство завершали наложением лапаростомы - 298 человек (47,4%). У 245 (9,4%) пациентов поступивших позже 24 от момента заболевания, в связи с развившимися осложнениями проведено повторное вмешательство на брюшной полости. Самыми частыми причинами, вызвавшими повторное вмешательство на брюшной полости были, продолжающийся перитонит, несостоятельность швов анастомозов или зашитых ран на кишечнике. Осложнения возникали в различное время после первой операции. Основное количество осложнений выявлено на 6-7 сутки. Оценка

тяжести состояния этих пациентов, до 2003 года, проводилась эмпирически, оценочные шкалы в этот период времени не применялись. Релапаротомии, проводились у пациентов в крайне тяжелом состоянии, это удалось выяснить ретроспективным анализом истории болезни. При этом выявлено, что большинство пациентов перед релапаротомией имели 16 баллов и выше по шкале SOFA и практически все умерли. У всех отмечалось выраженное расстройство сознания, стойкое снижение артериального давления, снижение диуреза или его отсутствие. Большинство релапаротомии проводили консультанты из республиканской больницы на месте, практически все пациенты были признаны не транспортабельными. Пациенты оставались на местах. Особенно тяжело перитониты протекали в III-климатогеографической зоне. При ретроспективной оценке историй болезни этих пациентов на первый план выходила дыхательная недостаточность в дальнейшем отмечалось прогрессирование полиорганной недостаточности, но в большинстве случаев это не учитывалось лечащим врачом, пациенту продолжала проводится консервативная терапия. Релапаротомия проводилась поздно. В лечении этих пациентов почти не использовались программированные санации брюшной полости и открытое ведение брюшной полости с помощью наложения лапаростомы. Консультации с республиканским специалистом носили формальный характер. В то время невозможно было объективно оценить тяжесть состояния пациента.

Из 792 выездов специалистов РЦМК, на проведение релапаротомий к пациентам с перитонитом различной степени тяжести в 1996-2009 году было 96. Самое большое количество вызовов республиканских специалистов хирургов было в I-климатогеографическую зону (61%). Выезды специалистов осуществлялись санитарными машинами. На месте консультанту предстояла сложная задача оценить тяжесть состояния пациента на основании чего принять решение о выполнении повторного оперативного вмешательства или транспортировки пациента в республиканскую больницу. Чаще всего состояние пациента оценивалось как не транспортабельным, консультант выполнял релапаротомию по жизненным показаниям. Транспортировка пациентов с перитонитом проводилась в основном с районов I и II –й климатогеографической зоны, которые ближе расположены к республиканской больницы и тяжесть их состояния практически не влияла на принятия решения транспортировать пациента. С районов расположенных в III-ей климатогеографической зоне на расстоянии 300-400 километров от республиканской больницы в период с 1996 по 2002 годы пациентов с перитонитом транспортировано 32. Основной вид транспорта санитарная машина в сопровождении реаниматолога из республиканской больницы либо анестезиолога районной больницы.

С 2003 года в практике районных хирургов стала активно применяться адаптированная к местным условиям шкала органной недостаточности SOFA. Появилась возможность объективно оценивать тяжесть состояния пациента с перитонитом в послеоперационном периоде, а значит и раньше выявлять осложнения и выполнять релапаротомию. В период с 2003-2009 годы в практику районных хирургов вошли консультации непосредственно из операционной. Увиденная картина в брюшной полости и тяжесть пациента оцениваемая по шкале SOFA докладывались консультанту по телефону. Коллективно принималось решение о дальнейшей тактике лечения данного пациента. Так как все пациенты с подобными перитонитами нуждаются в интенсивной терапии и мониторинге при улучшении состояния на 2-3 сутки когда их состояние становится транспортабельным они перевозились в республиканскую больницу где им продолжалось лечение. Все релапаротомии проводились врачом консультантом. Это позволило выработать единую тактику лечения пациентов с повторным вмешательствами на брюшной полости при перитоните. Также увеличилось количество транспортировок у пациентов с подозрением на продолжающийся перитонит в послеоперационном периоде и повторное вмешательство уже проводилось в республиканской больнице. За период с 2003 по 2009 год было транспортировано 64 пациента.

Выводы: Применение этапности оказания помощи пациентам острой хирургической патологии в целом на территории республики Алтай и пациентам с распространенной формой перитонита в частности, с введением в практику хирурга объективной оценки тяжести состояния пациента, а также своевременная транспортировка пациентов в специализированное учреждение, позволило снизить летальность у больных с абдоминальным сепсисом с 38,8% в период 1996 по 2002год, до 25,3% с 2003 по 2009 год.

**ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
УПРАВЛЕНИЯ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ В РЕГИОНЕ**

Л.Л.Галагуш

Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и
социального развития по Новосибирской области

Основными направлениями деятельности управления является: контроль качества оказания медицинской помощи населения, контроль в сфере здравоохранения и качества

оказания социальной помощи населению, контроль и надзор в сфере обращения лекарственных средств и медицинской продукции. В том числе ряд мероприятий осуществляется в рамках заключенных с контролирующими органами и общественными организациями соглашений

В период с 2006 по 2010г. управлением выдано 1313 лицензий, 52 % лицензий выдано после передачи части полномочий субъекту РФ, в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 № 258-ФЗ, в результате работы, проделанной на территории области Управлением – все учреждения, осуществляющие социальную защиту населения и оказывающие медицинскую помощь, получили лицензию, значительно увеличилось количество лицензиатов среди учреждений образования.

Структура нарушений претерпела изменения и ряд нарушений удалось свести к минимуму, в то же время остаются проблемы, которые приходится решать не только на уровне «контролирующий орган – учреждение», но и на уровне ведомств, органов государственной власти субъекта РФ, во взаимодействии с прокуратурой, а именно:

- качество и доступность оказания медицинской помощи в учреждениях ГУ ФСИН, в том числе ВИЧ-инфицированным и инвалидам из числа лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы и заключенных под стражу;

- качество и доступность оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи, особенно детям и женщинам в период беременности и родов;

- производство медико-социальной экспертизы, повышение качества работы врачебных комиссий лечебных учреждений при подготовке пациентов к освидетельствованию в учреждении МСЭ;

- реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами, национального проекта «Здоровье».

Под лицензионным контролем Управления в сфере фармацевтической деятельности находится 59 организаций оптовой торговли, 15 аптек федеральных организаций здравоохранения и 11 аптек федеральных организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных.

В сложившийся кризисный период продолжали получать лицензии на фармацевтическую деятельность организации оптовой торговли, так в 2008г впервые получили лицензию - 6 организаций, в 2009г – 9, в 2010г – 5.

Проверки в организациях оптовой торговли позволяют контролировать деятельность аптечных складов, выявлять организации, которые не осуществляют деятельность на объекте. Проводимые контрольно-надзорные мероприятия в том числе предотвращают оборот фальсифицированных лекарственных средств на территории и других областей РФ.

С целью систематизации работы по государственному контролю качества лекарственных средств на территории Новосибирской области с марта 2010 года специалисты Управления работают с программой по контролю качества лекарственных препаратов (разработчик – управление Росздравнадзора по Алтайскому краю), что позволило в период 2010 года выявить 89 серий недоброкачественных ЛС (80 наименований). В течение года в адрес поставщиков недоброкачественных лекарственных препаратов направлено 122 письма о необходимости предоставления документального подтверждения их списания и уничтожения. В результате получено 22 акта об уничтожении недоброкачественных препаратов

Для повышения безопасности населения Новосибирской области при проведении фармакотерапии создан Региональный центр, за период 2010 года в региональный центр мониторинга уже поступило 149 сообщений. При этом выявлено 59 серьезных реакций, ставших причиной госпитализации или приведших к удлинению госпитализации.

Анализ проводимого Росздравнадзором мониторинга показал положительную тенденцию в стабилизации цен на лекарственные препараты в Новосибирской области и на протяжении нескольких месяцев регион входит в число 5 с наименьшей розничной торговой надбавкой. С целью информированности населения результаты мониторинга доводятся до средств массовой информации.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В МЕДИЦИНЕ

А.Ф.Гусев, И.Ю.Бедорева, Т.И.Поспелова, Э.Р.Хафизова,
Е.Г.Тоцкая, Л.В.Кислицына, О.М.Рожнова

ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Минздравсоцразвития РФ»; кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКиППВ Новосибирского государственного медицинского университета,

Ключевыми процессами научно-исследовательского учреждения здравоохранения, наряду с процессом оказания медицинской помощи, являются научно-исследовательский и образовательный, на которые область применения системы менеджмента качества (основанная на принципах всеобщего управления качеством и требований международных стандартов серии ISO 9000) до настоящего времени распространялась недостаточно широко.

Задачи повышения качества научных исследований в медицине, включая вопросы подготовки кадров для научных исследований, являются одними из первостепенных задач в развитии медицинской науки. Их целесообразно рассматривать, с нашей точки зрения, с современных позиций процессно-ориентированного подхода и методов менеджмента

качества, применение которых показало достаточно высокий результат в различных областях деятельности, в том числе в области оказания медицинской помощи.

В Новосибирском научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии, начиная с 2002 года, проводилась работа по созданию и внедрению системы менеджмента качества (СМК) на основе принципов всеобщего управления качеством и требований международных стандартов серии ISO 9000. СМК внедрена в повседневную деятельность института в области оказания медицинской помощи. Положительные результаты внедрения были подтверждены повышением удовлетворенности потребителей, повышением результативности ключевых процессов системы менеджмента качества, снижением количества несоответствий, выявленных в результате экспертизы медицинской документации и проведения внутренних аудитов, а также улучшением основных показателей деятельности института. В настоящее время проводится ее поддержание, совершенствование и распространение опыта ее внедрения на научный сектор.

На основе анализа состояния деятельности по планированию и выполнению научно-исследовательских работ (НИР) были определены основные проблемные области, существующие в научно-исследовательском учреждении (характерные для многих медицинских научных организаций) и существующие в целом в отраслевой научной сфере, в т.ч.: отсутствие установленных единых критериев и требований к подготовке научной продукции; отсутствие единой системы оценки результативности деятельности научных сотрудников, а также их мотивации к проведению исследований и др.

Для выявления несоответствий в процессе проведения НИР/НИОКР и определения направлений дальнейшего совершенствования в Новосибирском НИИТО была разработана система поддержки научной деятельности, включающая квартальное планирование и отчетность по выполнению планов на основе использования внутренних стандартов проведения НИР/НИОКР, подготовки научных кадров, карт процессов подготовки научной продукции и т.д., с периодическим проведением оценки результативности. Такая система поддержки способствует отработке навыков планирования выполнения НИР/НИОКР; своевременному выявлению областей для корректирующих действий с тем, чтобы запланированные задачи НИР/НИОКР института были своевременно выполнены; формирует культуру управления процессом проведения НИР/НИОКР, что в конечном итоге существенно повышает качество и результативность исследований.

Среди основных позитивных результатов внедрения системы планирования и проведения научных исследований в научной организации можно отметить следующие:

- 1) приобретение работающего механизма постоянного улучшения процессов, основанного на стандартизации процессов планирования проведения научных исследований,

выполнения запланированных исследований и составления более полной индивидуальной и сводной отчетности, систематическом анализе данных, своевременном применении корректирующих действий и планировании мероприятий по достижению поставленных задач;

2) разработка и совершенствование механизма оценки результативности деятельности и повышения мотивации персонала на достижение запланированных результатов, в том числе получение научной продукции надлежащего качества.

Положительный опыт внедрения принципов СМК в научно-исследовательском учреждении может быть рекомендован для применения в других медицинских учреждениях, а изучение результатов внедрения СМК в конкретных учреждениях здравоохранения, имеющих свои особенности деятельности, будет способствовать дальнейшему совершенствованию СМК и ее применения в отечественной медицине.

КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СТАНДАРТОВ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.В. Корнишина

Управление Росздравнадзора по Томской области.

Конституцией Российской Федерации определено, что Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (п.1 ст.7).

Важнейшими приоритетами государственной социальной политики являются защита прав и законных интересов граждан, инвалидов, детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, поддержание их социального статуса путем комплексного решения существующих проблем и обеспечения социально приемлемого уровня жизни, доступности и высокого качества базовых социальных услуг.

Система социального обслуживания имеет основополагающее значение в реализации государственной политики в отношении указанных категорий граждан.

В соответствии с п.1 ст.6 Федерального закона от 10.12.1995 №195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»- «социальное обслуживание должно соответствовать государственным стандартам, которые устанавливают основные требования к объемам и качеству социальных услуг, порядку и условиям их оказания».

Роль государственных стандартов социального обслуживания федерального уровня и уровня субъекта Российской Федерации очень важна. Они определяют эталон, образец различных сторон деятельности социальных служб по социальному обслуживанию граждан, позволяют повысить эффективность деятельности в сфере социального обслуживания населения, уровень объемов и качества предоставляемых населению социальных услуг.

Деятельность учреждений и предприятий социального обслуживания, независимо от их ведомственной принадлежности и формы собственности, должна соответствовать государственным стандартам социального обслуживания.

В настоящее время в Российской Федерации действуют 26 национальных стандартов социального обслуживания.

В Томской области принято 18 Государственных стандартов социального обслуживания населения субъекта, утверждены постановлением Администрации Томской области от 30.06.2008 года №130а «Об утверждении стандартов качества бюджетных услуг, оказываемых за счет средств областного бюджета, в области социального обслуживания и социальной поддержки населения» и постановлением Администрации Томской области от 19.06.2008 года №120а «Об утверждении стандартов качества бюджетных услуг в области обеспечения основных гарантий, защиты прав и законных интересов семьи и детей».

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Управление Росздравнадзора по Томской области) осуществляет контроль и надзор за соблюдением государственных стандартов социального обслуживания, в соответствии:

п. 5.1.2. Положения о Росздравнадзоре (Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 №323);

п. 6.2. Положения об Управлении Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации (Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 205 «Об утверждении Положения о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту Российской Федерации»

Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов, детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в настоящее время представляет собой систему, сочетающую различные формы, виды и типы предприятий, учреждений и услуг, единая цель которых - удовлетворение потребностей категорий населения, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Актуальность и необходимость указанного контроля и надзора Росздравнадзором связана с тем, что в учреждениях социального обслуживания Российской Федерации обслуживаются пожилые граждане, инвалиды, дети – сироты и дети, оставшихся без попечения родителей, находящиеся в трудной жизненной ситуации.

При осуществлении контрольно-надзорных мероприятий по соблюдению государственных стандартов социального обслуживания основное внимание обращалось:

- организации деятельности учреждений социального обслуживания в соответствии национальными стандартами социального обслуживания;

- осуществления медицинской деятельности в соответствии с Федеральным Законом от 08.08.2001 года №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- организации медико-социальной экспертизы граждан пожилого возраста и инвалидов, находящихся в стационарных учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения, включая вопросы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации;

- организации предоставления набора социальных услуг и технических средств реабилитации детям-инвалидам, инвалидам, находящихся в стационарных учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения;

- финансирования указанных учреждений и соответствия его нормативным показателям обеспечения жизнедеятельности указанных учреждений;

- укрепления материально-технической базы учреждений и повышения качества предоставления социальных услуг.

Управление Росздравнадзора по Томской области в 2010 году обеспечило действенный контроль в области социального развития на территории области. По исполнению государственной функции Управлением проводились контрольно - надзорные мероприятия. По результатам проверок информация представлялась в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, в Администрацию Томской области, в прокуратуру и правоохранительные органы, главам муниципальных образований, органы управления здравоохранения.

С нашей стороны мы достигли того, что власти Томской области в лице Департаментов обратили внимание на значимые проблемы, возникающие в подведомственных учреждениях, а так же на разрешение данных вопросов и проведение соответствующих контрольных мероприятий.

Управление реализацию своих контрольно - надзорных функций рассматривает, как комплекс мероприятий, направленных не только на оценку ситуации в области социального развития, но и представление предложений и путей изменения ситуации.

В 2011 году Управлением Росздравнадзора по Томской области будут продолжены мероприятия, направленные на совершенствование контрольно - надзорной деятельности, на улучшение качества и доступности социальной помощи. План проверок на 2011 год

согласован Росздравнадзором, органами прокуратуры и размещен на официальном Интернет-сайте <http://70reg.roszdravnadzor.ru>.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТОВ НА ЗДРАВПУНКТЕ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Л.П.Корниязева, В.М.Чернышев

Новосибирский государственный медицинский университет,
ФГУ «СОМЦ ФМБА России», Новосибирск

Одним из важных направлений совершенствования здравоохранения является повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи. В связи с этим важная роль отводится первичному звену здравоохранения, в котором существенный вклад вносят специалисты со средним медицинским образованием (ССМО), а управление качеством сестринской помощи на сегодняшний день без сомнения является очень важным и актуальным.

Целью исследования было научное обоснование, создание, внедрение и оценка эффективности применения стандартов работы ССМО в условиях здравпункта промышленных предприятий, на которых указанные специалисты максимально приближены к месту работы основных сотрудников. От своевременности и качества, принимаемых ими мер, во многом зависит, результативность деятельности медицинской службы.

Министерством здравоохранения и социального развития РФ утверждены стандарты медицинской помощи более чем при 600 различных нозологических формах, которые регламентируют оказание медицинской помощи на различных этапах, но не отражают организационные аспекты, касающиеся участия ССМО, в том числе на промышленном предприятии.

Нами были разработаны и внедрены стандарты:

- оказание неотложной доврачебной помощи на промышленном предприятии;
- организация работы в физиотерапевтическом кабинете на здравпункте;
- санитарно-эпидемический режим на здравпункте;
- организация оказания доврачебной помощи при травмах на промышленном предприятии.

Разработанные стандарты были внедрены на здравпункте одного из предприятий ЗАО АК «АЛРОСА» (г.Мирный). Много внимания уделялось обучению персонала работе со стандартами, а после их внедрения были подведены некоторые итоги.

Затраты времени на оказание неотложной медицинской помощи сократились на 20%, а при некоторых состояниях почти на 50%, что было обусловлено четким выполнением

алгоритма действий и рациональным расположением всего необходимого для оказания помощи (медикаменты, инструментарий и др.).

В связи с реализацией мер, направленных на профилактику некоторых заболеваний, раннее выявление их и своевременное начало лечения, количество случаев временной утраты трудоспособности в связи с заболеваниями костно-мышечной системы сократилось на 17,1%, а при ОРВИ – на 12,8%.

Внедрение стандарта оказания медицинской помощи в физиотерапевтическом кабинете только при заболеваниях костно-мышечной системы, привело к экономии 2,6% времени, что позволило расширить объем физиотерапевтических процедур, оказанных с профилактической целью.

Выполнение стандарта «Санитарно-эпидемический режим на здравпункте» способствовало сокращению замечаний по его соблюдению со стороны контролирующих органов.

Заключение. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи на здравпунктах промышленных предприятий способствует не только своевременной постановке диагноза, выполнению необходимого количества мероприятий, но и экономии времени на оказание самой помощи и сокращению временной утраты трудоспособности при заболеваниях.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ

Е.Б. Лебедева¹, Л.И. Начинова¹, И.Ф. Мингазов², Э.В. Круглова, В.Г. Семенова³

ООО Клиника "Медицинская практика"(1), ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области» (2), Новосибирский государственный медицинский университет (3)

Несмотря на значительные успехи в профилактике, диагностике и лечении клещевого энцефалита (КЭ) уровень заболеваемости населения им остается высоким в целом ряде регионов, а течение этого заболевания отличается тяжелыми последствиями в т.ч. высоким уровнем инвалидности и смертности.

За прошедшие годы, тесный контакт представителей научных кругов и практического здравоохранения, позволили хорошо изучить этиологию, патоморфоз, диагностику и лечение КЭ, а также уточнить распространенность ареалов и выявить в них основные генотипы возбудителя.

Количество зарегистрированных случаев заболеваний КЭ растет (рис. 1). С отдельных случаев в конце 30-х годов (возбудитель открыт в 1937 г.) до 10000 в 1996 году. За период с 1980 по 2007 год в РФ зарегистрировано 126427 случаев заболеваний КЭ. Наиболее

высокий уровень заболеваемости за весь, более чем 70 летний период после открытия возбудителя, зафиксирован в следующих регионах: республиках Удмуртия, Хакассия, Алтайском, Забайкальском, Красноярском и Пермском краях, Иркутской, Кемеровской, Курганской, Новосибирской, Томской и Тюменской областях.

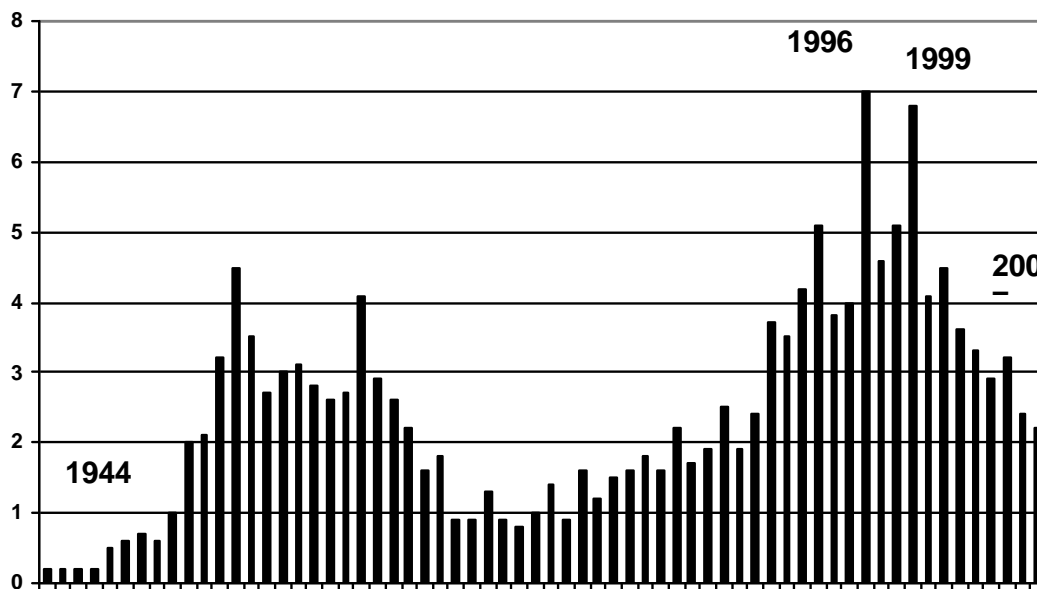


Рис. 1. Динамика заболеваемости (на 100 тыс. населения) клещевым энцефалитом по Российской Федерации (Злобин В.И. и др.).

Для клещевого энцефалита характерна временная цикличность (рис. 1) с максимальной заболеваемостью населения (1953 – 1969гг. и 1978 –2005гг.) и периодами значительного снижения (1970 – 1977 гг.).

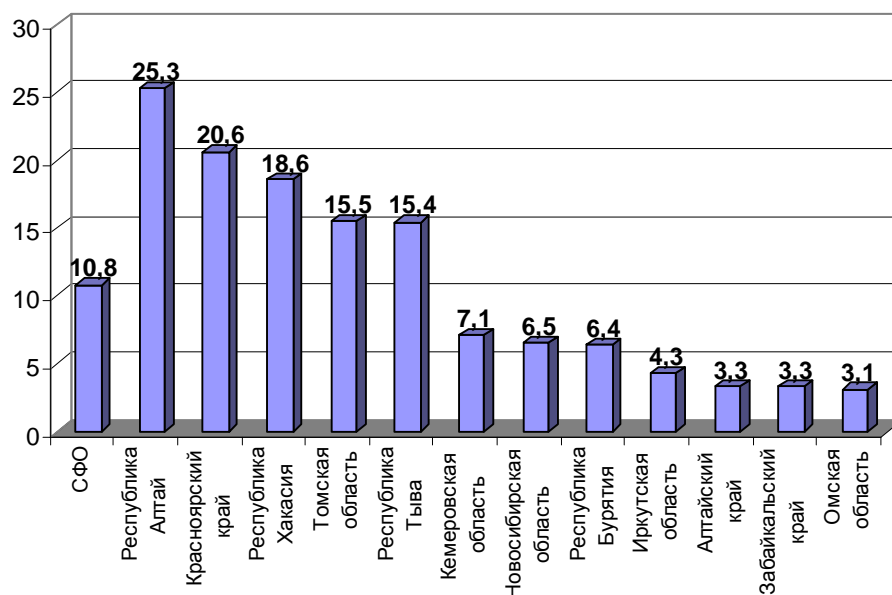


Рис. 2. Заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом в СФО за 2009 год (показатель на 100000 населения)

Наибольшее число случаев КЭ в Российской Федерации регистрируется в Сибирском федеральном округе (СФО). Так, в 2009г. показатель заболеваемости КЭ по СФО составил 10,8 на 100000 населения, в то время как по Российской Федерации всего – 2,62 (рис. 2).

Неблагополучная эпидемическая обстановка в ряде субъектов Российской Федерации связана с высокой активностью природных очагов этой инфекции, восстановлением численности и высокой вирусоформностью переносчиков в результате снижения противоклещевых мероприятий (использования для проведения барьерных обработок малоэффективных, не стойких во внешней среде препаратов и др.).

ИТОГИ КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ КАЧЕСТВЕННОЙ И ДОСТУПНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ

С.Э.Медведенко

Управление Росздравнадзора по Республике Алтай

В основе сегодняшней социальной политики России - приоритетные национальные проекты в сфере здравоохранения и социального развития. Об этом заявлял Дмитрий Медведев, выступая на открытии Генеральной ассамблеи Международной ассоциации социального обеспечения. Он сказал: "Мы понимаем, что увеличение численности старших поколений и населения старших возрастных групп приведет к серьезным структурным изменениям в этих отраслях. Изменяются масштабы и структуры занятости, вырастет потребность в лекарствах, медицинском и социальном уходе". Еще одна важная задача социальной политики - это повышение эффективности медицинских услуг и социальной поддержки населения.

На заседании Госсовета, состоявшемся в октябре 2010 года, Президент России также заявил, что, наряду с совершенствованием законодательства в социальной сфере, необходимо думать о поддержке тех, кто заботится о пожилых людях. Как заявил глава государства, их необходимо стимулировать как морально, так и материально. Дмитрий Медведев заметил, что зарплата некоторых соцработников до сих пор ниже прожиточного минимума и эту ситуацию надо исправлять. К тому же, само законодательство о социальном обслуживании пора срочно модернизировать.

Экономический рост позволяет государству направлять все большие средства в социальную сферу, и в результате в последние годы сложилась позитивная динамика основных социальных показателей. Также он подчеркнул, что успешное решение социальных задач сегодня зависит от многих факторов. "Это и выработка действенных

национальных стратегий, и постоянный обмен опытом, и, конечно, конструктивное сотрудничество в этой сфере.

В связи с этим роль государственных стандартов социального обслуживания федерального уровня или уровня субъекта Российской Федерации очень важна. Они определяют государственный эталон, образец различных сторон деятельности социальных служб по социальному обслуживанию граждан, позволяют повысить эффективность деятельности в сфере социального обслуживания населения, уровень объемов и качества предоставляемых населению социальных услуг.

В соответствии со своими полномочиями в течение 2007 - 2010 гг. Управлением Росздравнадзора по Республике Алтай проводились проверки по таким направлениям реализации государственных стандартов социального обслуживания, как осуществление контроля и надзора за:

- соблюдением государственных стандартов социального обслуживания в учреждениях социального обслуживания различных типов;

- деятельностью учреждений здравоохранения и социальной защиты населения по соблюдению государственных гарантий, обеспечивающих социальную поддержку детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

- за расходованием средств федерального бюджета, предоставляемых в виде субвенций бюджетам субъектов Российской Федерации, на осуществление полномочий Российской Федерации, переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

Кроме того, с 2009 года в связи с возложением полномочий по контролю за деятельностью органов опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан специалистами Управления проводятся проверки по этому направлению.

В настоящее время в Российской Федерации действуют 25 национальных стандартов в области социального обслуживания населения, все они используются в учреждениях социального обслуживания. В Республике Алтай приняты 9 государственных стандартов социального обслуживания, объединивших в себя 13 национальных стандартов.

На территории Республики Алтай осуществляют деятельность 20 учреждений, оказывающих социальные услуги населению. Во всех учреждениях проводились проверки. Все проверенные учреждения социального обслуживания, осуществляющие медицинскую деятельность (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, стационарные и

полустационарные учреждения социального обслуживания) имеют лицензии на осуществление медицинской деятельности. Учреждений федеральной подчиненности на территории Республики Алтай нет, как нет и организаций частной формы собственности.

Таблица 1.

Сведения об учреждениях социального обслуживания и здравоохранения

	Тип учреждения	Количество	Наличие лицензии	Доля от общему к-ва учр-й (%)
1.	Реабилитационные центры	1	1	5%
2.	Социально-реабилитационные центры	1	1	5%
3.	Дом-интернат для престарелых	3	3	15%
4.	Психоневрологический интернат	1	1	5%
5.	Комплексный центр социального обслуживания населения	6	1	30%
6.	Центр социальной помощи семье и детям	6	-	30%
7.	Учреждения социального обслуживания и здравоохранения, в которых содержатся дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей	2	2	10%

В связи с тем, что в течение 2006 года Управление проходило путь становления, проверки по социальному направлению начали проводиться только с 2007 года – было проверено 1 учреждение социального обслуживания, выявлена безлицензионная деятельность.

И только с 2008 года произошло значительное увеличение количества проверок. Следует отметить, что в 2009 – 2010 годах произошло значительное усиление контроля со стороны Управления Росздравнадзора по Республике Алтай за исполнением выданных Предписаний. Проведение внеплановых проверок (как выездных так и документарных) положительным образом повлияло на количество устраняемых нарушений.

Если в 2009 году были проведены 3 контрольные проверки, связанные с истечением срока исполнения ранее выданных предписаний, то в 2010 году было проведено уже 11 контрольных мероприятий – увеличение в 3,7 раза по отношению к 2009 году. Кроме того, в 2010 году в 2 раза увеличилось количество плановых контрольно-надзорных мероприятий, что повлияло на увеличение количества выданных Предписаний - в 2010 году их было выдано в 1,5 раза больше чем в 2009 (в 2010 году выдано 12 предписаний, 2009 – 8).

Таблица 2.

Проверки, проведенные в 2006-2010 гг.

Годы	Количество плановых проверок	Количество внеплановых проверок
2006	0	0
2007	1	0
2008	5	0
2009	16	8
2010	25	16

Таблица 3.

Основные нарушения, выявляемые в учреждениях (2008г.)

Выявленные нарушения	Процент выявленных нарушений к общему количеству проведенных проверок
Оснащение специальным и табельным оборудованием не в полном объеме (отсутствует компьютер у психолога).	40%
Не соответствие помещения установленным требованиям	20%
Недостаточно средств выделяется в бюджете на материалы для поделок для осуществления социально – педагогических услуг.	40%
Отсутствует транспорт, вследствие чего охват патронажами инвалидов на низком уровне	20%
Представлена в недостаточном объеме информация о социальной службе, порядке и правилах предоставления услуг клиентам	60%
Отсутствуют данные о наличии у инвалидов пожилого возраста индивидуальных программ реабилитации, в связи с чем социально – медицинские услуги оказываются не в полном объеме	20%
Оказываются социально – экономические услуги, не входящие в стандарт социального обслуживания населения, утвержденный директором	40%
Не укомплектованы штатные единицы социальных работников	40%
Не представлены акты, справки или иные документы по результатам внешнего контроля	60%
Отсутствует профильная специализация у работников	40%
Выявлена безлицензионная медицинская деятельность	20%
Отсутствует утвержденный учреждением стандарт социального обслуживания	20%
Отсутствует журнал учета мероприятий по контролю	60%
Отсутствует заключение госпожнадзора	40%

Кроме того, следует отметить, что в 2009 – 2010 гг. изменился и характер выявляемых нарушений по сравнению с 2008 годом. Это связано с тем, что в течение этого времени вводились в действие новые национальные стандарты, а также разрабатывались и внедрялись региональные (государственные) стандарты Республики Алтай.

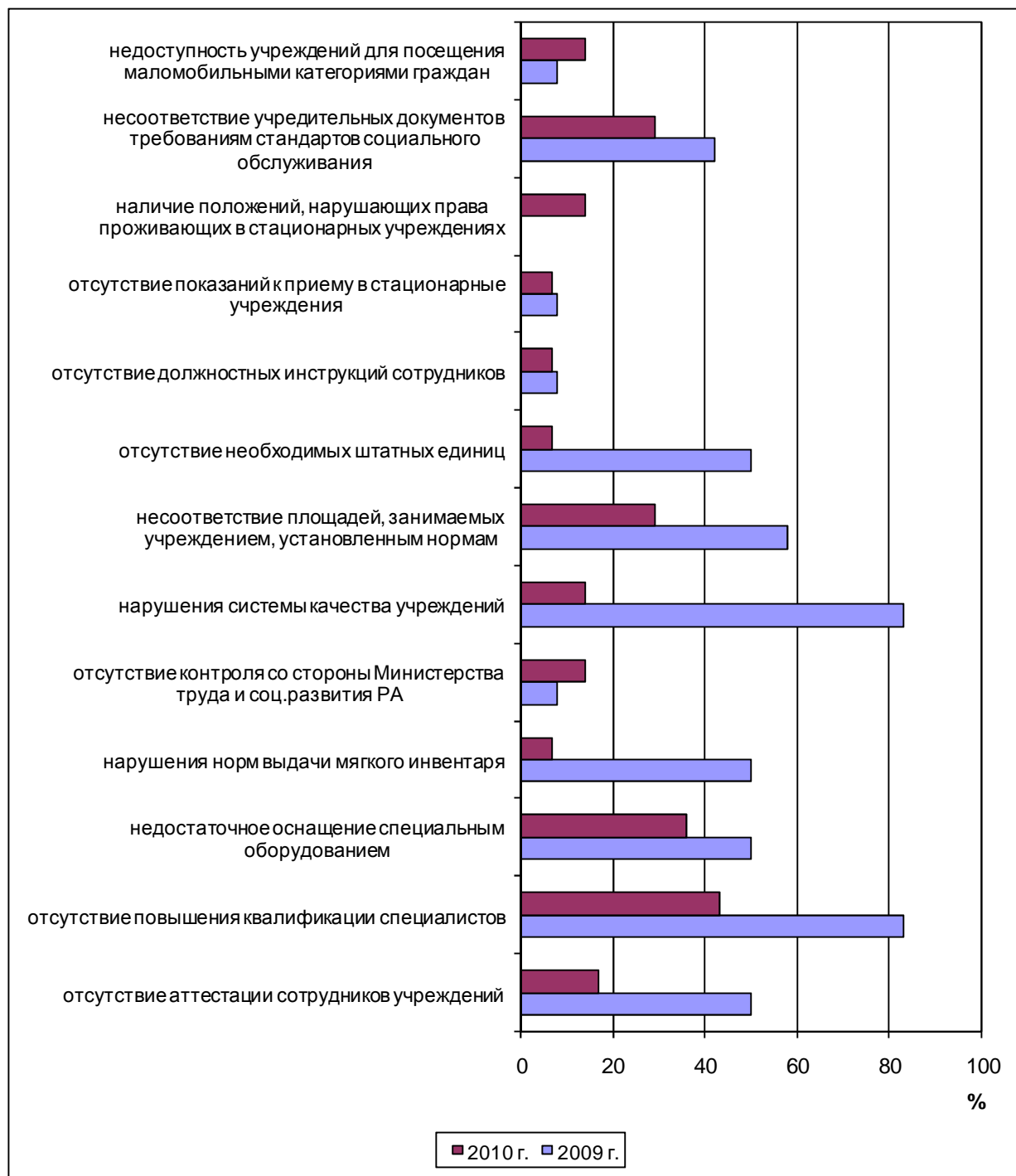


Рис. 1. Сведения о динамике снижения количества выявленных в деятельности учреждений социального обслуживания нарушений стандартов социального обслуживания в сравнении с 2009 годом

В приведенных даны можно увидеть, что количество нарушений, выявленных при проведении в 2010 году проверок соблюдения стандартов социального обслуживания, значительно снизилось по сравнению с 2009 годом.

Так, более чем в 7 раз сократилось количество нарушений норм выдачи мягкого инвентаря проживающим в стационарных учреждениях социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых, психоневрологический интернат), что позволило улучшить качество жизни престарелых граждан и инвалидов. Контрольные проверки в указанных учреждениях показали, что нормы выдачи одежды, обуви, нательного белья производятся в соответствии с установленными требованиями, ведется строгий учет выдачи, своевременно производится списание инвентаря, пришедшего в негодность.

В 6 раз сократилось количество нарушений, связанных с отсутствием разработанной системы качества учреждений, что, в свою очередь, позволило систематизировать работу социальных учреждений в области контроля за качеством предоставляемых услуг.

Устранение выявляемых сотрудниками Управления Росздравнадзора по Республике Алтай нарушений, связанных с отсутствием в штатах учреждений необходимого количества специалистов, позволило укомплектовать учреждения необходимыми штатными единицами (психологи, юристы), что привело к сокращению выявления в 2010 году указанных нарушений в 7 раз и позволило престарелым гражданам, инвалидам, одиноким гражданам получать полный перечень социально-психологических, социально-правовых услуг.

При выявлении в 2009 году нарушений, связанных с несоответствием установленным нормам занимаемых площадей, руководителями учреждений, органами государственной и муниципальной властей Республики Алтай были предприняты меры по увеличению площадей – приобретены дополнительные помещения, начато строительство нового здания (для комплексного центра социального обслуживания в с. Чемал) и заложены средства на 2011 год на капитальный ремонт дополнительно выделенных площадей (для комплексного центра социального обслуживания в с. Усть-Кокса).

Все эти меры привели к тому, что в 2010 году сократилось выявление указанных нарушений в 2 раза. Кроме того, следует отметить, что благодаря выявлению в 2009 году сотрудниками Управления Росздравнадзора по Республике Алтай значительного количества нарушений, связанных с недостаточным оснащением учреждений социального обслуживания специальным оборудованием, меры, принятые по их устранению, позволили оснастить учреждения специальным оборудованием для комнат психологической разгрузки, автомобилями, другим оборудованием, необходимым для качественного оказания социальных услуг.

Как положительный момент можно отметить тот факт, что при проведении в конце 2010 года проверки соблюдения стандартов социального обслуживания в Комплексном центре Турочакского района нарушений не выявлено.

Одним из направлений деятельности Управления РЗН по РА является

**Контроль за деятельностью учреждений здравоохранения
и социальной защиты населения по соблюдению государственных гарантий,
обеспечивающих социальную поддержку детей-сирот и детей, оставшихся без
попечения родителей**

Управлением Росздравнадзора проверки по указанному направлению проводятся в двух учреждениях – ГУЗ «Горно-Алтайский специализированный дом ребенка для детей с ограниченным поражением ЦНС и нарушением психики» и в отделении для умственно отсталых детей ГУ «Республиканский психоневрологический интернат». В связи с введением в действие Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля в течение 2010 года в указанных учреждениях проверки соблюдения законодательства в отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не проводились.

В период 2009 года были проведены 4 внеплановые проверки, 2 из которых по контролю за исполнением ранее выданных предписаний.

Общими для указанных учреждений являлись следующие выявленные нарушения:

1. Администрациями учреждений не должным образом выполняются обязанности опекунов и попечителей: не инициируются вопросы возбуждения судебных дел в отношении родителей, не уплачивающих алименты на содержание детей.

2. Отсутствие специализации у медицинского персонала, специалиста-логопеда.

Кроме того, в Доме ребенка выявлен факт непригодности для эксплуатации административного здания и складских помещений, а также дефицит финансирования учреждения от 57% (2007 г.) до 68% (2008 г.) от запрашиваемых потребностей. Выявлен случай несвоевременного проведения переосвидетельствования на инвалидность ребенка, оставшегося без попечения родителей.

В отделении для умственно отсталых детей психоневрологического интерната выявлен факт проведения не в полном объеме мероприятий по оздоровлению детей по результатам проведенной в 2008 году диспансеризации.

В отношении указанных учреждений были проведены контрольные проверки, которые показали, что выявленные нарушения устранены в полном объеме.

Немаловажным направлением контрольно-надзорной деятельности Управления является также

Контроль за деятельностью органов опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан

Со 2 полугодия 2009 года Управлением РЗН по РА проводятся проверки по контролю за деятельностью органов опеки и попечительства в отношении совершеннолетних

Таблица 3.

Типичные замечания, выявленные в органах опеки и попечительства, по результатам проверок (2009 – 2010 гг.)

Выявленные нарушения	Количество учреждений, в которых выявлено нарушение (2009 год)	Доля учреждений, в которых выявлено нарушение (в % от общего количества проверенных учреждений)	Количество учреждений, в которых выявлено нарушение (2010 год)	Доля учреждений, в которых выявлено нарушение (в % от общего количества проверенных учреждений)
	Всего проверено в 2009 году 7 учреждений		Всего проверено в 2010 году 8 учреждений	
Отсутствие документов, устанавливающих полномочия, задачи, функции органов опеки и попечительства	6	86%	2	25%
В органе опеки и попечительства не образована комиссия по установлению опеки и попечительства	2	29%	2	25%
Отсутствие утвержденных документов для установления опеки и попечительства	7	100%	2	25%
Отсутствие отчетов опекунов	6	86%	4	50%
Нарушения в ведении личных дел опекаемых	3	43%	4	50%
В учредительных документах органа опеки и попечительства не указан статус органа опеки	2	29%	2	25%
Отсутствуют разрешения на продажу имущества опекаемых недееспособных	0	0	2	25%
Отсутствие доступной информации в органе опеки и попечительства	7	100%	4	50%
Ненадлежащее исполнение опекунами своих обязанностей	0	0	1	12%

недееспособных или не полностью дееспособных граждан. В Республике Алтай полномочия по указанной деятельности возложены на органы муниципальной власти.

В связи с тем, что административно-территориальное деление Республики Алтай имеет 11 муниципальных образований, следовательно, 11 органов опеки и попечительства. В свою очередь органы муниципальной власти в соответствии с изданными нормативными документами определили органы опеки и попечительства, среди которых в 9 МО указанной деятельностью занимаются Отделы труда и социального развития, в 1 МО – Отдел здравоохранения (г. Горно-Алтайск) и в 1 МО – Отдел образования (МО «Майминский район»).

Управлением Росздравнадзора по республике Алтай на настоящий момент проведены проверка практически во всех органах опеки республики, за исключением 1-го – МО «Улаганский район», в котором проверка будет проведена в соответствии с планом в июне 2011 года.

В 2010 году в части контроля и надзора за деятельностью органов опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан в Республике Алтай проведено 8 проверок (в 2009 - 7).

Проведенные в течение 2009 – 2010 годов проверки по контролю за деятельностью органов опеки и попечительства показывают, что организация деятельности по указанному направлению в проверенных учреждениях производилась с многочисленными нарушениями обязательных требований Федерального закона от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве», законов Республики Алтай, регламентирующих эту деятельность, и принятых муниципальных правовых актов.

Следует отметить, что до возложения полномочий по контролю за деятельностью органов опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных граждан на Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития указанная деятельность на территории Республики Алтай практически не проводилась.

Кроме того, следует отметить, что в органах исполнительной власти и органах местного самоуправления, имеющих статус органов опеки и попечительства в отношении совершеннолетних, не было осуществлено обеспечение необходимой штатной численности, не выделены дополнительные штатные единицы учреждениям, на которые были возложены полномочия по опеке и попечительству. В связи с тем, что выделение денежных средств на обеспечение деятельности учреждений по организации установления опеки и попечительства также не было произведено, на практике сложилось, что обязанности были возложены на существующих штатных сотрудников (юристов, специалистов по работе с

различными категориями граждан). Все вышеуказанные факторы повлияли в конечном счете на характер выявляемых нарушений.

При проведении плановых проверок специалистами Управления Росздравнадзора выявлялись случаи отсутствия комиссии по установлению опеки и попечительства (2 проверенных учреждений в 2009 году, 2 – в 2010), отсутствие утвержденных документов для установления опеки и попечительства – во всех 7 проверенных в 2009 году учреждениях.

Анализ проведенных проверок в сравнении 2009 и 2010 годов показывает, что количество нарушений, выявленных в органах опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных граждан, значительно снизилось по сравнению с 2009 годом.

Так, более чем в 3 раза сократились нарушения, связанные с отсутствием документов, устанавливающих полномочия, задачи, функции органов опеки и попечительства, отсутствием утвержденных документов для установления опеки и попечительства – в 4 раза, отсутствием доступной информации для кандидатов в опекуны - в 2 раза.

Благодаря контрольно-надзорным мероприятиям во всех проверяемых учреждениях, на которые возложены полномочия по установлению опеки и попечительства, активизировалась работа по принятию муниципальных нормативных актов по указанному направлению, что позволило привести их деятельность в соответствие с обязательными требованиями Федерального закона от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве», республиканского законодательства в части принятия нормативных документов, организации комиссий по опеке, утверждения перечня необходимых документов, установления должного контроля за опекунами, надлежащего формирования личных дел опекаемых. Министерством труда и социального развития Республики Алтай разработаны необходимые методические рекомендации по организации деятельности по установлению опеки и попечительства над совершеннолетними.

Одним из направлений контроля являются мероприятия по контролю за расходованием средств федерального бюджета, предоставляемых в виде субвенций бюджетам субъектов Российской Федерации, на осуществление полномочий Российской Федерации, переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

В 2010 году сотрудниками Управления проведено 74 проверки в рамках контроля за расходованием субвенций, что на 48% больше показателей 2009 года (50 проверок).

При проведении мероприятий по контролю за расходованием средств федерального бюджета выявляются следующие нарушения:

- переплата денежной выплаты гражданам, награжденным нагрудным знаком «Почетный донор России», «Почетный донор СССР»;

- недоплата денежной выплаты гражданам, награжденным нагрудным знаком «Почетный донор России», «Почетный донор СССР»;
- учетные карты получателей льгот формируются не в полном объеме;
- заявления получателей льгот о назначении компенсации оформляются не надлежащим образом.

Результаты контрольно-надзорной деятельности в области социальной сферы

1. В результате осуществления контрольно-надзорных мероприятий Управления Росздравнадзора по Республике Алтай в течение 2007-2010 гг. активизировалась работа по разработке и внедрению государственных стандартов социального обслуживания.

2. Продолжает формироваться нормативная база, способствующая реализации государственных стандартов социального обслуживания, определяющая формы предоставления социальных гарантий отдельным категориям граждан.

3. Все учреждения социального обслуживания, осуществляющие медицинскую деятельность, имеют лицензии.

4. Улучшилась обеспеченность учреждений технологическим, реабилитационным оборудованием и автотранспортом.

5. Активизировалась работа в области внедрения научно-методической базы стационарных учреждений социального обслуживания, современных подходов к решению проблем обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

6. Повысился уровень работы по обеспечению пожарной безопасности учреждений.

7. Принимаются меры по повышению комфортности, созданию надлежащих социально-бытовых условий в стационарных учреждениях социального обслуживания населения.

8. Активизировалась работа по повышению квалификации кадров на постоянной основе на курсах, семинарах, конференциях, методических объединениях.

9. Приводится в соответствие требованиям законодательства организация деятельности по установлению опеки и попечительства над совершеннолетними недееспособными гражданами.

10. Проводимые мероприятия по контролю за расходованием средств федерального бюджета, представляемых в виде субвенций, позволили обеспечить возврат средств федерального бюджета, выплаченных необоснованно, устранить недостатки в оформлении документации получателей льгот.

О СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНАХ СИБИРИ В 2010 ГОДУ

И.Ф. Мингазов, Э.В. Круглова, В.Г. Семенова, Ю.А. Григорьев, В.М.Чернышев

ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области», Новосибирск,
Новосибирский государственный медицинский университет,
НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,
Новокузнецк, ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, Новокузнецк,
ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России», г. Новосибирск

Показатели общей смертности населения за 2010 год выросли, как в целом по РФ (101,1 % к 2009 году) составив 1432,3 на 100000 населения против 1416,8 в 2009 году, так и по Сибирскому федеральному округу (100,4 % к 2009 году) составив 1397,8 на 100000 населения против 1392,3 в 2009 году (рис.1).

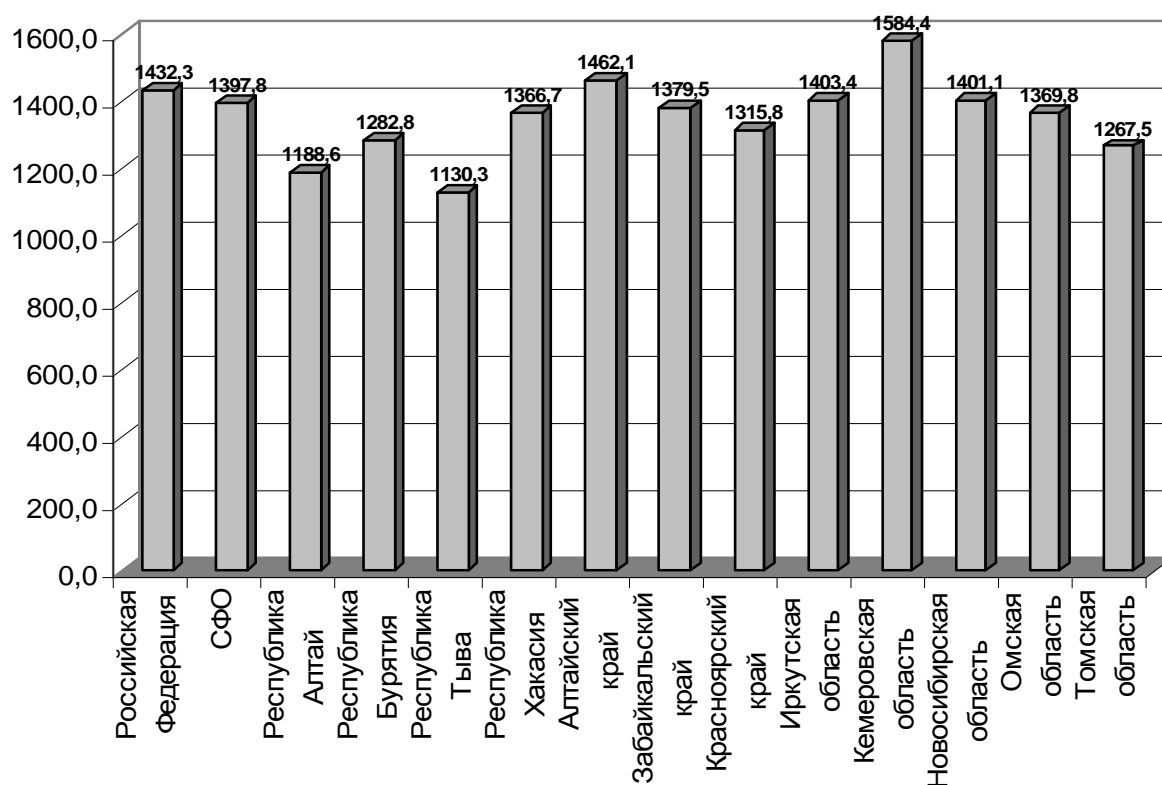


Рис. 1 Показатели смертности населения на 100000 населения по регионам СФО в 2010 году

Снижение показателя смертности за 2010 год произошло по 5 регионам - Республикам Тыва (97,3% к 2009 году), Бурятии (99,0% к 2009 году), Томской области (98,4% к 2009 году), Кемеровской области (99,7% к 2009 году), Новосибирской области (99,6% к 2009 году).

Увеличение показателя смертности за 2010 год произошло по 7 регионам - Республикам Хакасия (101,5 % к 2009 году), Алтай (100,1 % к 2009 году), Алтайский край

(101,9 % к 2009 году), Красноярский край (101,1 % к 2009 году), Забайкальский край (101,0 % к 2009 году), Омская область (100,9 % к 2009 году), Иркутская область (100,7 % к 2009 году),

Наиболее высокие уровни смертности населения за 2010 год сохраняются в Кемеровской области (1584, 4 на 100000 населения) и Алтайском крае (1562, 1 на 100000 населения). В целом показатели смертности за 2010 год превышают средние по СФО округу по следующим 4 регионам - Кемеровская область, Алтайский край, Иркутская область, Новосибирская область.

Показатели смертности населения от инфекционных и паразитарных болезней на 100000 населения по РФ и СФО в 2010 году снизились (рис.2).

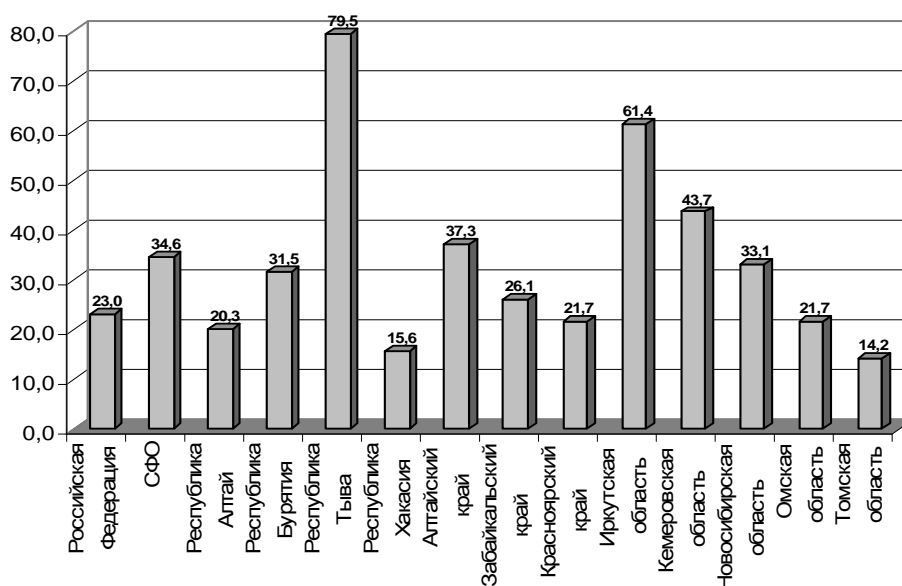


Рис. 2 Показатели смертности населения от инфекционных и паразитарных болезней на 100000 населения по регионам СФО в 2010 году

Наиболее высокие уровни смертности населения от инфекционных и паразитарных болезней за 2010 год сохраняются в Республике Тыва (79,5 на 100000 населения), Иркутской области (61,4 на 100000 населения) и Кемеровской области (43,7 на 100000 населения) при среднем показателе по СФО равном 34,6 на 100000 населения.

Аналогичная ситуация наблюдается и по туберкулезу. Наиболее высокие уровни смертности населения от туберкулеза за 2010 год сохраняются в Республике Тыва (74,2 на 100000 населения), Иркутской области (45,0 на 100000 населения) и Кемеровской области (31,1 на 100000 населения) при среднем показателе по СФО равном 26,2 на 100000 населения.

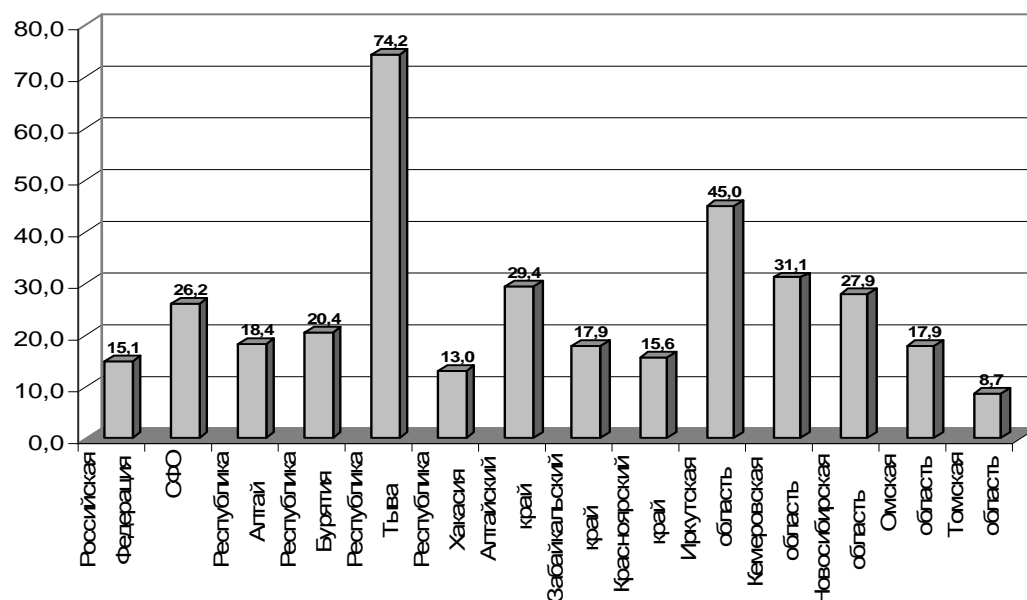


Рис. 3 Показатели смертности населения от туберкулеза на 100000 населения по регионам СФО в 2010 году

Показатели смертности населения от новообразований на 100000 населения по регионам СФО в 2010 году отражены на рис. 4.

Наиболее высокие уровни смертности населения от новообразований за 2010 год сохраняются в Алтайском крае (222,9 на 100000 населения), Новосибирской области (221,3 на 100000 населения) и Кемеровской области (219,0 на 100000 населения) при среднем показателе по СФО равном 196,2 на 100000 населения.

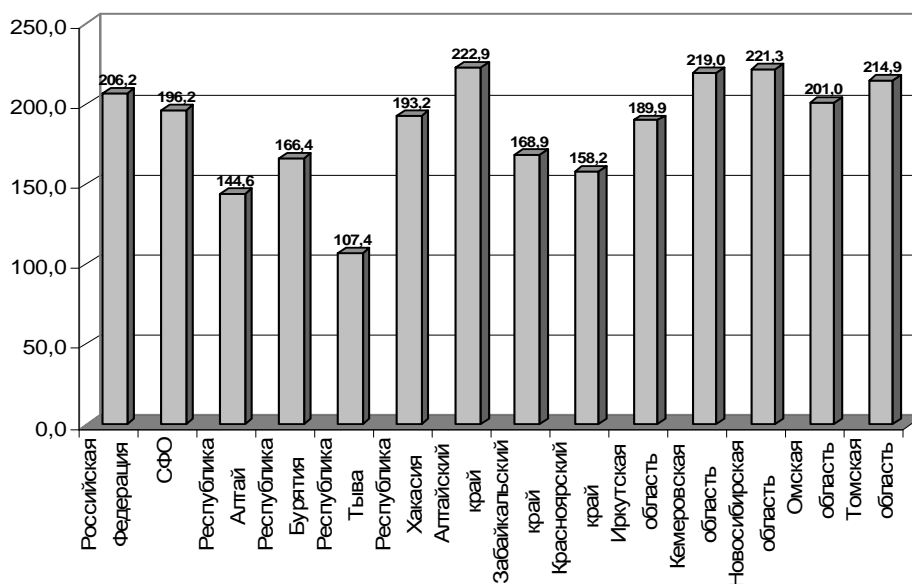


Рис. 4 Показатели смертности населения от новообразований на 100000 населения по регионам СФО в 2010 году

Наиболее ощутимые потери по смертности населения в СФО регистрируются, по-прежнему, от болезней системы кровообращения. Максимальные уровни смертности

населения от болезней системы кровообращения за 2010 год сохраняются в Новосибирской области (776,0 на 100000 населения), Алтайском крае (772,0 на 100000 населения) и Кемеровской области (756,0 на 100000 населения) при среднем показателе по СФО равном 673,0 на 100000 населения (рис.5).

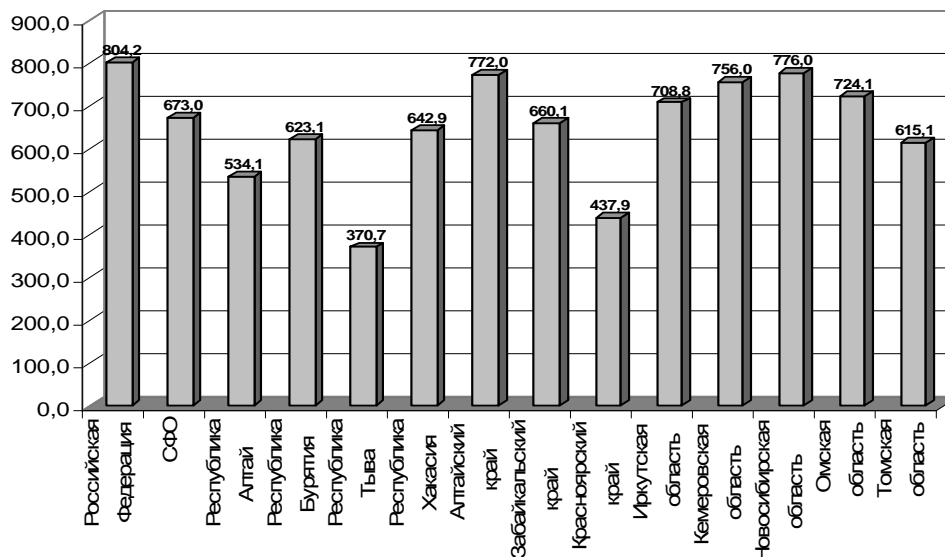


Рис. 5 Показатели смертности населения от болезней системы кровообращения на 100000 населения по регионам СФО в 2010 году

Максимальные уровни смертности населения от болезней органов дыхания за 2010 год зарегистрированы в Забайкальском крае (97,2 на 100000 населения), Республике Алтай (85,1 на 100000 населения) и Алтайском крае (80,4 на 100000 населения) при среднем показателе по СФО равном 61,7 на 100000 населения (рис.6).

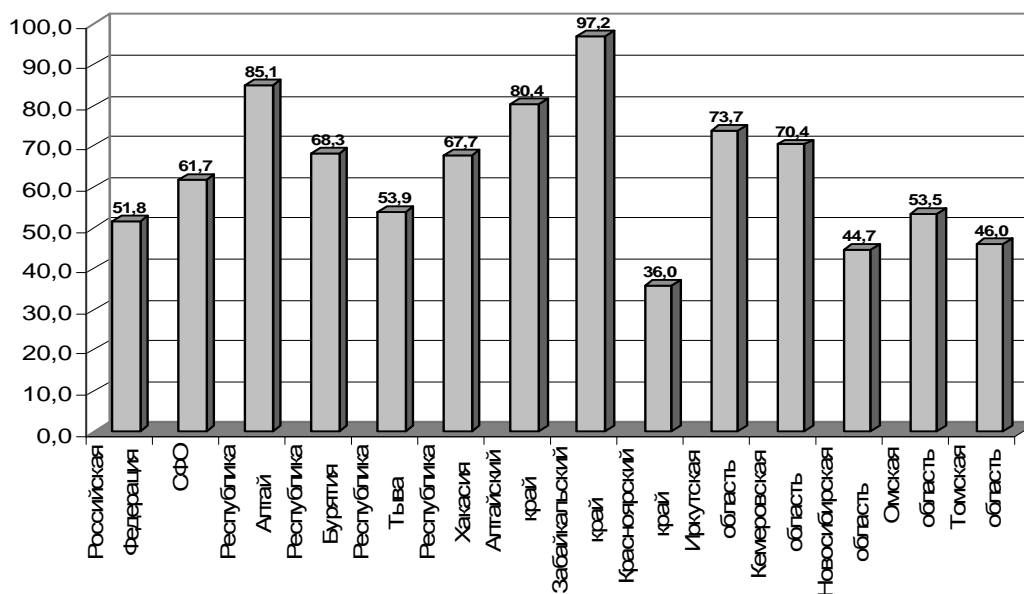


Рис. 6 Показатели смертности населения от болезней органов дыхания на 100000 населения по регионам СФО в 2010 году

Максимальные уровни смертности населения от болезней органов пищеварения за 2010 год зарегистрированы в Иркутской области (80,2 на 100000 населения) и Кемеровской области (74,9 на 100000 населения) при среднем показателе по СФО равном 60,5 на 100000 населения (рис.7).

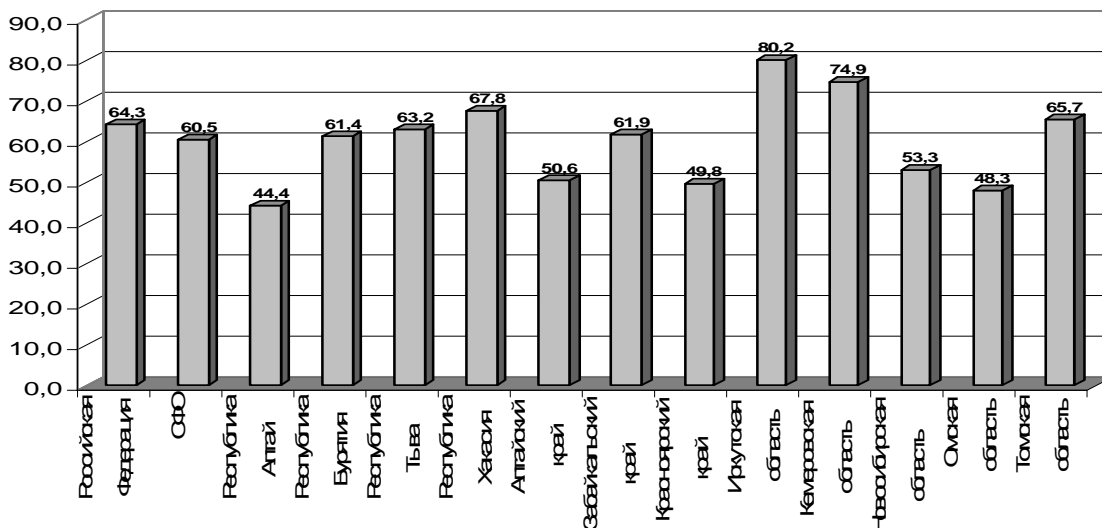


Рис. 7 Показатели смертности населения от болезней органов пищеварения на 100000 населения по регионам СФО в 2010 году

Максимальные уровни смертности населения от внешних причин за 2010 год зарегистрированы в Республике Тыва (356,3 на 100000 населения) Забайкальском крае (266,0 на 100000 населения) и Республике Алтай (259,5 на 100000 населения) при среднем показателе по СФО равном 173,1 на 100000 населения (рис.8).

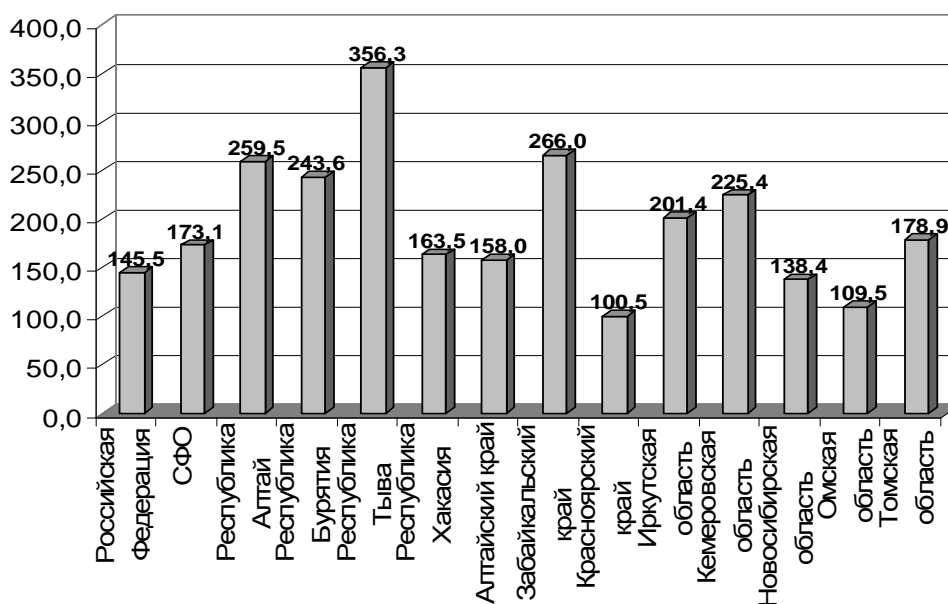


Рис. 8 Показатели смертности населения от внешних причин на 100000 населения по регионам СФО в 2010 году

Выводы:

- Показатели общей смертности населения за 2010 год выросли, как в целом по РФ (101,1 % к 2009 году), так и по Сибирскому федеральному округу (100,4 % к 2009 году);

- Снижение показателя смертности за 2010 год произошло по 5 регионам - Республикам Тыва (97,3% к 2009 году), Бурятии (99,0% к 2009 году), Томской области (98,4% к 2009 году), Кемеровской области (99,7% к 2009 году), Новосибирской области (99,6% к 2009 году);

- Наиболее высокие уровни смертности населения за 2010 год сохраняются в Кемеровской области (1584, 4 на 100000 населения) и Алтайском крае (1562, 1 на 100000 населения). В целом показатели смертности за 2010 год превышают средние по СФО округу по следующим 4 регионам - Кемеровская область, Алтайский край, Иркутская и Новосибирская область;

- Увеличение показателя смертности за 2010 год произошло по 7 регионам - Республикам Хакасия (101,5 % к 2009 году), Алтай (100,1 % к 2009 году), Алтайский край (101,9 % к 2009 году), Красноярский край (101,1 % к 2009 году), Забайкальский край (101,0 % к 2009 году), Омская область (100,9 % к 2009 году), Иркутская область (100,7 % к 2009 году);

- Наиболее ощутимые потери по смертности населения в СФО регистрируются от болезней системы кровообращения. Максимальные уровни смертности населения от болезней системы кровообращения за 2010 год сохраняются в Новосибирской области (776,0 на 100000 населения), Алтайском крае (772,0 на 100000 населения) и Кемеровской области (756,0 на 100000 населения);

- Наиболее высокие уровни смертности населения от новообразований за 2010 год сохраняются в Алтайском крае (222,9 на 100000 населения), Новосибирской области (221,3 на 100000 населения) и Кемеровской области (219,0 на 100000 населения) при среднем показателе по СФО равном 196,2 на 100000 населения.

НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Пахомова Н.Ю.^{1,2}, Прокопьева М.И.¹

¹Новосибирский государственный медицинский университет,

²ФГУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Минздравсоцразвития»

Кардинальные преобразования в сфере здравоохранения обуславливают необходимость появления качественно подготовленных специалистов в области медицины, фармации,

экономики здравоохранения. Обществу все более не хватает людей интеллектуально-развитых, способных самостоятельно приобретать новые знания, эффективно и рационально решать сложные проблемы. Все это предопределяет необходимость изменения содержания и методов преподавания в высших учебных заведениях, готовящих специалистов XXI века.

Разработка новых стандартов высшего образования, базирующихся на многоуровневой структуре обучения, рассматривается и интенсивно обсуждается в последнее время. Высшая медицинская школа находится на пороге перемен. Система последиplomного образования является наиболее гибкой и развивающейся подсистемой непрерывного образования обеспечивающей социальную значимость работников врачебной сферы путем повышения уровня их квалификации с использованием различных форм обучения.

Непрерывное медицинское образование имеет две принципиальные цели: помочь специалисту пересмотреть существующие концепции и «соответствовать» уровню современных профессиональных требований, и улучшить качество медицинского обслуживания.

Известно, что основа знаний у врача закладывается во время его додипломной подготовки, а их профессиональное закрепление и шлифовка происходит в последиplomном периоде. Поэтому системе дополнительного профессионального образования врачей в последние годы уделяют пристальное внимание, как в России, так и за рубежом, особенно в связи с реформами образования в рамках Болонского процесса. В этих условиях научный анализ системы дополнительного профессионального образования врачей, ее организации и определенных сторон деятельности приобретает научную актуальность и практическую значимость.

Некоторые проблемы НМО вытекают из его внутренней структуры и тех противоречивых процессов, которые в нем происходят.

Программы НМО имеют определенную «нестабильность», постоянно реагируя на изменение внешних и внутренних факторов. Однако, несмотря ни на что, программы все же существуют и имеют довольно прочный фундамент, так как, с одной стороны, специалист обязан постоянно совершенствоваться, чтобы сохранять соответствующий уровень компетентности, а с другой — существующая система подготовки все же в значительной степени обеспечивает потребности специалистов в знаниях и умениях.

Оценка потребностей специалистов в подготовке по тем или иным вопросам является критическим пунктом в разработке соответствующих программ и важным связующим звеном между медицинским образованием и медицинским обслуживанием. Сбор информации о том, что, по мнению специалистов, может помочь им лучше обслуживать пациентов, помогает определить характер, объем и приоритеты программы подготовки.

Информация для оценки этих потребностей должна поступать по трем каналам: проверка навыков, знаний и характера мышления врачей, обзор достижений медицинской науки и практики, определение информационного разрыва между существующими и желательными знаниями.

Оценка потребности — это первый шаг, с помощью которого устанавливаются задачи, определяются содержание, методы преподавания, оценка его эффективности. Сама по себе оценка в тех областях, где навыки, знания и мышление врача не являются оптимальными, может служить основанием для создания новой образовательной программы.

Цель оценки потребностей — определить круг тем и проблем, по которым должна развиваться учебная деятельность. Эта деятельность имеет смысл, если отвечает двум основным критериям: специалисты хотят участвовать в этой учебной деятельности; предложенная подготовка дает потенциальную возможность улучшить медицинскую помощь.

Врачи, как в основном все взрослые учащиеся, хотят сразу использовать полученные знания в работе. Они приходят с определенным собственным багажом знаний и опыта. *Если же врач не чувствует, что программа отвечает его потребностям, он психологически выключается из учебного процесса.* Чем больше работа опирается на реально узнаваемые потребности, тем больше прогресс в обучении.

Процесс оценки потребностей должен быть постоянным и иметь несколько уровней: стратегический — формулирование основного направления деятельности на период в несколько лет; проблемный — определение потребности в информации относительно специальных областей знаний, определяемых на стратегическом уровне; исполнительский — определение глубины разрыва между существующими и идеальными знаниями для конкретной аудитории.

Как справедливо утверждают специалисты, обучение медицинских работников должно четко преследовать цель формирования профессиональной компетенции у обучаемых, а не запоминания и воспроизведения профессиональной информации. Это достигается при условии высокой мотивации к овладению профессией у медицинского работника и способности педагогов сформировать у него профессиональное мастерство и поведение, адекватное современной модели профессионала.

РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ НОВОСИБИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Пахомова Н.Ю.^{1,2} Прокопьева М.И.¹

Как социальный институт, воспроизводящий интеллектуальный потенциал страны, образование должно обладать способностью к опережающему развитию, отвечать интересам общества, конкретной личности и потенциального работодателя.

Роль образования в современном обществе очень высока. Проблема эта тем более актуальна, поскольку система образования в настоящее время выживает главным образом за счет внутреннего запаса прочности, созданного в прежние времена. Совершенствование высшего медицинского образования невозможно без внедрения в методический арсенал педагога новых педагогических и информационных технологий, новых методик обучения и оригинальных методических приемов.

Учитывая переход к глобальному информативному обществу и становлению знаний, об адекватности образования социально-экономическим потребностям настоящего и будущего можно говорить лишь в том случае, если его модернизация будет основываться не только и не столько на организационных нововведениях, сколько на изменениях по существу – в содержании и технологиях подготовки кадров и подготовке научных исследований.

Благодаря эффективной организационной структуре системы обучения, в настоящее время при научно-учебном комплексе ГОУ ВПО НГМУ Росздрава имеется факультет повышения квалификации практических специалистов здравоохранения, поэтому новейшие достижения в области науки, практического здравоохранения и образования сразу же внедряются в процесс профессиональной переподготовки и повышения квалификации.

На кафедрах в методическом арсенале используются диагностические и лечебные алгоритмы, клинические ситуационные задачи для обучения и контроля, элементы деловых игр, методические рекомендации и пособия. Внедрена унификация учебной документации в виде учебно-методического комплекса, позволяющего оптимально расширить изучаемый материал по организационным формам обучения, совершенствовать методическую помощь, пользоваться основными и дополнительными источниками информации.

В учебном процессе ежегодно принимают участие более 700 сотрудников профессорско-преподавательского состава университета, обеспечивающих все виды дополнительного профессионального образования – профессиональная переподготовка (от 510 часов), общее усовершенствование (от 288 до 510 часов, для специалистов со стажем до 5 лет), тематическое усовершенствование (от 144 до 288 часов), краткосрочное усовершенствование (от 72 до 144 часов).

По всем учебным направлениям изданы учебно-методические пособия, видео-навигаторы (по программе профессиональной переподготовки и по программе повышения

квалификации), включающие учебные планы, методические указания к учебным планам, учебно-тематические планы, квалификационные характеристики, а также учебные программы по всем дисциплинам, перечисленным в учебных планах.

Образовательный процесс независимо от формы и вида всегда нацелен на оказание качественной образовательной услуги, а потому с ней необходимо соотносить все инновационные инициативы.

В процессе подготовки специалистов на первый план выходит задача перехода от пассивных, главным образом лекционных, способов освоения учебного материала, к активным групповым и индивидуальным формам работы, организации самостоятельной поисковой деятельности врачей -курсантов, что позволяет готовить специалиста с выраженной индивидуальностью и организовывать деятельность занимающихся в различных условиях. Этому, может способствовать внедрение в учебный процесс информационных компьютерных технологий, одной из задач которой является необходимость разнообразить процесс передачи знаний от преподавателя к курсанту.

Использование информационных технологий также применяется при проверке качества подготовки специалистов, через компьютерное тестирование. При проведении итоговой проверки в форме экзамена или зачета заменить преподавателя компьютером невозможно без потери в той или иной степени полноты и адекватности оценки. Какая бы хорошая ни была программа, она не способна реализовать творческий подход, как к характеру задаваемых вопросов, так и к анализу даваемых ответов. В личной беседе только преподаватель может адекватно оценить, что знает, а что не знает студент. Однако нельзя отрицать важность и необходимость проведения компьютерного тестирования в ходе контроля знаний студентов. При этом важны как промежуточные этапы разного масштаба (привязанные к конкретной задаче, к конкретному разделу и т.д.), так и итоговые тесты, объективно демонстрирующие степень усвоения каждым обучающимся определенно объема пройденного материала.

В целом, можно сказать, что одной из задач высшей школы является подготовка образованного члена информационного общества, который умеет пользоваться общедоступными источниками информации; понимает и сознательно использует различные формы и способы представления данных в вербальной, графической и числовой формах; умеет оценивать достоверность и практическую полезность имеющихся данных с различных точек зрения и использовать их для решения конкретных практических задач.

ВЛИЯНИЕ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А. И. Прилучная

Городской центр госпитализации больных, Новосибирск

Городской центр госпитализации больных (далее Центр) с 2003 года осуществляет регулирование направления больных на плановое лечение в стационары города. Он руководствуется в своей деятельности регламентирующими документами, изданными департаментом по социальной политике и Главным управлением здравоохранения мэрии г.Новосибирска. В соответствии с указанными документами стационары направляют в Центр сведения о перспективном предоставлении мест для госпитализации, а амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ) заявки с указанием профиля отделения и даты планируемого направления больного, получают номер наряда и дату госпитализации, которые вносятся в сопроводительный лист. В нем же указывается мотивированный повод для помещения больного в стационар и результаты проведенных исследований. Сопроводительный лист подписывается как направляющим врачом, так и заместителем главного врача АПУ.

Деятельность Центра позволяет влиять на качество медицинской помощи за счет оптимизации использования ресурсов здравоохранения, реализует право граждан на выбор ЛПУ, повышает культуру обслуживания пациентов.

Проведенное нами социологическое исследование показало, что 76% опрошенных пациентов лечатся в том стационаре, в котором они хотели, для 17% респондентов место лечения не имело значения, и только 7% пациентов предпочли бы лечиться в другом ЛПУ. Таким образом, деятельности Центра реализует право граждан на свободный выбор учреждения для обследования и лечения.

В начале деятельности Центра основной проблемой являлось длительное ожидание плановой госпитализации, очередность, которая по некоторым профилям достигала 4 месяцев. Введение многоуровневой системы контроля обоснованности направления пациента на стационарное лечение с круглосуточным пребыванием (поликлиника – Центр – стационар) позволило сократить сроки ожидания плановой госпитализации до минимально возможных 2-3 суток. Сокращение сроков ожидания привело к уменьшению отказов от плановой госпитализации со стороны пациентов.

В ходе социологического исследования установлено, что 76% пациентов при поступлении на плановую госпитализацию находились в приемном отделении стационара менее 1 часа, 22% - от 1 до 2 часов и 2% опрошенных пациентов ожидали госпитализации в приемном отделении более 2 часов. Формирование потоков пациентов на плановую

госпитализацию позволило оптимизировать работу приемных отделений стационаров по приему больных.

Направление на плановую госпитализацию полностью обследованных пациентов в оптимальные сроки, способствует сокращению средней длительности пребывания пациента в стационаре. Так, средняя продолжительность лечения в стационаре сократилась с 15 суток в 2000 году до 10 суток в 2009 году. В результате повышается эффективность использования коечного фонда стационаров города, возникают условия для сокращения неостребованных стационарных коек и повышается доступность плановой стационарной медицинской помощи с круглосуточным пребыванием для граждан, нуждающихся в данном виде лечения.

Таким образом, Центр позволяет более эффективно использовать коечный фонд стационаров города, а также повысить удовлетворенность граждан качеством медицинской помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО РАЗДЕЛУ УРОЛОГИЯ И УРОГИНЕКОЛОГИЯ В ФЕДЕРАЛЬНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Л.П.Радченко, А.А.Еркович, Н.А.Ворошилова, И.Н.Печурина, Н.Ф.Захарова,
Н.В. Шангурова, Т.А.Мажникова

ФГУ «СОМЦ ФМБА России», Новосибирск

Развитие высокотехнологичной медицинской помощи является важным направлением приоритетного национального проекта «Здравоохранение». В настоящее время ее оказание регламентировано приказом № 10476 Минздравсоцразвития РФ от 31.12.2009г. Урология представлена 18 разделом этого приказа.

Впервые оказание высокотехнологичной урологической помощи по квотам МЗ РФ стало осуществляться в ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологий».

На территории Сибири впервые оказание высокотехнологичной медицинской помощи было организовано на базе ФГУ «СОМЦ ФМБА» России в 2005 году, также за счёт квот федерального бюджета.

ФГУ «СОМЦ ФМБА» России включает в себя: поликлинику и стационар ФГУ «СОМЦ ФМБА» России г. Новосибирск и ряд филиалов в СФО.

Алгоритм оказания урологической ВМП в ФГУ «СОМЦ ФМБА России» состоит в следующем: нуждающийся в ВМП пациент направляется на консультацию к главному урологу ФГУ или старшему ординатору «СОМЦ ФМБА России» для осмотра и вынесения заключения о соответствии заболевания коду ВМП и объему операции. В последующем в ФГУ «СОМЦ ФМБА России» оформляются соответствующие

документы в областную комиссию по ВМП и после их утверждения, пациент проходит предоперационную подготовку в амбулаторных условиях и направляется в стационар ФГУ «СОМЦ ФМБА России» для оперативного лечения. После выписки для дальнейшей реабилитации и диспансерного наблюдения вновь идёт в поликлинику.

Набор пациентов осуществляется по: 1) результатам командировок специалистов в филиалы ФГУ «СОМЦ ФМБА» России и ЛПУ Сибирского Федерального Округа, 2) самообращению на территории НСО и г. Новосибирска, 3) информации ФГУ «СОМЦ ФМБА» России в СМИ и Интернете.

За период с 2005 – 2007 год в стационаре ФГУ «СОМЦ ФМБА» России оказаны следующие виды высокотехнологичной урологической медицинской помощи: реконструктивно-пластические операции по поводу а) обструкции верхних мочевыводящих путей - 31 пациентов; б) стриктур уретры различной локализации - 21, в) аномалии развития мужских гениталий - 34; г) обструктивного бесплодия – 31; д) при пролапсах и стрессовой инконтиненции – 19.

Анализ работы за 3 года показал, что с учетом материально-технической базы (отсутствие ДЛТ, Rg операционного стола, достаточного количества полностью оснащенных лапароскопических стоек и др.), кадровым потенциалом, подготовкой специалистов, региональных особенностей, ВМП оказана в большей степени при пролапсах тазовых органов, аномалиях развития МПС, обструктивном бесплодии у мужчин.

Поэтому, разрабатывая вопросы ВМП, по инициативе специалистов, в августе 2008 был создан центр тазовой и реконструктивной урогенитальной хирургии, деятельность которого направлена на всестороннее решение расстройства функции тазовых органов, в том числе пролапсов тазовых органов у женщин и вопросов инконтиненции. Условиями для интеграции смежных специалистов явились:

1. Концентрация на одной площадке ФГУ СОМЦ специалистов, решающих смежные проблемы тазовых расстройств (урологическое отделение - 20 коек, гинекологическое - 20 коек, проктологическое - 5 коек в составе 40 хирургического отделения, неврологическое - 40 коек).

2. Материально-техническое оснащение консультативных кабинетов и диагностических служб позволяет осуществить высокотехнологичную диагностику и оперативную помощь при тазовых расстройствах.

Результатом слияния всех вышеуказанных структур, явилось значительное увеличение объёма хирургических операций: за период с 2008 – 2010год в по поводу обструкции верхних мочевыводящих путей прооперировано уже 35 пациентов, стриктур

уретры различной локализации - 33, аномалии развития мужских гениталий в сочетании с бесплодием - 67; выполнено 189 реконструктивно-пластических операций тазовых органов у женщин, в том числе и при стрессовой инконтиненции. Основными осложнениями при выполнении реконструкции тазового дна явились: рецидивы пролапсов, дисфункции мочеиспускания, эрозии сетки. В настоящее время проводится детальный научный анализ осложнений и оптимизация проведения комбинированных операций. Изучаются отдаленные результаты хирургического лечения по нескольким разделам ВМП.

Выводы: таким образом, на базе ФГУ «СОМЦ ФМБА» России созданы условия для выполнения нескольких направлений хирургического лечения по федеральным программам, достаточной послеоперационной реабилитации, диспансерного наблюдения (в основном для жителей г. Новосибирска и области), методической работы и ограниченного ресурсами объема научных исследований, требующих дальнейшего расширения при условии материального обеспечения.

О МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ТЕНДЕНЦИЯХ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ЗА 2010 ГОД

Л.П. Радченко, В.М. Чернышев, Л.К. Иванова, К.Г. Юсупова, И.Ф. Мингазов,
Э.В.Круглова, В.Г. Семенова, Ю.А. Григорьев

ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России», г. Новосибирск,
ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области», г. Новосибирск
Новосибирский государственный медицинский университет,
НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,
Новокузнецк, ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, Новокузнецк.

Территория Сибирского федерального округа занимает 30,1% всей территории России (5145,0 тыс. кв. км), на которой проживает менее 14% россиян. Плотность населения 3,83 чел. на 1 кв. км (РФ – 8,4), наибольшая плотность проживания в Кемеровской области – 29,5 чел. на 1 кв. км. Численность населения Сибирского федерального округа на 01.01.2010 г. составила 19565950 человек (рис.1).

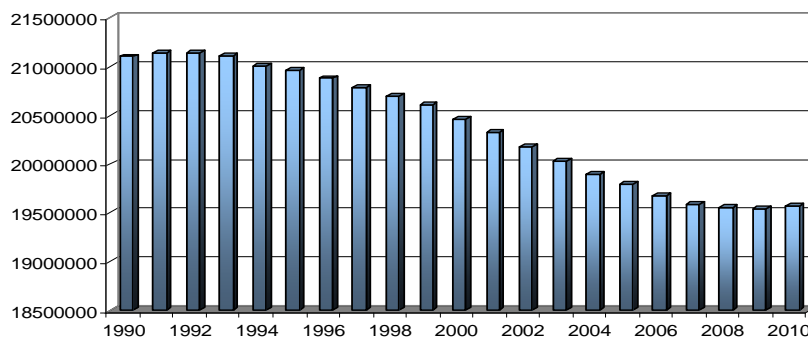


Рис. 1. Динамика численности населения Сибирского федерального округа за 1990 - 2010 годы.

По данным федеральной службы государственной статистики в 2010 году в Сибирском федеральном округе родилось 272465 ребенка, что на 1004 меньше чем в 2009 г. (в 2009 г. - 273469 ребенка). Рождаемость в среднем по Сибирскому федеральному округу составила 13,9 на 1000 населения, что несколько ниже, чем в 2009 году, когда показатель составил 14,0 на 1000 населения (рис.2).

Среди регионов Сибирского федерального округа максимальные уровни рождаемости зарегистрированы в Республике Тыва - 25,8 на 1000 населения и Республике Алтай 20,1 на 1000 населения. Наименьшие показатели рождаемости отмечаются в Алтайском крае – 12,4 на 1000 населения.

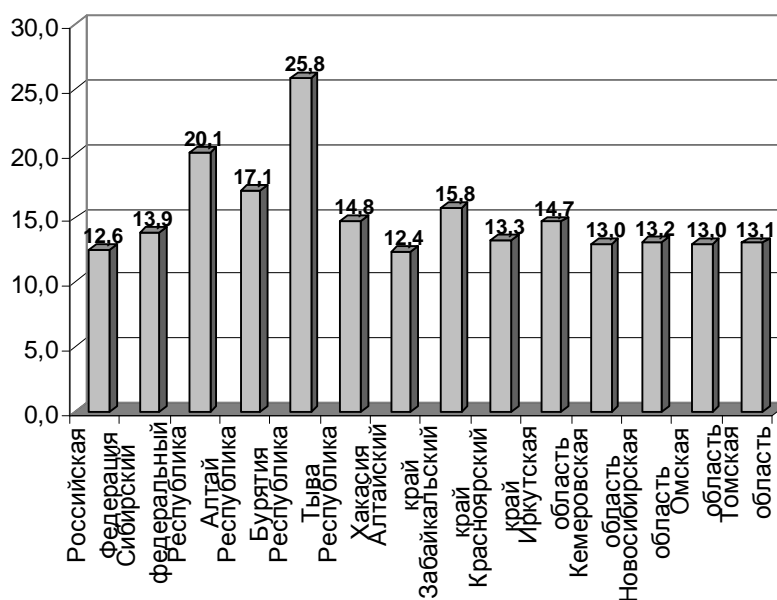


Рис.2 Показатели рождаемости по СФО за 2010 год на 1000 нас.

Показатель смертности населения по Сибирскому федеральному округу возрос с 13,9 на 1000 населения, до 14,0, что ниже, чем в среднем по Российской Федерации (14,3 на 1000 населения) (рис.3). За 2010 год в Сибирском федеральном округе умерло 273424 человек против 272248 в 2009 году. Наиболее высокие уровни смертности населения за 2010 год сохраняются в Кемеровской области 15,8 на 1000 населения (2009 г. – 15,9) и Алтайском крае – 14,6 на 1000 населения. В целом показатели смертности за 2010 год превышают средние по СФО округу по следующим 4 регионам - Кемеровская область, Алтайский край, Иркутская область, Новосибирская область.

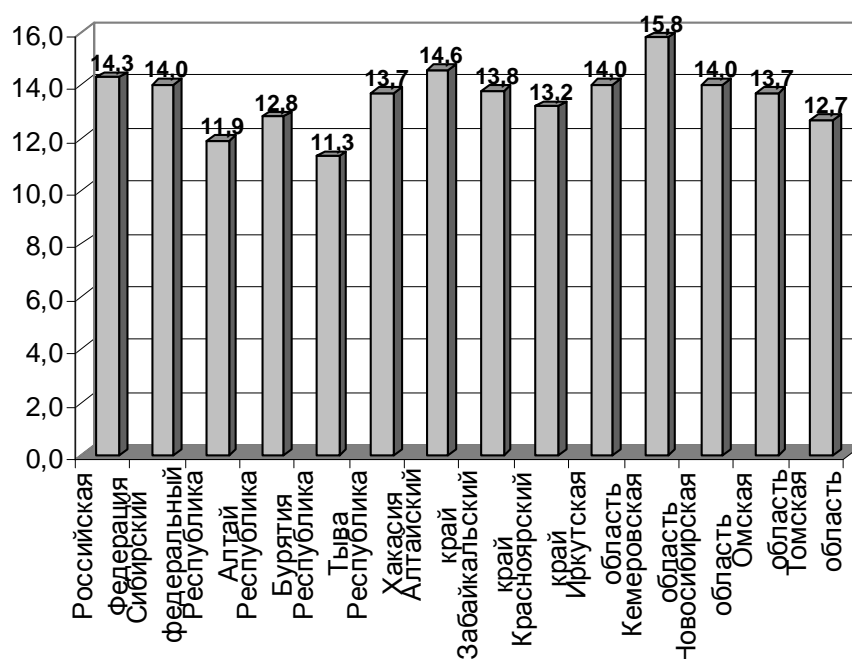


Рис. 3 Показатели смертности населения по СФО за 2010 год на 1000 населения

Показатель младенческой смертности населения по Сибирскому федеральному округу снизился до 8,4 на 1000 населения, что выше, чем в среднем по Российской Федерации (7,5 на 1000 населения) (рис.4). За 2010 год в Сибирском федеральном округе умерло 2289 детей до 1 года против 2486 в 2009 году. Наиболее высокие уровни младенческой смертности населения за 2010 год сохраняются в Республике Тыва 12,4 на 1000 населения (2009 г. – 16,1) и Алтайском крае – 9,5 на 1000 населения (2009 г. – 9,0). В целом показатели младенческой смертности за 2010 год превышают средние по СФО округу по следующим регионам – Республика Тыва, Республика Алтай, Иркутская область, Красноярский край и Алтайский край.

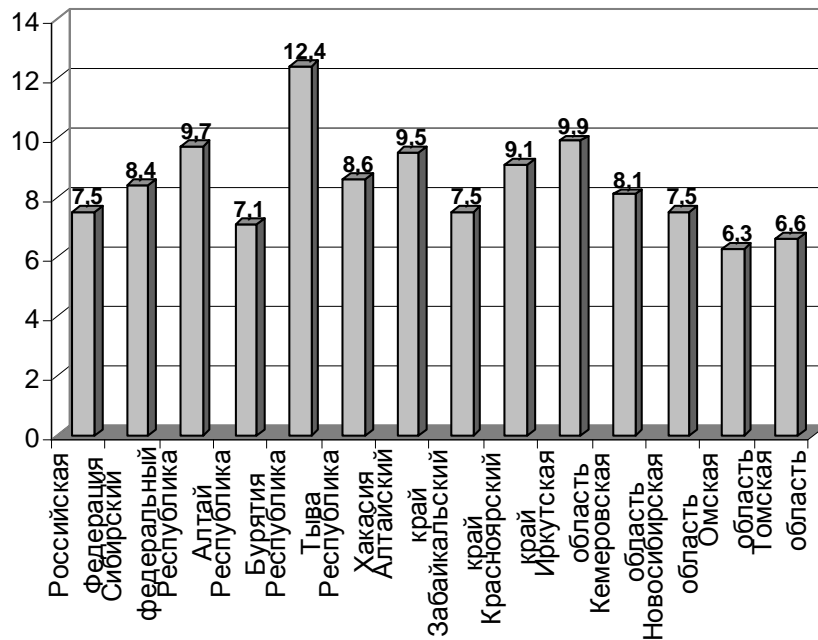


Рис.4 Показатели младенческой смертности по СФО за 2010 год на 1000 нас.

За счет естественной убыли число жителей Сибирского федерального округа сократилось на 959 человек. Естественный прирост за 2010 год по территории СФО составил - 0,1 на 1000 населения (естественная убыль составляла в 2009 г. – 0,1; 2008 г -0,7; 2007 г. - 1,7; 2006 г. -3,5; 2005 г. -5,1; 2004 г. -4,7 на 1000 жителей). Самая значительная естественная убыль остается в Кемеровской области -2,8 на 1000 населения (2009 г. -2,6; 2008 г.-3,3; 2007 г. -4,5; 2006 г. -6,0; 2005 г. -7,7). Естественный прирост населения в 2009 году зафиксирован на 8 территориях, на 4-х территориях наблюдается естественная убыль населения (Кемеровская, Новосибирская, Омская области и Алтайский край). В Республике Тыва в 2010 и 2009 г. прирост населения остается один из самых высоких в стране +14,5 на 1000 жителей.

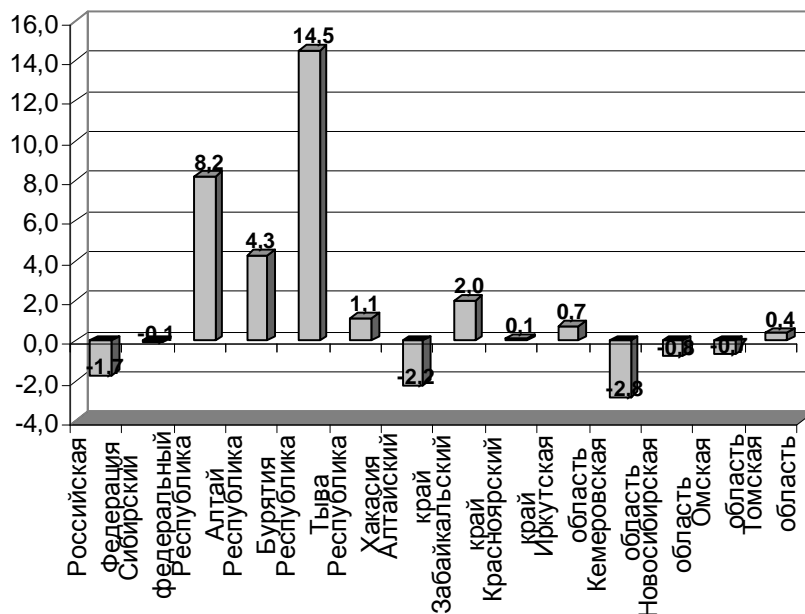


Рис. Показатели естественного движения по СФО за 2010 год на 1000 нас.

Выводы:

- Рождаемость в среднем по Сибирскому федеральному округу составила 13,9 на 1000 населения, что несколько ниже, чем в 2009 году, когда показатель составил 14,0 на 1000 населения;
- Среди регионов Сибирского федерального округа максимальные уровни рождаемости зарегистрированы в Республике Тыва - 25,8 на 1000 населения и Республике Алтай 20,1 на 1000 населения. Наименьшие показатели рождаемости отмечаются в Алтайском крае – 12,4 на 1000 населения;
- Показатель смертности населения по Сибирскому федеральному округу возрос с 13,9 на 1000 населения, до 14,0, что ниже, чем в среднем по Российской Федерации (14,3 на 1000 населения). Наиболее высокие уровни смертности населения за 2010 год сохраняются в Кемеровской области 15,8 на 1000 населения (2009 г. – 15,9) и Алтайском крае – 14,6 на 1000 населения;
- Показатель младенческой смертности населения по Сибирскому федеральному округу снизился до 8,4 на 1000 населения, что выше, чем в среднем по Российской Федерации (7,5 на 1000 населения). Наиболее высокие уровни младенческой смертности населения за 2010 год сохраняются в Республике Тыва 12,4 на 1000 населения (2009 г. – 16,1) и Алтайском крае – 9,5 на 1000 населения (2009 г. – 9,0);
- Естественный прирост за 2010 год по территории СФО составил - 0,1 на 1000 населения. Самая значительная естественная убыль остается в Кемеровской области -2,8 на 1000 населения;

- В Республике Тыва в 2010 и 2009 г. прирост населения остается один из самых высоких в стране +14,5 на 1000 жителей.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНОВ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Л.П. Радченко, В.М. Чернышев, И.Ф. Мингазов, Э.В. Круглова

ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России», г. Новосибирск,
ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области»

Общая заболеваемость населения сибирского федерального округа (СФО) по данным обращаемости в 2009 году увеличилась по сравнению с 2008 годом и составила 1695,9 на 1000 населения. Всего по СФО в 2009 году зарегистрировано 33182180 случаев заболеваний (2008 г. - 32135461, 2007 г. – 32232718 случаев заболеваний). Уровень общей заболеваемости населения СФО значительно превышает средне российский уровень, который составил в 2009 году – 1607,2 на 1000 населения.

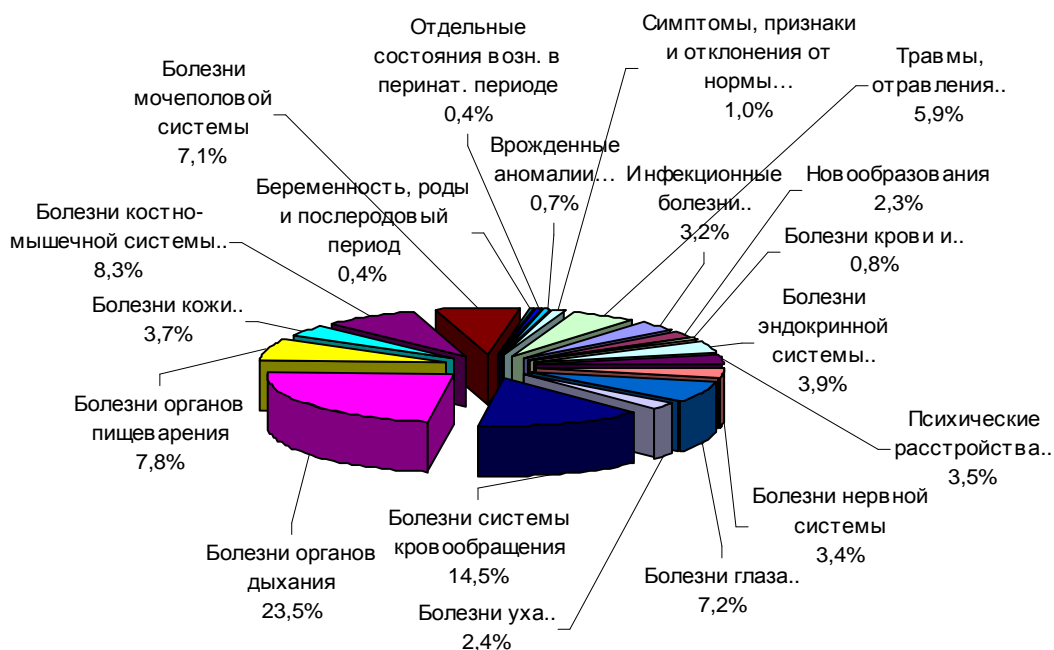


Рис.1 Структура общей заболеваемости всего населения по СФО в 2009 году

В структуре общей заболеваемости всего населения в СФО первое место занимают болезни органов дыхания – 392,1 случаев на 1000 населения (23,5 %), болезни системы кровообращения – 242,7 случаев (14,5 %), болезни костно-мышечной системы – 139,3 случаев (8,3 %), болезни органов пищеварения – 139,8 случаев (7,8 %), болезни глаза –

120,9 случаев (7,2 %), болезни мочеполовой системы – 119,1 случаев (7,1 %), травмы и отравления – 98,0 случаев (5,9 %), болезни эндокринной системы – 65,0 случаев (3,9 %).

Болезни системы кровообращения занимают в СФО 2-е ранговое место в структуре общей заболеваемости населения и являются наиболее значимой причиной смертности. Уровень общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения в 2009 году по СФО составил 242,7 на 1000 жителей (2008 году - 233,7 случаев; 2007 г. – 228; 2006 г. – 224; 2005 г. – 202; 2004 г. -187,0 на 1000 жителей) (рис.2).

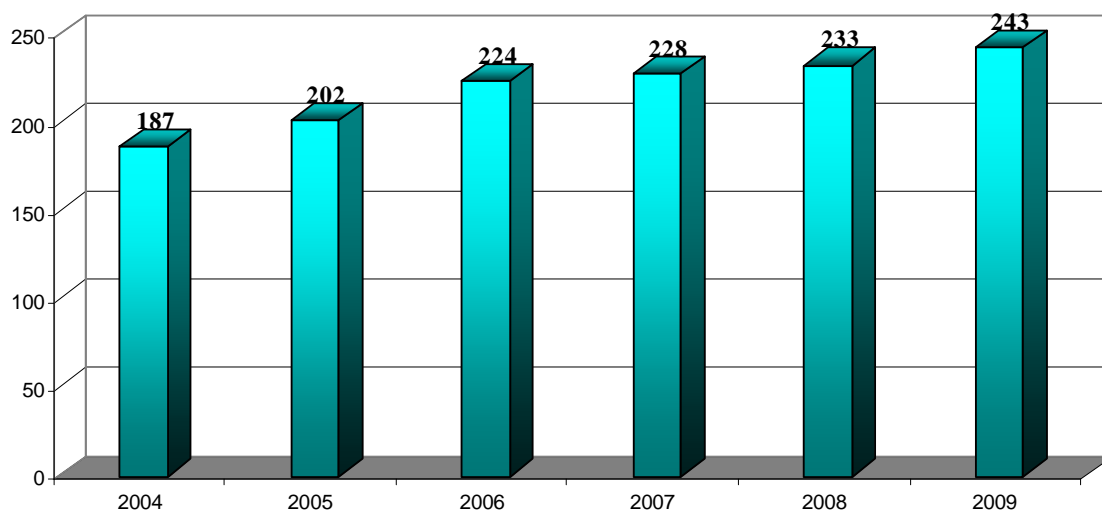


Рис. 2. Динамика общей заболеваемости болезнями системы кровообращения в СФО (на 1000 населения).

Динамика общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения в СФО имеет стойкую тенденцию к росту, имеет значительные колебания от 81,6 случаев на 1000 населения в Республике Тыва, до 442,5 в Алтайском крае. Уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения в Алтайском крае стабильно превышает средний по СФО уровень показатель в 1,5-1,8 раза и более чем в 5 раз уровень заболеваемости в Республике Тыва (рис.3).

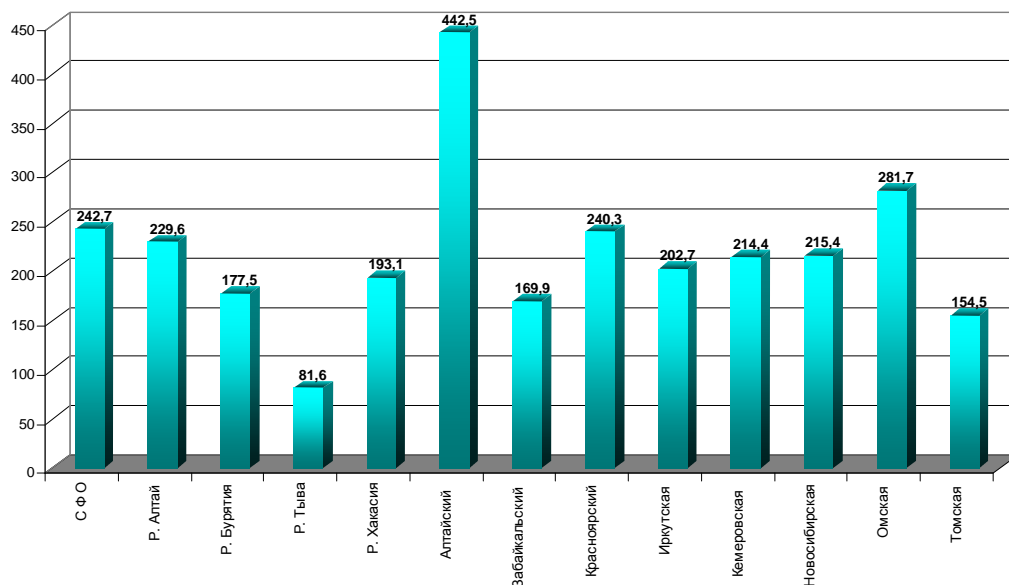


Рис. 3. Уровень общей заболеваемости болезнями системы кровообращения в регионах СФО в 2009 году (на 1000 населения)

В структуре болезней системы кровообращения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, занимают более 40% и составили в 2009 г. по СФО - 100,7 случая на 1000 населения. Менее 60 случаев на 1000 населения зарегистрировано больных с повышенным кровяным давлением в Забайкальском крае (58 чел. на 1000 жителей), Томской области (48,5 чел. на 1000 жителей) и Республике Тыва (37,0 чел. на 1000 жителей). В Алтайском крае выявлено 181 чел. на 1000 жителей с болезнью, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, что в 2 раза больше чем по РФ и в 1,8 раза по СФО. Значительно выше среднерегionalного и среднероссийского уровня заболеваемость в Омской области (135 чел. на 1000 жителей) и в Республике Алтай (114 чел. на 1000 жителей) (рис.4).

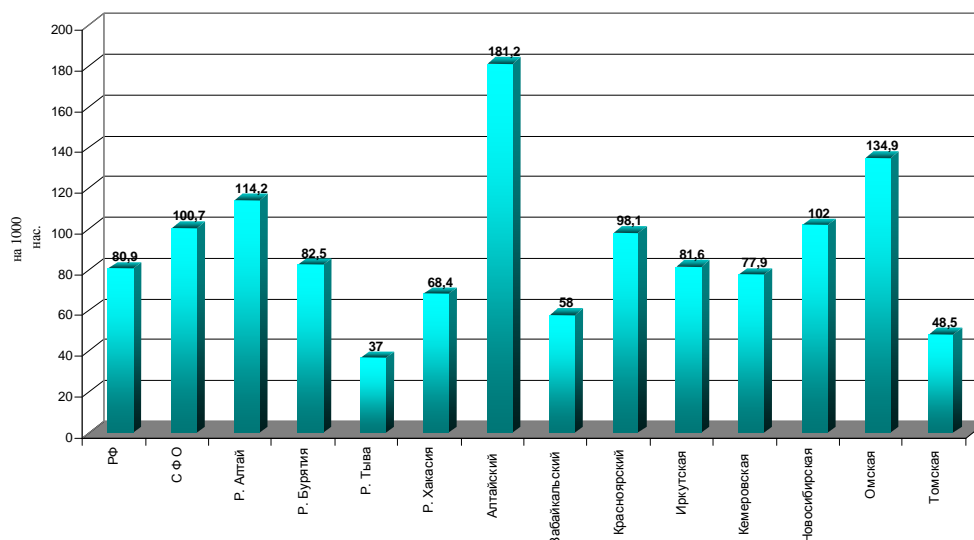


Рис. 4. Уровень общей заболеваемости Болезнями, характеризующиеся повышенным кровяным давлением в регионах СФО в 2009 г. (на 1000 населения)

Значительны колебания уровня регистрации больных ишемической болезнью сердца (рис.5). При среднем показателе по СФО 60,7 случаев на 1000 населения, в Республике Тыва – 17,8; в Алтайском крае 119,6. Аналогичная ситуация и регистрацией цереброваскулярных болезней (рис.6).

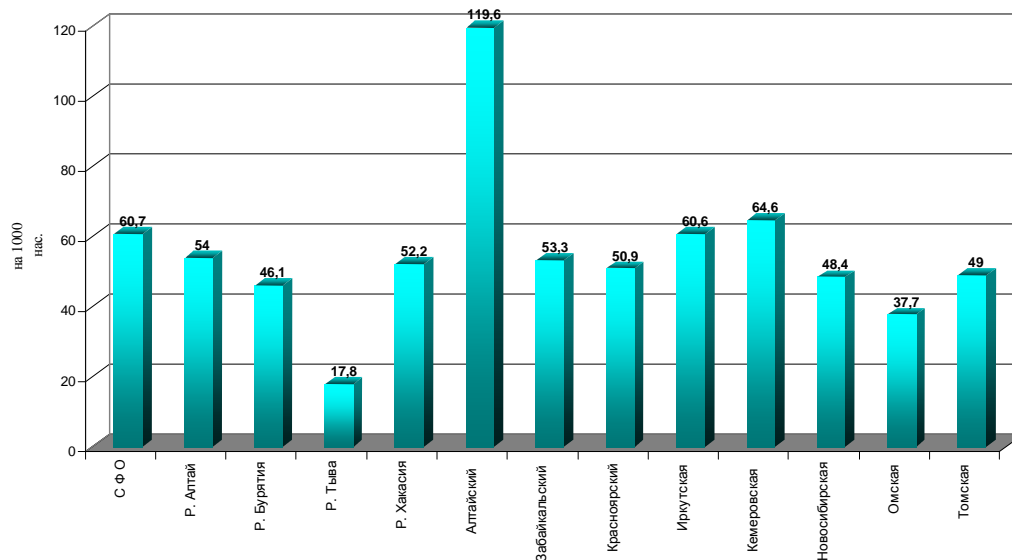


Рис. 5. Уровень общей заболеваемости Цереброваскулярными болезнями в регионах СФО в 2009 г. (на 1000 взрослого населения)

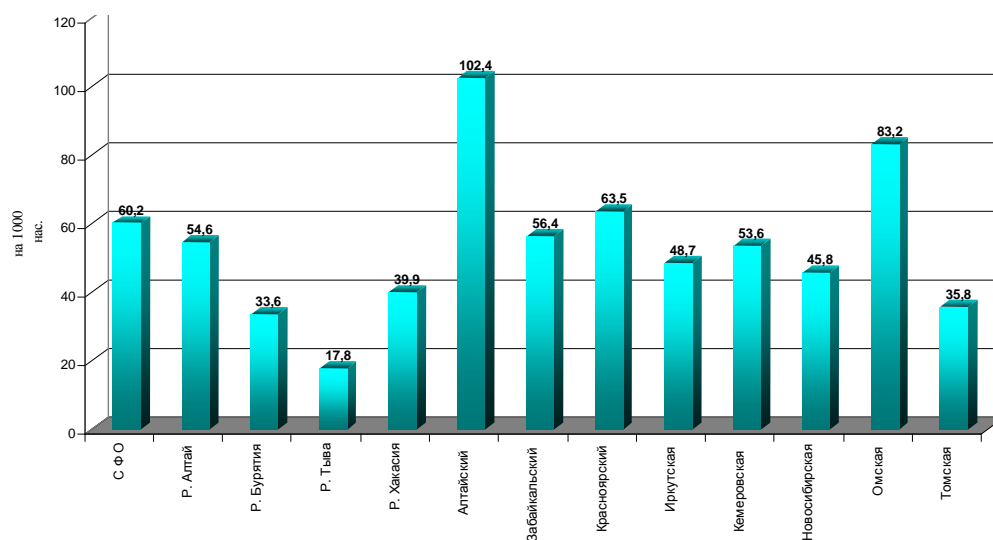


Рис. 6. Уровень общей заболеваемости ишемической болезнью сердца в регионах СФО в 2009г.

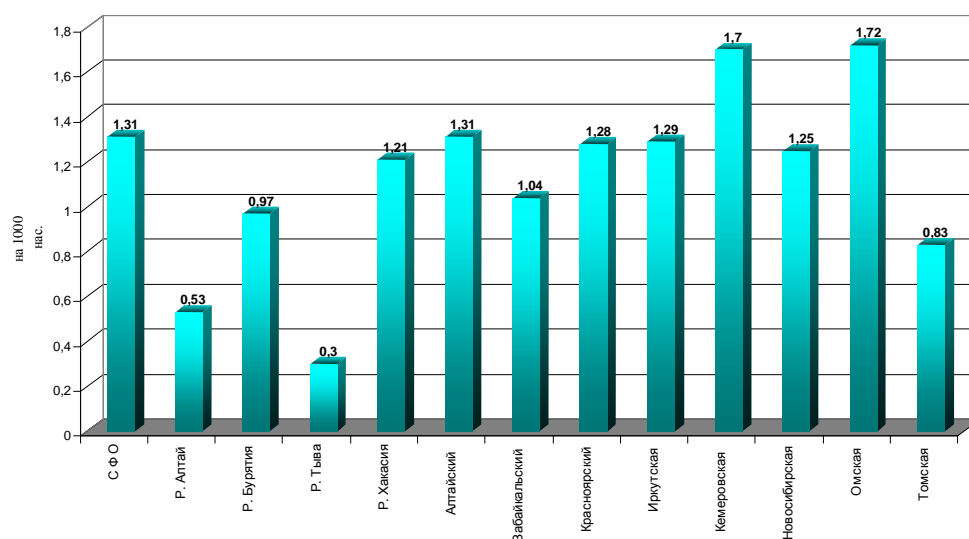


Рис. 7. Уровень общей заболеваемости острым инфарктом миокарда в регионах СФО в 2009 г.

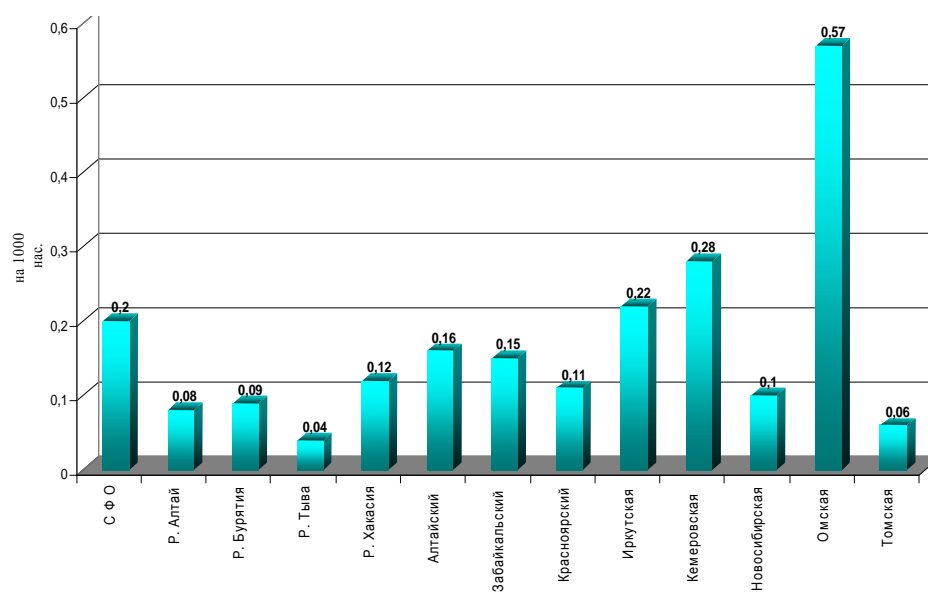


Рис. 8. Уровень общей заболеваемости повторным инфарктом миокарда в регионах СФО в 2009 г.

Первичная заболеваемость или заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом для всего населения составила по СФО в 2009 году 833,2 случая на 1000 населения. Зарегистрированный уровень первичной заболеваемости, по сравнению с 2008 годом вырос и остается пока выше средне российского показателя, который составил 802,5 на 1000 населения.

По отчетным данным за 2009 год уровень первичной заболеваемости населения в СФО выше, чем в среднем по Российской Федерации по 13 из 18 классов, за исключением болезней органов дыхания, нервной системы, уха, кожи и подкожной клетчатки.

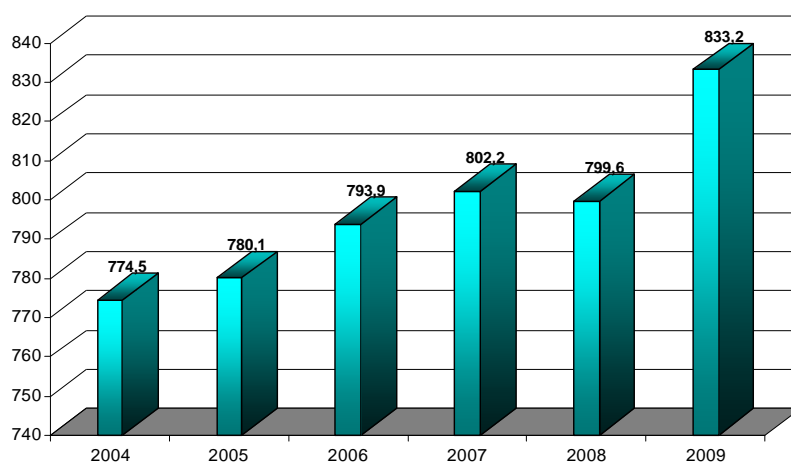


Рис. 9. Динамика заболеваемости населения СФО с впервые в жизни установленным диагнозом (на 1000 всего населения).

В структуре первичной заболеваемости (рис.10) лидируют болезни органов дыхания – 149,1 случаев на 1000 населения (24,4 %), несчастные случаи, травмы и отравления – 94,9 случаев (15,5 %). Последующие места занимают болезни мочеполовой системы – 57,4 случаев (9,4 %), кожи и подкожной клетчатки – 38,8 случаев (6,4 %), болезни системы кровообращения – 37,5 (6,1 %), болезни костно-мышечной системы – 38,5 (6,3%), болезни глаза и его придаточного аппарата – 33.3 (5,5 %), инфекционные и паразитарные болезни – 27,8 случаев (4,6 %), болезни органов пищеварения – 33,2 случаев (5,4 %).

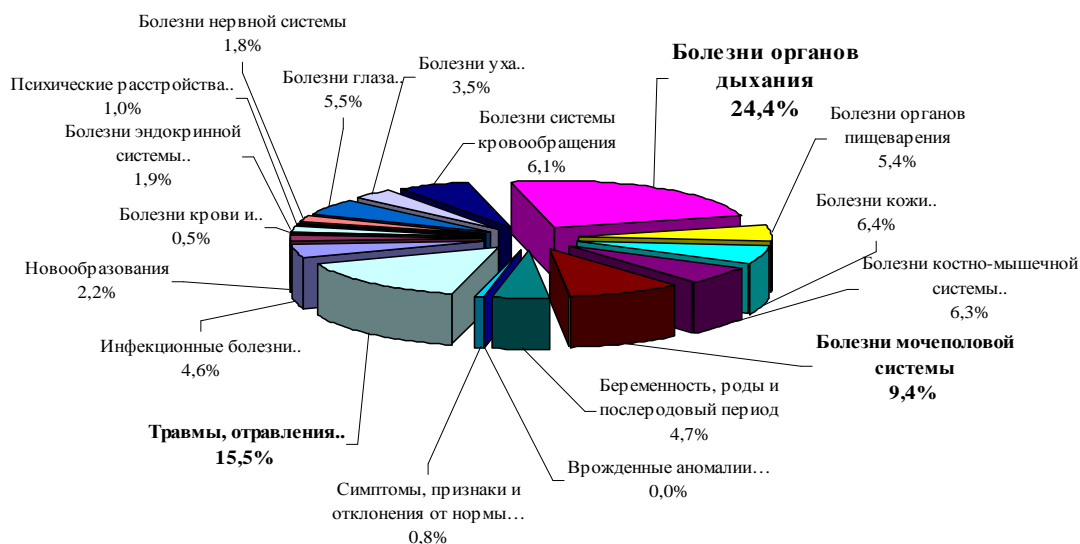


Рис. 10. Структура первичной заболеваемости у взрослого населения по СФО в 2009 г.

Уровень первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения с диагнозом, установленным впервые в жизни зарегистрирован на уровне несколько ниже, чем в 2008 г. и составил в 2009 г. - 32,3 случаев на 1000 населения (рис.11).

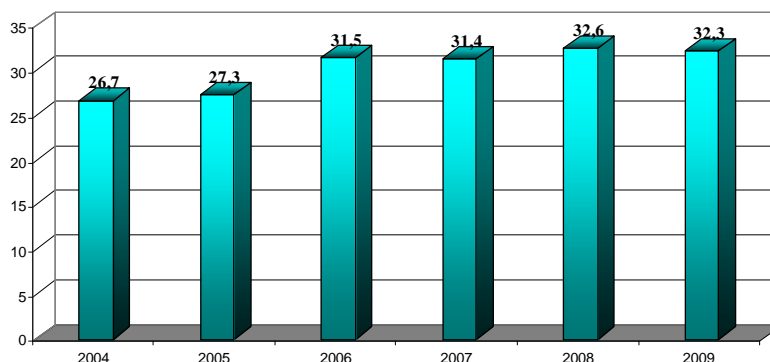


Рис. 11. Динамика первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения в СФО (на 1000 населения)

Уровень первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения в регионах СФО свидетельствует о значительном превышении среднероссийских и окружных показателей в Алтайском крае и Омской области (рис. 12-16).

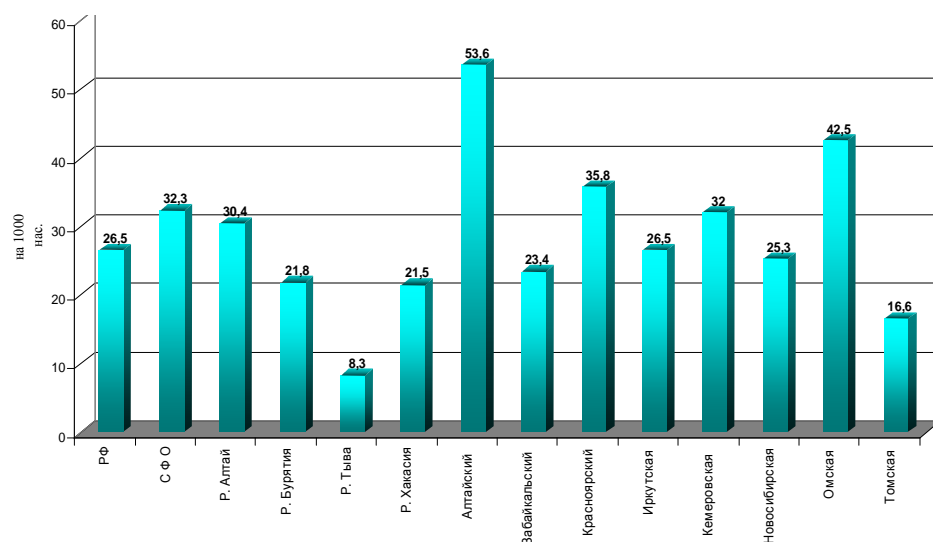


Рис. 12. Уровень первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения в регионах СФО (на 1000 населения) в 2009 г.

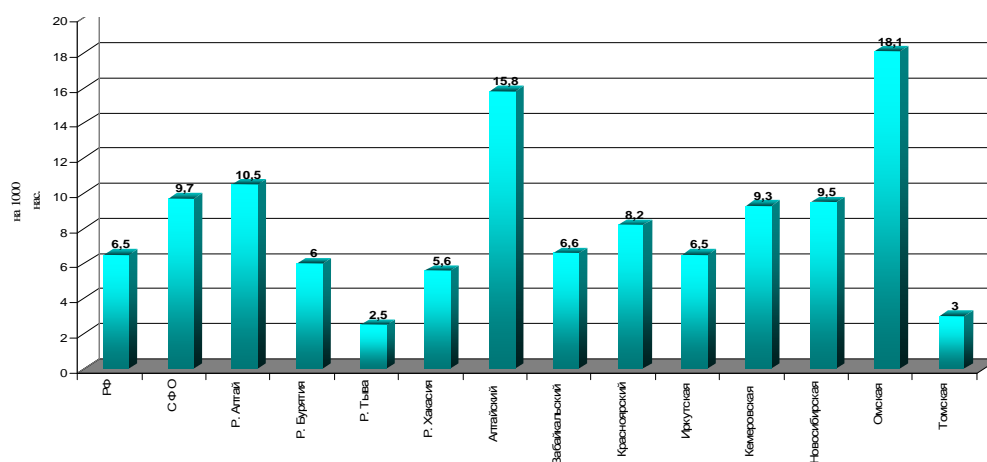


Рис. 13. Уровень первичной заболеваемости болезнями, характеризующиеся повышенным кровяным давлением в регионах СФО в 2009 г.

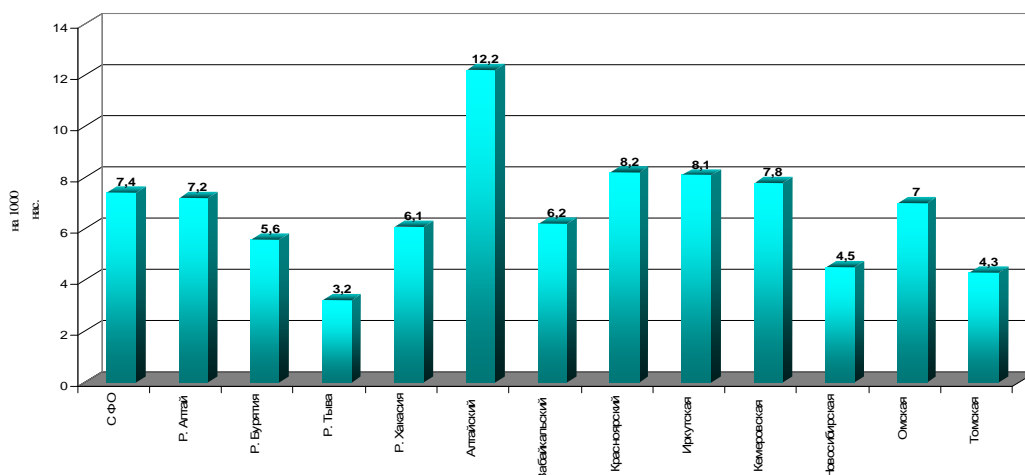


Рис. 14. Уровень первичной заболеваемости цереброваскулярными болезнями в регионах СФО в 2009 г. (на 1000 взрослого населения)

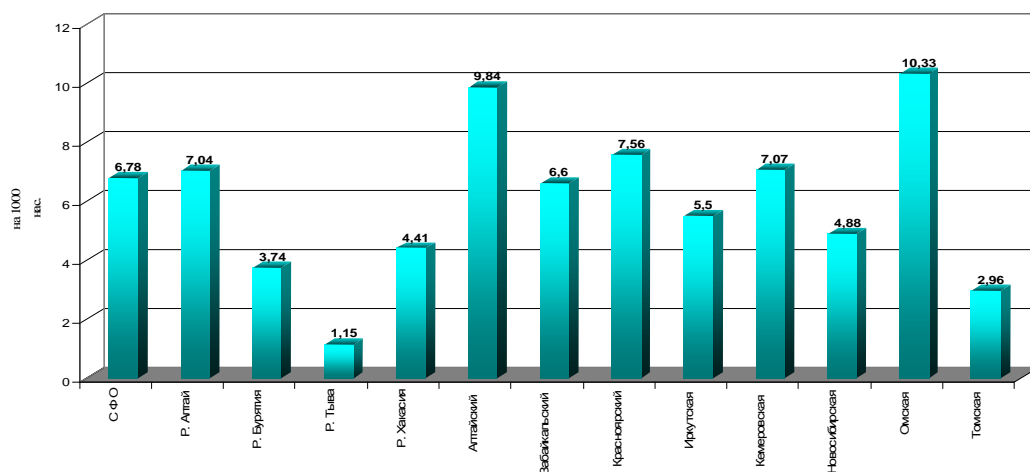


Рис. 15. Уровень первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца в регионах СФО в 2009 г. (на 1000 взрослого населения)

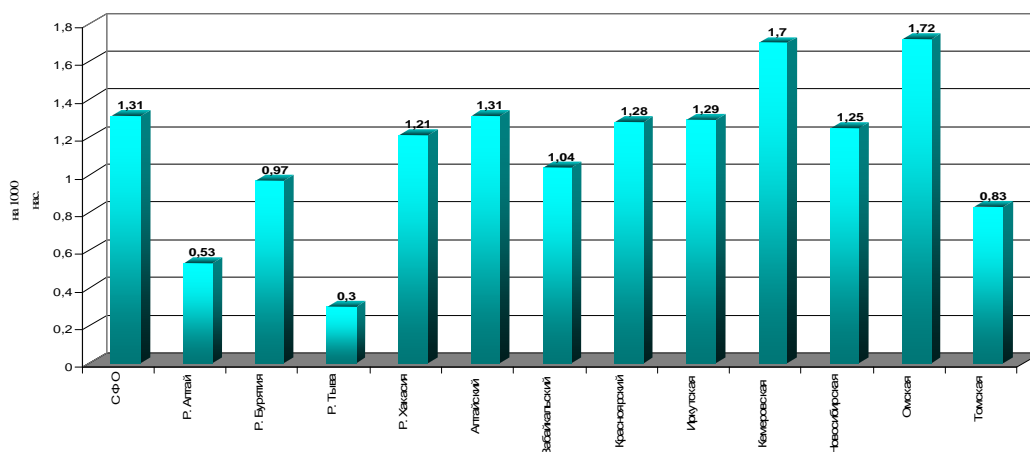


Рис. 16. Уровень первичной заболеваемости Острым инфарктом миокарда в регионах СФО (на 1000 взрослого населения)

Максимальные уровни первичной заболеваемости острым инфарктом миокарда в 2009 году зарегистрирован в Кемеровской и Омской областях.

Выводы:

- Динамика общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения в СФО имеет стойкую тенденцию к росту (в 2009 году - 242,7 на 1000 жителей, 2008 г. - 233,7 случаев; 2007 г. - 228; 2006 г. - 224; 2005 г. - 202; 2004 г. - 187,0 на 1000 жителей);

- В структуре общей заболеваемости всего населения в СФО за 2009 год первое место занимают болезни органов дыхания – 392,1 случаев на 1000 населения (23,5 %), болезни системы кровообращения – 242,7 случаев (14,5 %);
- Уровень общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения в Алтайском крае стабильно превышает средний по СФО уровень показатель в 1,5-1,8 раза;
- В структуре болезней системы кровообращения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, занимают более 40% и составили в 2009 г. по СФО - 100,7 случая на 1000 населения.
- В Алтайском крае заболеваемость характеризующиеся повышенным кровяным давлением, что в 2 раза больше чем по РФ и в 1,8 раза по СФО. Значительно выше среднерегionalного и среднероссийского уровня заболеваемость характеризующиеся повышенным кровяным давлением в Омской области и в Республике Алтай;
- В Алтайском крае уровень заболеваемости ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями значительно выше среднерегionalного уровня;
- Уровень первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения в регионах СФО свидетельствует о значительном превышении среднероссийских и окружных показателей в Алтайском крае и Омской области.

ВОПРОСЫ СОБЛЮДЕНИЯ СТАНДАРТОВ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В НЕСТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА ПРИМЕРЕ УЧРЕЖДЕНИЯ «УСТЬ-КОКСИНСКИЙ МКЦ СОЦОБСЛУЖИВАНИЯ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ»

М.Н. Рахманова

МУ «Усть-Коксинский муниципальный комплексный центр социального обслуживания семьи и детей».

И, хотя, первые национальные стандарты Российской Федерации были утверждены еще в 2003 году, плотно мы начали заниматься внедрением стандартов в нашем учреждении в 2007 году, после утверждения Постановлением Правительства Республики Алтай от 16.08.2007 № 171 "О социальном обслуживании населения Республики Алтай" регионального стандарта "Социальное обслуживание населения в Республике Алтай", включающем положения двух национальных стандартов. Прежде всего, нами был определен круг основных мероприятий, которые, на наш взгляд, должны были способствовать систематизации процесса стандартизации в учреждении. В учреждении нет собственных стандартов, мы руководствуемся национальными стандартами Российской Федерации и Республики Алтай, и это не потому что мы не хотим, а по причинам нехватки времени:

коллектив из 27 человек обслуживает район численностью населения свыше 17 тысяч человек.

В 2007 году, мы изучили все стандарты, которые уже вступили в то время в силу и на основании ГОСТа Р 52142-2003 «Качество социальных услуг» определили для себя факторы, влияющие на качество социальных услуг, предоставляемых населению, это:

1. Состояние документов, в соответствии с которыми функционирует учреждение, поэтому в первую очередь была проведена подготовка нормативно-правовой и методической базы для стандартизации услуг, предоставляемых населению. В этот период деятельности разработаны либо переработаны локальные документы учреждения: устав учреждения; руководства, правила, инструкции, методики работы с клиентами и собственной деятельности; утверждены Постановлением Главы МО «Усть-Коксинский район» документы, включающие в себя: Перечень основных видов социальных услуг предоставляемых населению МО «Усть-Коксинский район» Учреждением «Усть-Коксинский МКЦ социального обслуживания семьи и детей», Положение о порядке и условиях социального обслуживания несовершеннолетних, семей, граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации Учреждением «Усть-Коксинский МКЦ социального обслуживания семьи и детей», Положение о порядке и условиях социального обслуживания граждан пожилого возраста, инвалидов, граждан находящихся в трудной жизненной ситуации Учреждением «Усть-Коксинский МКЦ социального обслуживания семьи и детей», Перечень гарантированных социальных услуг предоставляемых Учреждением «Усть-Коксинский МКЦ социального обслуживания семьи и детей» на дому гражданам пожилого возраста и инвалидам, лицам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию, Объемы социальных услуг, предоставляемых учреждением социального обслуживания на дому, гражданам пожилого возраста и инвалидам, лицам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию, тарифы на платные услуги.

Термины, установленные ГОСТом Р 52495-2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения» стали обязательны для применения в работе специалистов и во всех видах документации

2. Состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления услуг клиентам социальной службы, поэтому были оформлены информационные стенды о порядке и правилах предоставления социальных услуг.

3. Укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация. В ГОСТе сказано - Учреждение должно располагать необходимым числом специалистов в соответствии со штатным расписанием. На сегодняшний день в Центре семьи 5 специалистов, каждый из них имеет соответствующие образование, квалификацию,

профессиональную подготовку, обладает знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на него обязанностей. Все специалисты за последние 3 года проучились на курсах переподготовки и повышения квалификации. В этот же период деятельности мы пересмотрели все должностные инструкции, устанавливающие обязанности и права сотрудников. Все специалисты учреждения аттестованы в установленном порядке, (кроме соцработников, их аттестация будет проходить в этом году). И вот этот пункт стандарта соблюдается не полностью, не решены в полном объеме вопросы предоставления клиентам учреждений полного набора социальных услуг: для оказания социально-правовых услуг нам необходим юрист, для проведения занятий по адаптивной физкультуре с инвалидами нужен инструктор, и мы надеемся что, в самое ближайшее время ситуация изменится.

4. Специальное и табельное техническое оснащение учреждения - на все оборудование имеющееся в учреждении есть эксплуатационные документы. То есть сторона оформления необходимых документов соблюдена.

5 пункт ГОСТА – это условия размещения учреждения – как уже говорила С.Э. учреждение не имеет возможности обеспечить доступность услуг для граждан с ограниченными возможностями и пожилых людей. Но благодаря Министерству труда и социального развития Республики Алтай в этом году ситуация изменилась. В настоящее время идет реконструкция здания, выделенного администрацией района. В обновленном здании все помещения будут соответствовать условиям, необходимым для перемещения инвалидов в колясках (размеры помещений, санузел, пандус). Будут созданы условия для осуществления реабилитационных мероприятий, трудовой и учебной деятельности, культурного обслуживания клиентов.

Проверки Учреждения на соответствие стандартам Российской Федерации, начали проводиться Росздравнадзором Республики Алтай с августа 2008 года, и проведенные контрольно-надзорные мероприятия активизировали деятельность нашего Учреждения по внедрению и соблюдению требований государственных стандартов социального обслуживания в части проведения мероприятий по организации системы качества учреждения.

Система качества в учреждении оформлена документально. Основной документ - «Руководство по качеству» содержит:

- описание системы качества в учреждении;
- политику учреждения в области качества;
- организационная структура;
- задачи, функции отделений;

порядок внедрения, функционирования и контроля системы качества.

В комплект документов учреждения, необходимый для организации работы системы контроля качества, входит:

- Приказ об утверждении политики в области качества предоставления услуг.
- Приказ о создании службы контроля за деятельностью учреждения и отдельных сотрудников по оказанию социальных услуг и их соответствию государственным стандартам социального обслуживания.
- Руководство по организации работы системы контроля качества предоставления услуг.
- Годовой план работы учреждения в области качества.
- График перекрестных проверок.
- Список вопросов для проведения проверок.
- Перечень выявленных недостатков.
- Годовой анализ работы учреждения в области качества предоставления услуг.
- Контроль качества

Выработаны критерии оценки результативности деятельности и качества работы специалистов по направлениям деятельности, разработаны показатели и критерии оценки. Но я думаю, что все присутствующие здесь коллеги знают, что это такое, и внедрение системы качества у всех практически одинаково. Вместе с тем внедрение системы качества связано с радикальной перестройкой прежней системы руководства и деятельности персонала. Это не всегда находит понимание у сотрудников учреждения, поэтому требуется проведение огромной разъяснительной, обучающей работы, формирование профессиональной мотивации, налаживание системы поощрения за качество работы. Мы регулярно проводим социологические опросы путем анкетирования клиентов Учреждения по удовлетворенности предоставленными услугами, опрошено за 2010 год 374 клиента, оценивают работу центра хорошо – 72% , отлично – 28 %. Не удовлетворенных услугами нет, заведена книга жалоб и предложений- жалобы отсутствуют. Цели и ожидания клиентов при обслуживании: сохранить здоровье, разные вопросы, психологическая разгрузка, разобраться в себе и начать новую жизнь, помочь в воспитании детей, консультации психолога, интересно провести отдых с ребенком, общение с интересными людьми, реализация ИПР, подготовка ребенка к школе. Что препятствует доступности социальных услуг – тесное помещение, малая численность сотрудников, рабочее время специалистов совпадает с рабочим временем клиентов, у других клиентов препятствий нет.

Предложения клиентов – больше информировать об услугах центра, расширить помещение и взять на работу - логопеда, инструктора ЛФК, невропатолога, предоставить более просторный кабинет для тренажерного зала, большой зал для сетевых встреч,

проводить больше разных мероприятий для детей и больше занятий, пригласить валеолога для работы с населением, организовать творческий кружок для взрослых.

Сегодня мы отчетливо осознаем, что внедрение стандартов в учреждении обеспечивает рост качества предоставления услуг социально незащищенным категориям граждан именно за счет повышения качества и доступности государственных услуг.

На сегодняшний день отчетливо виден рост показателей уровня удовлетворенности клиентов, пользующихся социальными услугами. Зафиксировано увеличение результативности работы учреждений по «традиционным» для системы социального обслуживания показателям объема обслуживания (количество клиентов, количество услуг) и расширения спектра предоставляемых услуг, улучшение значений показателей качества, результативности и эффективности обслуживания клиентов.

И все-таки, в результате тесного взаимодействия Министерства труда и социального развития Республики Алтай, администрации МО «Усть-Коксинский район и Управлением Росздравнадзора, в последнее время наблюдаются положительные сдвиги, проведена большая работа по устранению недостатков, указанных в предписаниях. Главная причина нерешенных проблем - это недостаток финансовых средств.

ФАРМАКОНАДЗОР КАК ВАЖНЕЙШАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОНТРОЛЯ ЗА ОБРАЩЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

В.А. Трешутин, И.В. Москвитина

Управление Росздравнадзора по Алтайскому краю

Одним из приоритетных направлений работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития является осуществление мониторинга качества, эффективности и безопасности находящихся в обращении лекарственных препаратов (ЛП) и фармаконадзор.

Целью фармаконадзора является: выявление новых неблагоприятных побочных (НПР) реакций ЛП; сбор и анализ информации о частоте возникновения, особенностях развития, течения и лечения НПР; внесение изменений в действующие инструкции по медицинскому применению ЛП; предупреждение рисков, связанных с применением ЛП.

Важным аспектом организации фармаконадзора является контрольно-надзорная деятельность Управления Росздравнадзора по Алтайскому краю. За 2010 год специалистами Управления Росздравнадзора по Алтайскому краю были проведены 84 проверки лечебно-профилактических и социальных учреждений края по вопросам фармаконадзора, эффективности, безопасности и порядка использования лекарственных средств, из них: 59 – плановых (70,2%) в рамках контроля оказания гражданам государственной социальной

помощи в виде предоставления социальных услуг и качества оказания медицинской помощи, 3 – внеплановых с целью проверки информации по факту причинения вреда жизни и здоровью граждан (3,6%), 22 – внеплановых с целью контроля устранения выявленных ранее нарушений (26,2%).

По результатам 62 контрольно-надзорных мероприятий (59 плановых и 3 внеплановых с целью проверки информации по факту причинения вреда жизни и здоровью граждан) руководителям учреждений выдано 33 предписания об устранении выявленных нарушений (53%).

По результатам 22 внеплановых проверок с целью контроля устранения выявленных ранее нарушений в 18 ЛПУ отмечено выполнение предписаний в полном объеме, руководителям 4 учреждений повторно выданы предписания об устранении выявленных нарушений. Информация о невыполнении в установленный срок предписаний направлена в прокуратуру для составления протоколов об административных правонарушениях по ч. 1 ст. 19.5. КоАП РФ.

Совместная работа с Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности по организации системы фармаконадзора обеспечила в 2010 году существенное (на 32%) увеличение количества лечебно-профилактических учреждений края, участвующих в мониторинге безопасности лекарственных средств. По состоянию на 31.12.2010 в крае работало 173 учреждения, что составляет 46% от всех ЛПУ края.

Динамика количества зарегистрированных НПР и работающих в системе фармаконадзора ЛПУ за 2009-2010гг. представлены на рисунке 1.

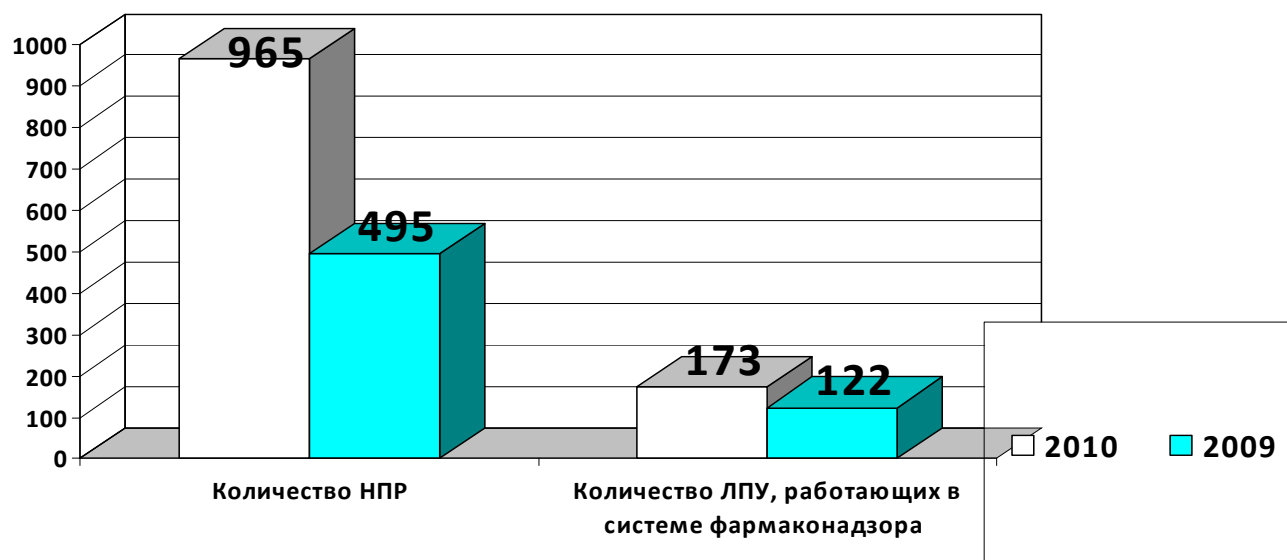


Рис. 1. Количество сообщений о НПР и работающих ЛПУ

За 2010 год в Алтайском крае зарегистрировано 965 первичных сообщений о неблагоприятных побочных реакциях (НПР) ЛП, что на 49% больше, чем за 2009 год (495).

На представленном рисунке 1 видно, что количество ЛПУ, участвующих в мониторинге безопасности лекарственных средств возросло в 1,4 раза (со 122 до 173), тогда, как количество НПР – в 1,95 раза. Опережающий рост НПР по отношению к росту числа включившихся в мониторинг ЛПУ свидетельствует о повышении организационных мероприятий, направленных на полноту и качество проводимого мониторинга.

Таким образом, увеличение количества сообщений о НПР ЛП связано с налаживанием медицинскими учреждениями должной организации в части мониторинга безопасности ЛП и расширением перечня ЛПУ, участвующих в этом мониторинге.

Из общего числа поступивших извещений (965):

- 940 сообщений о НПР ЛП, из них – 180 о серьезных НПР;
- 12 - о случаях неэффективности ЛП;
- 8 - о значительном превышении разовой дозы препарата;
- 5 - о сомнении в качестве препарата.

При сомнении в качестве ЛП, в том числе в случаях их клинической неэффективности проводилась экспертиза качества указанных в извещениях серий ЛП в испытательной лаборатории ГКУЗ «АЦККСЛС», а также образцы проб некоторых ЛП направлялись в ФГУ «НЦЭСМП» Росздравнадзора. Результаты всех проведенных экспертиз показали соответствие ЛП необходимым требованиям.

Количество ЛП, вызвавших НПР, составило 1056 из 40 фармакологических групп, что на 48% больше, чем в 2009 году (545).

Наибольшее количество НПР зарегистрировано на antimicrobные ЛП – 268 (25,4%); вакцины – 114 (10,8%) и сердечно-сосудистые средства – 112 (10,6%).

При применении antimicrobных препаратов в основном отмечались аллергические реакции на гликопептиды, цефалоспорины, ингибиторзащищенные пенициллины.

Зарегистрировано более 100 случаев повышения температуры тела до 39-40°C после введения вакцин.

При применении сердечно-сосудистых препаратов в большей степени отмечались нарушения в работе сердечно-сосудистой (гипотония, тахикардия, брадикардия) и дыхательной (кашель, одышка) систем организма.

Структура остальных ЛП представлена следующим образом:

антипсихотические ЛП – 78 (7,4%), нестероидные противовоспалительные средства и ненеркотические анальгетики – 75 (7,1%), противоопухолевые средства – 71 (6,7%), противотуберкулезные препараты – 70 (6,6%), витаминные препараты – 27 (2,6%),

анти тромботические препараты – 25 (2,4%), плазмозамещающие средства – 25 (2,4%), метаболитические средства – 24 (2,3%). В совокупности эти основные 11 групп в структуре НПР составили 84%.

Кроме того, неблагоприятные реакции зарегистрированы на рентгеноконтрастные средства (1,8%), противовирусные препараты (1,5%), ноотропные препараты (1,4%), миорелаксанты, противорвотные средства (0,9% в каждой группе), гормональные, бронхолитические средства (0,8% в каждой группе), средства для наркоза, цитостатики, средства, влияющие на электролитный обмен (0,7% в каждой группе) и др.

По клиническим проявлениям зарегистрировано 1193 случая патологических проявлений со стороны органов и систем, что на 58% больше, чем в 2009 году (494).

Структура НПР на лекарственные средства по характеру патологических проявлений со стороны органов и систем представлена в таблице 1.

Таблица 1

Структура НПР на лекарственные средства по характеру патологических проявлений со стороны органов и систем

	Поражение органов и систем	Кол-во НПР за 2010 г.	Кол-во НПР за 2009 г.
1	Дерматологические реакции, поражение слизистых, отёк Квинке	383 (32,1%)	202 (40,9%)
2	Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта	229 (19,2%)	99 (20%)
3	Неврологические изменения	191 (16%)	74 (15%)
4	Лихорадка	132 (11,1%)	15 (3%)
5	Нарушения в работе сердечно-сосудистой системы	85 (7,1%)	23 (4,7%)
6	Нарушения со стороны органов дыхания	59 (4,9%)	32 (6,5%)
7	Гематологические изменения	34 (2,8%)	9 (1,8%)
8	Нарушение функции печени	21 (1,8%)	13 (2,6%)
9	Анафилактический шок	18 (1,5%)	8 (1,6%)
10	Костно-мышечные нарушения	15 (1,3%)	5 (1%)
11	Периферические отеки	10 (0,8%)	5 (1%)
12	Ототоксичность, снижение слуха	7 (0,6%)	-
13	Нарушение работы мочевыделительной системы, функции почек	4 (0,3%)	3 (0,6%)
14	Кандидозы	3 (0,3%)	-
15	Пороки развития плода	2 (0,2%)	-
16	Эндокринные нарушения	-	5 (1%)
17	Электролитные нарушения	-	1 (0,2%)
	ИТОГО:	1193 (100%)	494 (100%)

Из зарегистрированных в течение 2009 – 2010гг. НПР лекарственных средств наиболее часто отмечались:

- аллергические реакции с поражением кожи и слизистых оболочек (крапивница, гиперемия, отёк, зуд) – 32,1%;
- изменения со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, эрозивно-язвенные поражения, диарея) – 19,2%;
- неврологические нарушения (головная боль, головокружение, бессонница, угнетение ЦНС, возбуждение, судорожный синдром) – 16%.

Зарегистрировано значительное число сообщений о развитии неблагоприятного побочного действия лекарственных препаратов с высоким уровнем достоверности причинно-следственной связи «НПР-лекарство»: 328 – в 2010 году и 292 в 2009 году (табл. 2).

Таблица 2

Степени достоверности взаимосвязи «НПР - лекарственный препарат»

	Критерии достоверности причинно-следственной связи	Кол-во НПР за 2010 г.	Кол-во НПР за 2009 г.
1	Возможная	579 (61,6%)	173 (36%)
2	Вероятная	328 (34,9%)	292 (60,7%)
3	Сомнительная	24 (2,16%)	2 (0,4%)
4	Определенная	9 (1%)	14 (2,9%)
	ИТОГО:	940 (100%)	494 (100%)

В течение 2010 года в Алтайском крае зарегистрировано **180 серьезных нежелательных побочных реакций** ЛП, в том числе: у детей – 121 (67,2%), женщин – 39 (21,7), мужчин – 20 (11,1%), что значительно превышает показатели прошлого года: 56 серьезных НПР лекарственных средств, из них: у детей – 3, женщин – 31, мужчин – 22.

Структура зарегистрированных в 2010 году серьезных НПР по степени тяжести выглядит следующим образом

1. приведшие к летальному исходу – 1,6% (3 НПР, в том числе 1 у плода);
2. жизнеугрожающие, послужившие причиной госпитализации – 14,3% (26 НПР);
3. жизнеугрожающие, возникшие в стационаре – 9,3% (17 НПР);
4. жизнеугрожающие без госпитализации – 57,1% (104 НПР);
5. вызвавшие продление сроков госпитализации – 5,5% (10 НПР);
6. нежизнеугрожающие, послужившие причиной госпитализации – 11,1% (20 НПР);
7. врожденные аномалии и пороки развития плода – 1,1% (2 НПР).

Исходом серьезных НПР в трех случаях явилась смерть 2 пациенток и 1 плода (1,7%), в двух случаях – врожденные аномалии и пороки развития плода (1,1%), в 175 случаях – выздоровление без последствий (97,2%).

Всего в 2010 году зарегистрировано 187 ЛП, вызвавших серьезные НПР, что на 66% больше, чем в 2009 году (64).

Структура ЛП, вызвавших серьезные НПР в 2010 году, по фармакологическим группам была представлена следующим образом: вакцины – 67,2%; нестероидные противовоспалительные средства, жаропонижающие, анальгетики – 12,8%; антитромботические средства – 4,8%; метаболические средства – 4,3%; антимикробные препараты, плазмозамещающие средства – по 3,7%; витаминные препараты – 2,1%; сердечно-сосудистые, антигистаминные препараты, средства для наркоза – по 1,6%.

В совокупности эти фармакологические группы ЛП в структуре серьезных НПР составили 94%.

Из 187 подозреваемых в серьезных НПР ЛП, – 60% наименований ЛП отечественного производства и 40% наименований импортного производства.

На фоне серьезных НПР в 2010 году зарегистрировано 225 случаев патологических проявлений со стороны органов и систем (на 155 случаев больше, чем в 2009 году), из них:

1. лихорадка – 49,3% (111 случаев);
2. нарушения в работе сердечно-сосудистой системы – 9,3% (21 случай);
3. изменения со стороны желудочно-кишечного тракта – 9,3% (21 случай);
4. неврологические изменения – 5,8% (13 случаев);
5. дерматологические реакции – 5,3% (12 случаев);
6. **анафилактический шок** – 5,3% (12 случаев);
7. гематологические изменения – 4% (9 случаев);
8. нарушения со стороны органов дыхания – 3,1% (7 случаев);
9. костно-мышечные нарушения – 2,7% (6 случаев);
10. поражение почек – 1,8% (4 случая);
11. внутриутробная гипоксия плода – 1,8% (4 случая);
12. поражение печени – 1,3% (3 случая);
13. пороки развития плода – 0,9% (2 случая).

Таким образом, совместная системная направленная работа (организационные мероприятия со стороны Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, контрольно-надзорные мероприятия ТУ Росздравнадзора по Алтайскому краю) обеспечила расширение поля участников мониторинга, а также повысила его эффективность.

За прошедшие 2 года Алтайский край устойчиво занимает 2 место в Российской Федерации, уступает лишь г. Москве и Московской области по показателям мониторинга (рис. 2). Вместе с тем, остаются нерешенными еще ряд серьезных вопросов, требующих решения в предстоящем году. Так, не организована регистрация случаев рождения детей с пороками развития, не проводится мониторинг безопасности лекарственных препаратов в

исправительных учреждениях Управления Федеральной службы исполнения наказаний по Алтайскому краю, а также образовательных, социальных и аптечных учреждениях края.

С целью оптимизации дальнейшей работы по фармаконадзору в Алтайском крае важнейшими задачами 2011 года являются:

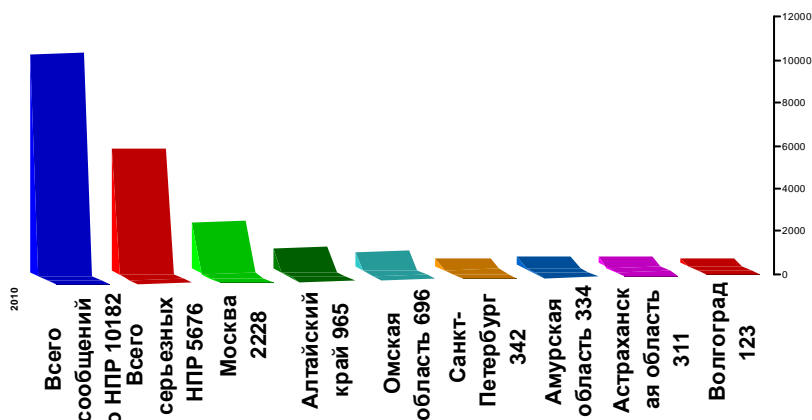


Рис. 2. Количество сообщений о НПР за 2010 год

- организация предоставления в Росздравнадзор информации о неблагоприятных исходах беременности при назначении лекарственных средств беременным женщинам, в том числе о случаях рождения детей с пороками развития и прерывания беременности при выявлении пороков развития плода с указанием всех лекарственных средств, применяемых во время беременности;
- организация предоставления в Росздравнадзор информации о НПР лекарственных препаратов из исправительных учреждений Управления Федеральной службы исполнения наказаний по Алтайскому краю, а также образовательных, социальных и аптечных учреждений края;
- организация работы по фармаконадзору во всех ЛПУ края; увеличение числа участников системы фармаконадзора до 100%.

В конечном итоге, всё это в значительной мере обеспечит безопасность применения и использования ЛП в Алтайском крае.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА, КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

В.А. Трешутин, А.В. Кривоус

Управления Росздравнадзора по Алтайскому краю, Барнаул

В целях повышения эффективности проводимых контрольно-надзорных мероприятий и систематизации работы в области государственного контроля качества лекарственных средств (ЛС), нами разработана (на основе конфигурации программы «1С:Предприятие») и с января 2008 г. внедрена в действие компьютерная программа (далее Программа), база которой позволяет иметь все необходимые сведения об обращении ЛС в регионе, формировать отчетные данные в документальной форме в минимальные временные сроки при минимальных трудовых затратах.

Принимая во внимание, что при лечении практически всех заболеваний 95% всех врачебных назначений составляет лекарственная терапия, обеспечение населения качественными, эффективными и безопасными ЛС является чрезвычайно актуальной проблемой.

Основными нормативными правовыми актами, в которых нашли отражение права граждан на обеспечение качественными и доступными ЛС, являются в первую очередь:

1. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1);
2. Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее - Закон 61-ФЗ) (до 01.09.2010 - Федеральный [закон](#) от 22.06.1998 № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» (Закон 86-ФЗ).

Государственный контроль при обращении ЛС включает в себя контроль за доклиническими исследованиями ЛС, клиническими исследованиями лекарственных препаратов (ЛП), качеством, производством ЛС, изготовлением ЛП, хранением, перевозкой, ввозом на территорию Российской Федерации, рекламой, отпуском, реализацией, уничтожением ЛС, применением ЛП.

Обращение ЛС - разработка, доклинические исследования, клинические исследования, экспертиза, государственная регистрация, стандартизация и контроль качества, производство, изготовление, хранение, перевозка, ввоз на территорию РФ, вывоз с территории РФ, реклама, отпуск, реализация, передача, применение, уничтожение ЛС.

Одним из приоритетных направлений работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития является осуществление государственного контроля качества, эффективности и безопасности ЛС, находящихся в гражданском обороте.

Основными задачами государственного контроля качества ЛС (ГККЛС) являются:

- препятствие поступлению в обращение недоброкачественных ЛС;
- выявление и изъятие из обращения недоброкачественных и фальсифицированных ЛС.

В соответствии с Положением, утвержденным приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 205, за Управлениями Росздравнадзора в субъектах Российской Федерации, в т.ч., закреплены полномочия по осуществлению государственного контроля качества ЛС, который включает:

- осуществление мероприятий по выявлению и предотвращению попадания в обращение недоброкачественных и фальсифицированных ЛС;
- организацию проведения экспертизы качества ЛС;
- в установленном порядке проверку деятельности организаций здравоохранения, аптечных учреждений, организаций оптовой торговли ЛС, организаций, осуществляющих социальную защиту населения, других организаций и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения и социальной защиты населения.

Мероприятия по выявлению и предотвращению попадания в обращение недоброкачественных и фальсифицированных ЛС и организация проведения экспертизы качества ЛС, проводились в соответствии с приказом Росздравнадзора от 08.02.2006 № 255-Пр/06, порядком, предусмотренным письмами Росздравнадзора от: 08.02.2006 № 01И-92/06, 05.04.2007 №01И-271/07, 29.02.2008 №01И-78/08, от 04.09.2009 №01И-569/09 «О государственном контроле медицинской продукции», с ежемесячным представлением сведений о проведенных мероприятиях в Росздравнадзор.

Информационные письма Росздравнадзора об изъятии из обращения недоброкачественных и фальсифицированных ЛС, а также письма о приостановлении обращения ЛС на территории РФ, в соответствии с требованиями действующего законодательства (п.п. 5.1.1.; 5.1.1.2. постановления Правительства РФ от 30.06.2004 №323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»; приложение №6 к приказу МЗСР РФ от 30.10.2006 № 734 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по

организации проведения экспертизы качества, эффективности и безопасности ЛС»), размещаются на официальном Интернет-сайте Росздравнадзора [/www.roszdravnadzor.ru/](http://www.roszdravnadzor.ru/). Данная информация является самой оперативной. С момента публикации письма об изъятии ЛС на сайте Росздравнадзора, обращение такого ЛС, является нарушением ст. 57 «О запрещение продажи фальсифицированных ЛС, недоброкачественных ЛС, контрафактных ЛС» Закона №61-ФЗ.

В 2010г. в 788 письмах Росздравнадзора об изъятии недоброкачественных ЛС на территории РФ, содержалась информация о 2816 (100%) недоброкачественных сериях ЛС, что на 15,6% больше показателя аналогичного периода 2009 года (444 письма об изъятии 2 376 серий ЛС).

Информация о ЛС, подлежащих изъятию по письмам Росздравнадзора, ТУ Росздравнадзора регулярно:

- размещалась на официальном Интернет-сайте Управления: [\(http://22.reg.roszdravnadzor.ru/\)](http://22.reg.roszdravnadzor.ru/);

- доводилась до сведения Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности;

- публиковалась на страницах краевого печатного издания «Мы и здоровье»-«Фармацевтический вестник Алтай».

В целях оптимизации использования имеющихся ресурсов при исполнении контрольно - надзорных полномочий в области государственного контроля качества ЛС в 2007 году в ТУ Росздравнадзора была разработана компьютерная программа (Программное обеспечение по исполнению контрольно-надзорных полномочий, мониторингу мероприятий в области государственного контроля качества ЛС на уровне субъекта Российской Федерации» (далее Программа), которая с января 2008 года внедрена в действие.

Суть Программы состоит в том, что в неё вводятся данные, предусмотренные постановлением Правительства РФ от 19.01.1998 №55, представляемые (в электронном виде) организациями оптовой торговли ЛС: наименование ЛС, серия, производитель, номер сертификата соответствия, срок его действия, орган, выдавший сертификат, или регистрационный номер декларации о соответствии, срок ее действия, наименование

производителя или поставщика (продавца), принявшего декларацию и орган, её зарегистрировавший.

В Программу также заносятся сведения из писем Росздравнадзора (РЗН), содержащих информацию об изъятии из обращения ЛС (наименование ЛС, серия, производитель, организация забраковавшая ЛС, причина брака, дата и номер письма РЗН).

Так, идёт ежедневное накопление базы данных, которая в оперативном режиме позволяет выявлять серии ЛС, ранее поступившие в край, но позже забракованные другими аккредитованными лабораториями, либо серии ЛС, которые подлежат изъятию из обращения по отличительным признакам оригинального препарата от фальсифицированного, сведения о которых опубликованы во вновь вышедших письмах РЗН. Уведомления о выявленных сериях ЛС, в форме выходных данных Программы в оперативном порядке направляются в оптовые структуры для принятия мер, предусмотренных действующим законодательством.

Ежемесячно до 3 числа следующего за отчётным месяца, субъекты обращения ЛС информируют ТУ Росздравнадзора о проведённых мероприятиях по каждому письму РЗН об изъятии недоброкачественных, фальсифицированных ЛС, ЛС, подлинность которых вызвала сомнение, либо о другой проведённой работе, связанной с приостановлением обращения ЛС.

В 2010 г. ТУ Росздравнадзора проведён мониторинг качества 202 125 серий ЛС, поступивших в край, а также серий ЛС, уже имевших обращение на территории края в 2008 - 2009 гг. (364 648 серий ЛС).

По результатам мониторинга, за отчётный период выявлено 3 255 серий ЛС, подлежащих изъятию по письмам Росздравнадзора, что составило 0,6% от общего количества серий, поступивших в край за отчётный период (в 2009 г., было выявлено 2 270 недоброкачественных серий ЛС (0,6% от общего количества поступивших серий)).

В 2010г. в Управление поступила информация о проведённых мероприятиях по изъятию недоброкачественных ЛС по письмам Росздравнадзора от 167 организаций:

- 116 организаций, имеющих лицензию на медицинскую деятельность (из них 21 медицинская организация выявила 70 серий недоброкачественных ЛС, которые были возвращены поставщикам);

- 32 аптечных организаций (из них 19 - выявили 396 серий недоброкачественных ЛС, которые были возвращены поставщикам);

- 19 оптовых организаций, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность о выявлении 2 185 серий ЛС.

Анализ ответов поставщиков ЛС о выявленном браке ЛС показал, что 1 067 серий ЛС (48,8%) на момент публикации писем Росздравнадзора, уже было реализовано; 600 серий (27,5%) - перемещено в карантинную зону; 232 серии ЛС (10,6%) - возвращено поставщику; 171 серия ЛС (7,8%) (после проведённого анализа в испытательной лаборатории), получили разрешение ТУ Росздравнадзора, 54 сериям (2,5%) – отказано в обращении на территории края; 61 серия ЛС (2,8%) была уничтожена.

Удельный вес проверок в рамках ГККЛС в 2010 г. были распределён так, что ими были охвачены не только розничный сектор, а также госпитальный сектор, социальные, образовательные, вневедомственные учреждения края. Общее количество таких проверок в крае по сравнению с 2009г. увеличилось на 27%. Доля организаций, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, составила 50-52% (аналогично запланировано на 2011г.).

По результатам проведённых проверок ТУ Росздравнадзора в рамках ГККЛС в розничном, госпитальном секторах, в социальных учреждениях края, были выявлены нарушения ст. 57, 58, 59 Закона 61-ФЗ (до 01.09.2010 ст. 31 Закона 86-ФЗ) о запрещении продажи ЛС, пришедших в негодность, ЛС с истекшим сроком годности, нарушения правил хранения ЛС. Было выявлено:

- 29 недоброкачественных серий ЛС (на 66% меньше показателя 2009г. – 86 серий), подлежащих изъятию из обращения по письмам Росздравнадзора (в т.ч., 22 серии (76%) выявлено в аптечных организациях, 7 (24%) - в организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность);

- 109 серий ЛС с истекшими сроками годности (на 69% больше показателя 2009г. – 34 серии), которые на момент проверок находились в процессе реализации и использования (из них: 46% (50 серий) выявлено в ЛПУ; 22% (24серии) - в санаторно – курортных учреждениях; 14,5% (16 серий) - в социальных учреждениях, 14,5% (16 серий) в медицинских подразделениях Федеральных учреждений исполнения наказаний; 3% (3серии) - в аптечных организациях края).

- 26 серий ЛС с истекшим сроком годности уничтожены (в нарушение требований Закона 61-ФЗ, постановления Правительства РФ от 03.09.10 № 674 «Об утверждении правил уничтожения недоброкачественных ЛС, фальсифицированных ЛС и контрафактных ЛС»,

приказа МЗ РФ от 15.12.2002 № 382 «Об утверждении инструкции о порядке уничтожения ЛС») непосредственно: в 2 аптечных организациях (13 серий ЛС), в 3 ЛПУ (6 серий ЛС), в 1 социальном учреждении (6 серий ЛС), в 1 медицинском подразделении Федерального учреждения исполнения наказаний (1серия ЛС).

О выявленных нарушениях, для принятия соответствующих мер информировались: Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, Главалтайсоцзащита, районные прокуратуры Алтайского края и г. Барнаула (по месту нахождения объектов).

Очевидны результаты контроля в 2010г. за списанием и уничтожением недоброкачественных и фальсифицированных ЛС субъектами обращения ЛС края, начатой в 2009г. В сравнении с 2009г., на 93% больше заключено договоров на уничтожение и на 93% больше подтверждено фактов уничтожения ЛС (15 ЛПУ, 5 социальных учреждений, 23 аптечных организаций, 7 фармацевтических оптовых организаций края, 5 производителей края).

По имеющимся в ТУ Росздравнадзора сведениям, в 2010 году заключены договора на уничтожение ЛС 152 медицинскими и фармацевтическими организациями края с организациями, имеющими на это лицензию (подтверждено уничтожение по 55 договорам).

Важно отметить, что повышение эффективности проводимых контрольно - надзорных мероприятий в рамках государственного контроля качества ЛС в 2010г., в т.ч. было обеспечено разработанной сотрудниками ТУ Росздравнадзора вышеуказанной компьютерной Программой.

По состоянию на 31.12.2010 база данных Программы содержала сведения: о 566 733 сериях ЛС, поступивших в край от 30 поставщиков; уведомления о 6 982 недоброкачественных сериях ЛС, выявленных в результате обработки данных Программой у поставщиков по письмам Росздравнадзора и ответы на уведомления о браке этих серий; о 8 878 сериях ЛС, подлежащих изъятию на территории Российской Федерации по письмам Росздравнадзора (1 669 письма), опубликованным за период с 01.01.2007 по 31.12.2010; информацию о 547 сериях ЛС, по которым ТУ Росздравнадзора была организована экспертиза.

Так, в 2010 г., благодаря имеющейся Программе, ТУ Росздравнадзора проведён мониторинг качества 202 125 серий ЛС, поступивших в край в 2010 г., а также серий ЛС, уже

имевших обращение на территории края в 2008-2009 гг. (364 648 серий ЛС). В итоге, по результатам мониторинга, за отчётный период выявлено 3255 серий ЛС, подлежащих изъятию по письмам Росздравнадзора, что составило 0,6% от общего количества серий, поступивших в край за три года.

Количество же выявленных недоброкачественных серий в ходе 99 плановых проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей ТУ Росздравнадзора составило 29 серий ЛС, подлежащих изъятию из обращения (по письмам Росздравнадзора), что в 112 раз меньше показателя, выявленного компьютерной программой.

Таким образом, показатели выявленного брака Программой по письмам Росздравнадзора ставят перед ТУ Росздравнадзора задачу программно-целевого планирования по достижению 100% цели по выявлению субъектами обращения ЛС края ЛС, подлежащих изъятию по письмам Росздравнадзора.

Но при этом важно отметить, что это сравнение никаким образом не предполагает замену одного мероприятия другим, т.е., однозначно важны оба мероприятия. Преимущество применения Программы в том, что мы наглядно видим наличие некачественных серий ЛС в крае, выявляемых по письмам РЗН, стимулируя тем самым субъекты обращения ЛС не реализовывать и применять недоброкачественные ЛС, а проводить необходимые мероприятия и подавать сведения об их передвижении (уничтожении) в ТУ Росздравнадзора.

В 2010г. 6 ТУ Росздравнадзора по субъектам РФ (Республика Алтай, Камчатский край, Новосибирская обл., Ставропольский край, Хабаровский край, Забайкальский край) переняли опыт мониторинговых исследований нашего ТУ и внедрили у себя в субъектах применение вышеуказанной компьютерной программы.

За отчётный период 2010г., как и в 2009г. в крае не выявлено в обращении фактов фальсификации ЛС, подтверждённых протоколами экспертизы КГУЗ «Алтайский центр контроля качества и сертификации ЛС» (КГУЗ «АЦСККЛС»).

ВЫВОДЫ:

Таким образом, созданная Программа, позволяет наладить электронный учёт поступающих на территорию субъекта всех серий ЛС и серий ЛС, подлежащих изъятию или приостановлению обращения. Программа позволяет оперативно предоставлять информацию по каждому наименованию ЛС, серии ЛС, поставщику, производителю, причине брака (по

письмам РЗН), а также формировать отчёты и делать количественный, статистический анализ по имеющимся данным. При этом, в накопительном режиме идёт формирование базы и банка данных по каждому поставщику.

Управление, имея полномочия по запросу сведений, необходимых для принятия решений по вопросам, отнесенным к его компетенции, запрашивая у поставщиков ЛС необходимые сведения (в соответствии с постановлением Правительства РФ от 19.01.1998 №55) и используя данную Программу проводит следующие мероприятия:

1. В оперативном порядке выявляет находящиеся в обращении в регионе недоброкачественные ЛС и ведёт их учёт с целью изъятия из обращения, уничтожения, направления на повторный анализ в аккредитованную лабораторию, а по предоставленным результатам испытаний ЛС приостанавливает или разрешает реализацию партий ЛС.

2. При обращении граждан о сомнении в качестве ЛС, пользуясь базой данных, выявляет историю происхождения серии ЛС (поставщика, наличие декларации о соответствии, наличие информации в письмах РЗН и письмах Управления РЗН об изъятии искомой серии или разрешения её обращения на фармацевтическом рынке, принятые меры поставщиком по изъятию ЛС из обращения) и при необходимости направляет в экспертную организацию для проведения контроля качества.

3. При проведении проверок, в рамках государственного контроля качества ЛС, по изъятию из обращения ЛС по письмам Росздравнадзора, оперативно формирует сводную информацию по недоброкачественным сериям ЛС, сведения о которых ежедневно поступают через автоматизированную информационную систему «Росздравнадзор», что повышает эффективность проведения проверок оптовых и розничных структур.

4. Используя базу данных Программы, ежемесячно, или по требованию, предоставляет отчёты в РЗН по действующим приказам РЗН и заданиям, изложенных в письмах РЗН.

5. Взаимодействует с региональным центром мониторинга безопасности лекарств (при поступлении в Управление жалоб на неблагоприятное побочное действие лекарств).

Информация о ЛС, подлежащих изъятию по письмам Росздравнадзора размещается на официальном сайте Управления: (<http://22.reg.roszdravnadzor.ru/>), а также публикуется на страницах краевого печатного издания «Мы и здоровье»-«Фармацевтический вестник Алтая». В целях защиты здоровья жителей края и предупреждения фактов реализации

недоброкачественных ЛС на фармацевтическом рынке края, в этих средствах информации размещаются информационные письма Управления.

Применение Программы позволяет:

- В минимальные сроки формировать отчёты в Росздравнадзор и делать выборки для публикаций в специализированные печатные издания в форме таблиц, содержащих краткую информацию по письмам Росздравнадзора об изъятии ЛС.

- При запросах правоохранительных органов, обращении граждан о сомнении в качестве ЛС, оперативно выявлять искомую серию на фармацевтическом рынке региона со всей сопутствующей информацией (поставщик, письмо РЗН об изъятии ЛС, уведомление поставщику о браке серии, ответ поставщика на уведомление о принятых им мерах, разрешение реализации или необходимость изъятия из обращения после повторного анализа).

Используемая в работе компьютерная Программа, конфигурация которой имеет необходимые данные, оптимизирующие исполнение контрольно-надзорных мероприятий при осуществлении государственного контроля качества ЛС на подведомственной территории, с её базой данных позволяет осуществлять мониторинг и предоставлять сведения об обращении ЛС в регионе в документальной форме и в полном объёме в минимальные временные сроки при минимальных трудовых затратах.

С ЧЕГО НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ РАЗРАБОТКУ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.А. Финченко, А.И. Клевасов, О.И. Иванинский, И.В. Шарапов
ФГУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Минздравсоцразвития»

Ответ на этот вопрос достаточно прост, однако, к сожалению недостаточно очевиден для руководителей здравоохранения. А начинать нужно с системной инвентаризации и системного аудита регионального здравоохранения. При этом не должно быть забыто ни одно медицинское учреждение, причем начинать необходимо с самых мелких учреждений.

Инвентаризации как начального этапа формирования кадастра здравоохранения должны быть подвергнуты основные компоненты здравоохранения:

- медицинские кадры;

- материально-техническая база учреждений здравоохранения;
- медицинское оборудование.

Анализ кадров здравоохранения должен оценить, соответствует ли уровень подготовки работников, занятых в здравоохранении, современным требованиям (в особенности это касается руководителей здравоохранения всех уровней), соответствует ли номенклатура медицинских специальностей и количество медицинского персонала потребностям населения.

Анализ материально-технической базы учреждений здравоохранения должен оценить, соответствует ли уровень материально-технической базы учреждений здравоохранения современным требованиям (в особенности это касается учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь).

Анализ медико-технического обеспечения учреждений здравоохранения должен оценить, соответствует ли уровень и техническое состояние медицинского оборудования современным требованиям (в особенности это касается малоценного оборудования);

Далее должны быть оценены следующие параметры работы учреждений здравоохранения:

- качество оказываемой населению медицинской помощи;
 - организация работы учреждения (менеджмент);
 - организация лечебно-диагностического процесса;
 - объем медицинской помощи, оказываемой населению;
 - результаты (показатели) деятельности учреждений здравоохранения;
- перспективы развития учреждений здравоохранения.

Результатом аудита кадров, занятых в здравоохранении, материально-технической базы учреждений здравоохранения и медико-технического обеспечения должны стать региональные программы модернизации здравоохранения, а также подготовки медицинского персонала.

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ СИСТЕМЫ ЭКСПЕРТНЫХ ОЦЕНОК В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНИЕМ НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Е.А. Финченко, И.А. Цыцорина, А.И. Клевасов, О.И. Иванинский, И.В. Шарапов
ФГУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Минздравсоцразвития»

Основой информационного обеспечения управления здравоохранением являются медико-статистическая, медико-экономическая информация, данные социологических опросов населения и экспертные оценки. Многие научные и практические задачи организации

здравоохранения относятся к классу сложных неформализуемых проблем, анализ которых предпочтительнее, а порой единственно возможно проводить с применением методов экспертных оценок.

В последнее время большое внимание в управлении здравоохранением уделяется такому виду получения информации, как «экспертная оценка», в котором респондентами являются «специалисты по оценкам» (лица, которые компетентны высказать свое мнение по изучаемому вопросу). При том, что данные государственной медико-экономической статистики и социологических опросов играют важную роль в процессе принятия управленческих решений, не менее важно мнение специалистов. Это позволяет получить необходимые сведения от компетентных лиц и использовать эту информацию при принятии управленческих решений стратегического характера.

Для обоснования роли экспертных оценок в системе информационного обеспечения управления здравоохранением на территориальном уровне и основных направлений повышения их эффективности нами предлагается определить следующие аспекты:

- степень важности, объективности (достоверности) и информативности источников информации для принятия управленческих решений;
- приоритетность вопросов, касающихся экспертной оценки;
- основные направления экспертной оценки (эффективность использования ресурсов здравоохранения; результативность использования ресурсов здравоохранения; адекватность медицинской помощи);
- приоритетные виды экспертной оценки для управленческих решений (сравнительная информация; статистический анализ; прогнозирование).
- приоритетные виды экспертной прогностической информации (экономическая эффективность, медицинская эффективность);
- степень влияния экспертной информации на принятие управленческих решений (высокая, средняя, низкая);
- вероятность повышения степени влияния экспертной информации на принятие управленческих решений (высокая, средняя, низкая).

Основными направлениями экспертной оценки нами определены: состояние здоровья населения; доступность медицинской помощи; обеспеченность населения медицинской помощью; квалификация медицинского персонала; материально-техническая база учреждений здравоохранения; обеспечение учреждений здравоохранения медикаментами; обеспечение медицинским оборудованием; уровень и качество медицинской помощи; уровень организации медицинской помощи; медицинская эффективность деятельности

здравоохранения; стоимость медицинской помощи; экономическая эффективность деятельности здравоохранения.

Для определения основных направлений развития и интегральной оценки здравоохранения муниципальных образований нами предлагается оценивать состояние службы по следующим параметрам: уровень состояния здравоохранения; перспективы развития здравоохранения.

На основании экспертной оценки предлагается разрабатывать основные направления повышения эффективности информационного обеспечения управления здравоохранением на территориальном уровне по следующим параметрам: материально-техническая база; медицинское оборудование; медицинские кадры; объем выполняемой работы; результаты (показатели) деятельности; перспективы развития здравоохранения.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ РЕГИОНОВ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА: СОСТОЯНИЕ, НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

В.М.Чернышев, Л.П.Радченко

ФГУ «СОМЦ ФМБА России», Новосибирск

Реализация основных направлений приоритетного национального проекта «Здоровье» и демографической политики в нашей стране, привели к положительным сдвигам в укреплении материально-технической базы, прежде всего амбулаторно-поликлинической службы и к улучшению здоровья населения, т.е. получены хорошие результаты по основным его направлениям. Вместе с тем, все очевидней становится проблема обеспеченности практического здравоохранения медицинскими кадрами, в основном врачебными и, прежде всего, в сельской местности

Обеспеченность врачами в округе равна 44,6 на 10000 населения при среднем показателе по России - 44,1. В практическом здравоохранении этот показатель значительно меньше и составляет по округу 33,0. Более чем в два раза увеличилось количество врачей общей практики с 424 в 2005 до 942 в 2009 году.

Однако, среди причин, порождающих обоснованные жалобы граждан на недоступность и низкое качество медицинской помощи, ведущее место занимает отсутствие врачей, в первую очередь, в сельской местности.

Проведенный нами анализ показал, что наиболее общей и острой для большинства регионов округа является **постарение и дефицит врачебных кадров, который в целом в Сибирском федеральном округе (СФО) превышает треть от количества ставок в**

здравоохранении. Так, в некоторых субъектах Федерации в СФО, количество врачей в предпенсионном и пенсионном возрасте составляют более 30% от всех занятых в практическом здравоохранении, а лица младше 40 лет – не превышают 15%. Сегодня в части сельских районов регионов округа, по некоторым специальностям врачи работают вахтовым методом, в т.ч. и хирурги !!!

Этому способствовал ряд причин. Прежде всего, отказ от системы обязательной отработки выпускниками, обучавшихся за счет бюджета, в течение 3-х лет после окончания вуза по месту распределения (с учетом потребности в кадрах). Тысячи специалистов получают дипломы и лишь небольшая часть из них приходит в здравоохранение.

Следующая причина – это отсутствие **системы** профориентации среди учащихся школ. К сожалению, в большинстве учреждений, в т.ч. в сельской местности, она практически не организована.

Используемая сегодня контрактная система направления на учебу в медицинские вузы весьма формальна, а по этой причине недостаточно эффективна. В частности, возмещаемые расходы, в случае нарушения контракта, мизерные, по сравнению с реальными затратами на подготовку специалиста, составляют 60-80 тыс. рублей, которые, чаще всего муниципальные власти выплачивают в виде стипендий во время обучения, и которые родители готовы и способны выплатить.

Актуальным остается недостаточное внимание к нуждам молодых специалистов со стороны органов муниципальной власти (не предоставление жилья, мест в детских дошкольных учреждениях, подъемных, надбавок к заработной плате и др.).

Кадровая проблема, безусловно, решаемая, но требует действенных мер как со стороны государства, так и органов местного самоуправления.

Прежде всего, это организация полноценной системы профориентации в школах, начиная с 7-8 классов, которая бы предусматривала кружковую работу, создание специализированных классов и дополнительную подготовку по ключевым предметам учеников сельских школ.

Наиболее эффективным будет внедрение в стране кредитной системы подготовки кадров для здравоохранения, предусматривающей обязательную отработку в течение 3-4 лет по месту распределения для тех, кто получил высшее образование **за счет государства** (бесплатное обучение и стипендия). В этом нет никакого нарушения прав граждан, о котором говорят сторонники свободного распределения. Право выбора предоставляется человеку при поступлении в вуз, либо студенческие годы за счет государства, но с последующей отработкой по месту распределения, либо свобода после получения диплома, но за свой счет (за счет родителей).

Необходимо упорядочить и ужесточить контрактную систему направления на обучение. Включать в сумму, которая подлежит возврату в вуз и администрацию муниципального образования в случае отказа от отработки, всех расходов, связанных с подготовкой, а это сотни тысяч рублей.

Руководителям муниципальных образований следует изменить свое отношение к молодым специалистам, направленным к ним на работу, обеспечить им полный пакет социальных гарантий (квартиру (дом), «подъемные», надбавки к заработной плате и др.). Более того, на уровне государства нужно рассмотреть меры, заинтересовывающие специалистов в отработке определенного времени в сельской местности, на участках и других местах, где дефицит врачей наиболее ощутим. Например, отработавшие в селе более 10 лет, должны получать преимущества при устройстве на работу в городах, сертификаты на жилье в них, а тем, кто всю жизнь проработал в сельском здравоохранении, устанавливать повышенную пенсию и другие пожизненные льготы.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ АКУШЕРКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.С. Шальгина, Т.В. Комиссарова

Новосибирский государственный медицинский университет, Россия

В настоящее время важнейшей целью государственной политики в области здравоохранения является повышение демографического потенциала, улучшение состояния здоровья населения, обеспечение доступности и качества медицинской помощи гражданам России.

Особую актуальность при преодолении негативных демографических тенденций в стране приобретает служба родовспоможения. Повышение доступности и качества медицинской помощи женщинам и новорожденным детям является приоритетным направлением деятельности здравоохранения.

Охрана здоровья матерей и детей, репродуктивного здоровья населения РФ при сложившейся социально-демографической ситуации в последние годы становится одним из основных критериев эффективности здравоохранения. Вместе с тем, существующий потенциал службы охраны здоровья беременных женщин и новорожденных детей и организационные формы не обеспечивают высокий качественный уровень медицинской помощи беременным женщинам, особенно из группы высокого риска. Подтверждением

сложившегося положения служат относительно высокие (в 1,5—2 раза выше, чем в экономически развитых странах Европы и Северной Америки) показатели материнской и перинатальной смертности.

На территории Новосибирской области в 2008 году отмечался рост показателя материнской смертности и составил 39,2 на 100 тыс. родившихся живыми.

Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года предполагает решение задач по сокращению уровня материнской и младенческой смертности, укреплению репродуктивного здоровья населения.

Для выполнения задач по снижению уровня материнской смертности в Новосибирской области был проведен ряд организационных мер по ее снижению для качественного оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям.

На территории был утвержден план действий по снижению материнской смертности на 2009-2011 годы, во исполнение которого разработан ряд распорядительных документов, утверждающих региональные стандарты амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи по акушерству и гинекологии, индикаторные показатели работы акушерско-гинекологической службы на 2009-2011 годы. Разработаны единые протоколы ведения пациенток с неотложными состояниями по вопросам акушерских кровотечений, акушерско-гинекологического сепсиса, интенсивной терапии гестозов, преэклампсии и эклампсии, атипичных форм гестоза: HELLP – синдром и других.

Проведена реорганизация областного перинатального центра в составе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», на базе которого разработана и внедрена единая информационная система мониторинга за беременными, роженицами и родильницами угрожаемыми по материнской смертности, что позволило обеспечить комплексный подход в оказании медицинской помощи матерям и детям.

В структуре отделения экстренной и плановой консультативной помощи Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» организован отдел оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи, который оснащен реанимобилями для эвакуации детей и беременных женщин, угрожаемых по материнской

смертности из лечебно-профилактических учреждений районов области и города Новосибирска в областной и городской перинатальные центры.

Создан консультативно-экспертный совет - единый перинатальный консилиум, функциями которого являются не только решение вопросов о вынашивании или прерывании беременности по медицинским показаниям, но и вопросы медицинской генетики, лабораторной диагностики у беременных и другое.

По рекомендации департамента здравоохранения Новосибирской области во всех районах области главами администраций разработаны и утверждены программы по охране здоровья женщин и детей, созданы комиссии по снижению и профилактике материнской и младенческой смертности.

В рамках программы постдипломной подготовки врачей в областном перинатальном центре обучено более 180 врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов и акушерок из центральных районных больниц Новосибирской области.

По результатам проводимой работы отмечена тенденция к снижению показателя материнской смертности, который в 2010 году составил 28,9 на 100 тысяч живорожденных.

Таким образом, предложенные подходы к организации акушерской помощи позволили улучшить качество оказания медицинской помощи на территории Новосибирской области.

АНАЛИЗ РАБОТЫ, ПРОВОДИМОЙ УПРАВЛЕНИЕМ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО КРАСНОЯРСКОМУ КРАЮ ПО ИСПОЛНЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФУНКЦИИ ПО КОНТРОЛЮ ЗА ПРОИЗВОДСТВОМ, ОБОРОТОМ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ.

Е.Н. Шерстнева

Управления Росздравнадзора по Красноярскому краю

Мероприятия, проводимые в рамках осуществления контроля за производством, оборотом и использованием изделий медицинского назначения.

1. Получение и анализ сведений о деятельности организаций, осуществляющих производство, оборот или использование изделий медицинского назначения.

2. Осуществление мероприятий по контролю за деятельностью организаций, осуществляющих производство, оборот или использование изделий медицинского назначения.

3. Работа с письмами Росздравнадзора по изъятию из обращения незарегистрированных изделий медицинского назначения.

4. Дополнительно проводимые мероприятия по предотвращению попадания в оборот незарегистрированных ИМН.

Учреждения (организации) здравоохранения, осуществляющие в Красноярском крае реализацию и использование изделий медицинского назначения.

Реализацию осуществляют около 1500 аптечных организаций и складов: 590 аптек, 600 аптечных пунктов, 250 аптечных киосков, 2 аптечных магазина, 26 предприятий оптовой торговли.

Использование изделий медицинского назначения осуществляют: 3255 лечебно-профилактических учреждений, 105 учреждений социальной защиты.

Источники получения сведений о деятельности организаций, осуществляющих производство, оборот или использование изделий медицинского назначения:

1. Федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный на осуществление государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

2. Лицензирующий орган субъекта Российской Федерации.

3. Аптечные учреждения.

4. Лечебные учреждения.

5. Красноярский филиал ФГУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения».

Мероприятия, проводимые по контролю за деятельностью организаций, осуществляющих производство, оборот или использование изделий медицинского назначения.

Обязательными требованиями, выполнение которых подлежат проверке, являются:

1) наличие государственной регистрации на производимые, реализуемые, используемые по назначению изделия медицинского назначения;

2) наличие у организаций, осуществляющих производство или ремонт медицинской техники, лицензий на этот вид деятельности;

3) наличие у организаций, осуществляющих использование изделий медицинского назначения, лицензий на осуществление медицинской деятельности;

4) соблюдение требований к качеству изделий медицинского назначения и условиям их хранения;

5) соблюдение положений статьи 24 Федерального закона от 13.03.2006 N 38-ФЗ "О рекламе", касающихся рекламы изделий медицинского назначения.

Мероприятия, проведенные в рамках осуществления государственного контроля производства, оборота и использования изделий медицинского назначения управлением Росздравнадзора по Красноярскому краю.

Таблица 1.

Проверки, проведенные в рамках осуществления государственного контроля производства, оборота и использования изделий медицинского назначения

Годы	Г	Общее кол-во проверок	Количество плановых проверок	Количество внеплановых проверок
008	2	199	176	23 (по обращениям граждан)
009	2	79	63	16 (по контролю за исполнением предписаний и по обращениям граждан)

010	2	101	73	28 (по контролю за исполнением предписаний)
-----	---	-----	----	---

Таблица 2.

Сведения о структуре проверяемых предприятий и учреждений

	2008 год	2009 год	2010 год
Общее количество проверок	199	79	101
% ЛПУ от общего количества проверок	0	28%	46%
% аптечных учреждений от общего количества проверок	99%	65%	41%
% предприятий оптовой торговли от общего количества проверок	1%	7%	6%
% магазинов оптики от общего количества проверок	0	0	2%
% учреждений социальной защиты от общего количества проверок	0	0	5%

Таблица 3.

Результаты проведенных мероприятий по контролю за производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения

Проверки	20 08 год	2009 год	201 0 год
Количество проверок, при которых выявлены нарушения (% от общего количества проверок)	14 1 (71%)	53 (67%)	38 (38%)

Основные нарушения выявленные при проверках:

Таблица 4.

Отсутствие государственной регистрации на реализуемые ИМН

	2 008 год	2 009 год	2 010 год
Количество наименований ИМН, не прошедших государственную регистрацию, выявленных при проверках	12	8	7

2. Реализация ИМН с нарушением п. 72 Постановления Правительства РФ от 19.01.1998 № 55 «Об утверждении правил продажи отдельных видов товаров...».

3. Реализация и использование ИМН с истекшим сроком годности.

4. Нарушение аптечными учреждениями условий хранения ИМН, установленные Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 1996 г. N 377 «Об утверждении инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения».

Таблица 5.

Работа с письмами Росздравнадзора.

Наименования	2008 год	2009 год	2010 год
Количество наименований ИМН, не прошедших государственную регистрацию, которые должны быть изъяты из обращения по письмам Росздравнадзора	17 наименований (выявлены в 82 организациях и учреждениях)	18 наименований (выявлены в 25 организациях и учреждениях)	31 наименование (выявлены в 23 организациях и учреждениях)

Дополнительно проводимые мероприятия по предотвращению попадания в оборот незарегистрированных ИМН.

1. Размещение статей, сообщений и интервью в СМИ.
2. Размещение информации на официальном сайте Управления Росздравнадзора по Красноярскому краю.
3. Консультации граждан (ответы на телефонные звонки, организация приемов и пр.) и специалистов, участников обращения ИМН.
4. Работа с Министерством здравоохранения Красноярского края, с депутатами Законодательного Собрания Красноярского края.
5. Консультации специалистов Агентства государственного заказа по вопросам качества поданных документов на участие в конкурсах на поставку в ЛПУ лекарственных средств и ИМН.
6. Ежемесячное информирование органов прокуратуры и правоохранительных органов о всех случаях нарушений, не относящихся к компетенции Федеральной службы Росздравнадзора, которые были установлены в ходе проведенных проверок.