



**ИННОВАЦИИ В ОБЩЕСТВЕННОМ
ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ:
ЭКОНОМИКА, МЕНЕДЖМЕНТ,
ПРАВО**

**30 ноября – 1 декабря
Новосибирск 2012**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ»
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ
СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ «СИБИРСКОЕ СОГЛАШЕНИЕ»

ИННОВАЦИИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЭКОНОМИКА, МЕНЕДЖМЕНТ, ПРАВО

**Материалы
Международного форума**

Под общей редакцией:
И.О. Маринкина, М.А. Садового

НОВОСИБИРСК
2012

УДК 614.2:33+34+35(063)

ББК 5

И66

Редакционная коллегия:

доц. *Т. А. Аверьянова* (Новосибирск), проф. *И.П. Артюхов* (Красноярск),
акад. РАМН, проф. *Л.И. Афтанас* (Новосибирск), проф. *А.А. Дубицкий*
(Казахстан), проф. *В.В. Захаренков* (Новокузнецк), проф. *А.В. Калинин*
(Новосибирск), акад. РАМН, проф. *А.М. Караськов* (Новосибирск), проф.
В.Б. Колядо (Барнаул), к.э.н., *О.В. Кравченко* (Новосибирск),
проф. *И.О. Маринкин* (Новосибирск), проф. *М.А. Садовой* (Новоси-
бирск), акад. РАМН, проф. *В.И. Стародубов* (Москва), проф. *С.М. Хлынин*
(Томск), проф. *Г.Н. Царик* (Кемерово), д.м.н. *В.М. Чернышев* (Новоси-
бирск), к.м.н. *Л.С. Шалыгина* (Новосибирск)

И66 **Иновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право:** Материалы Международного форума / под общей редакцией: И. О. Маринкина, М. А. Садового. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2012. — 404с.

ISBN 978-5-85979-280-1

В сборнике представлены материалы Международного форума, посвященного одной из актуальнейших проблем современного здравоохранения – инновационной деятельности в общественном здоровье и здравоохранении, в т.ч. в вопросах экономики, менеджмента и права. Они касаются как теоретического, так и практического аспектов нововведений, их обоснованности, влияния на функционирование отрасли в целом и отдельных учреждений здравоохранения, а так же рисков, связанных с инновациями.

В сборник включены работы из 6 регионов России: Алтайского и Красноярского краев, Иркутской, Кемеровской, Новосибирской, Томской областей, г. Санкт-Петербурга и Республики Казахстан.

Материалы предназначены для организаторов здравоохранения всех уровней, сотрудников медицинских НИИ и вузов.

Работы опубликованы в авторской редакции.

УДК 614.2:33+34+35(063)

ББК 5

ISBN 978-5-85979-280-1

© НГМУ, 2012



Дорогие коллеги!

На национальном съезде врачей Российской Федерации министр здравоохранения В. И Скворцова отметила, что масштабность предстоящей работы и сжатые сроки, в течение которых должны реализоваться важнейшие указы Президента России, требуют от всего медицинского сообщества сплочённости, высокого профессионализма, высокой степени отдачи.

Проведение Международного форума «Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право» посвящено вопросам организации эффективной медицинской помощи на основе активной инновационной деятельности, широкого внедрения современных медицинских и управленческих технологий. В материалах сборника обсуждаются пути выбора перспективной модели отечественного здравоохранения, предлагаются принципиально новые подходы дальнейшей модернизации отрасли, обосновывается необходимость новых политических и экономических мотиваций, новых методов и принципов подготовки медицинских и менеджерских кадров для здравоохранения.

Надеюсь, что участникам Международного форума удалось создать инновационную площадку для исследования трендов развития отечественного и международного здравоохранения, которая окажет существенное влияние на укрепление здоровья населения и совершенствования менеджерской, экономической и правовой практики в медицине.

От имени организационного комитета Форума желаю всем участникам здоровья, благополучия и творческих успехов.

*С уважением,
ректор НГМУ, председатель
органкомитет Форума, профессор*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'И. О. Маринкин'.

И. О. Маринкин

ИННОВАЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДОРОВЬЕ

А.Е.Агапитов, Э.А.Агапитов, Н. А. Фомина

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА ДОКЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

*Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования, Россия*

Резюме. По разработанной методике проведен комплексный мониторинг доклинических изменений функций основных органов и систем у детей начальных классов средних школ города Иркутска и Иркутской области. Результаты мониторинга создают основу для внедрения системы до-нозологической диспансеризации детского населения в профилактическую медицину региона. Реализация задач мониторинга предполагает активное участие родителей и школы в вопросах коррекции выявленных факторов риска основных неинфекционных заболеваний в рамках первичной медицинской профилактики.

A.E. Agapitov, E.A. Agapitov, N.A. Fomina

EXPERIENCE OF MONITORING PRE-CLINICAL CONDITIONS IN PUPILS OF IRKUTSK REGION

Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia

Abstract. In conformity with the developed methodology complex monitoring of pre-clinical changes was carried out at children of initial classes of secondary schools in Irkutsk and the Irkutsk region. The results of monitoring create a basis for system introduction of pre-clinical examination of children's population in preventive medicine of region. Realization of problems of Monitoring assumes active participation of parents and school in correction of the revealed risk factors of main non infectious diseases within the limits of primary medical preventive maintenance.

В рамках развития службы профилактической медицины Иркутской области, разработки её технологий, структуры и функциональных

элементов в последнее время внедряется ряд новых программ и медико-социальных проектов. Одним из таких проектов является разработка, внедрение в практику профилактической медицины региона и поэтапное проведение комплексного мониторинга доклинических показателей и характеристик функций основных органов и систем детей начальных классов средних школ города Иркутск и ряда других населенных пунктов Иркутской области.

Целью нашей работы являлось формирование базовых основ системы донозологической диспансеризации детского населения и разработки принципов функциональных элементов электронного паспорта здоровья населения всех возрастных групп на перспективу дальнейших исследований.

Наряду с ранней доклинической диагностикой дисфункциональных состояний в задачи мониторинга было включено изучение некоторых нозогенных факторов риска основных неинфекционных заболеваний биологической и социальной природы. Мониторинг предполагает активное участие родителей и школы в вопросах доклинической реабилитации, коррекции выявленных факторов риска (ФР) и в реализации рекомендованных мер.

Соглашение о проведении данного мониторинга заключено между ГБОУ «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования», Министерством здравоохранения Иркутской области, Министерством образования Иркутской области и ООО «Центр здоровьесберегающих технологий Сибфарм». Это обусловило возможность проведения Мониторинга в достаточно новом для регионального профилактического здравоохранения формате частно-государственного партнерства. Программа мониторинга и все его практические разделы по компетенции предварительно согласованы с органами государственного надзора в сфере образования по Иркутской области и находятся под их контролем, а также под контролем комиссии по здравоохранению общественной палаты Иркутской области. В работе соблюдались этические принципы, предьявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1964, 2000 ред.).

Министерство образования Иркутской области письмом предварительно утвердило перечень средне образовательных учреждений региона согласованных Министерством образования к участию в мониторинге.

На первом этапе Мониторинга медиками – участниками программы доклинической диагностики проводились встречи с частью родителей детей, разъяснены цели и задачи мониторинга, роль самих родителей в реализации задач проекта в пределах их возможностей. С октября 2011 года в регионе начата фактическая и системная работа по данному направлению. Следует особо подчеркнуть, что мониторинг дает возможность оценки его результативности в части выполнения рекомендаций по коррекции факторов риска у детей и динамического контроля изменения в состоянии здоровья детей под влиянием корригирующих и профилактических меропри-

ятий, а также мер доклинической реабилитации детей. Поэтому для участия в мониторинге привлечены только те дети, родители которых захотели получить индивидуальные рекомендации и предписания, предварительно подписав письменное осведомлённое согласие на участие их детей в мониторинге при условии неразглашения и сохранении конфиденциальности полученных результатов.

Вторым функциональным этапом мониторинга – являлся собственно процесс первичного сбора информации о состоянии органов и систем детей. Технологическим методом сбора информации для последующей оценки доклинического состояния здоровья детей и доклинических дисфункциональных изменений нами был избран метод «МЕДИСКРИН». При проектировании и планировании Мониторинга нами были учтены как положительные и продуктивные следующие свойства и качества метода «МЕДИСКРИН», обеспечивающие надлежащий уровень валидности исследования.

Возможность относительно быстрого проведения массового скринингового исследования целевых контингентов населения с получением целевых параметров исследования, подлежащих продуктивной и результативной статистической и аналитической обработке.

Возможность выявления доклинических и ранних клинических изменений в функциональном состоянии органов и систем организма с удовлетворяющим исследователей уровнем достоверности полученной доклинической, клинической и статистической информации.

Возможность определения факторов риска интегративным методом, как в индивидуальном (персонифицированном варианте итогового заключения), так и в варианте обобщения и выявления групповых (ареальных) факторов риска.

В системном и прикладном понимании вопроса метод «МЕДИСКРИН» следует воспринимать и оценивать как интегративную автоматизированную систему обследования, которая может быть использована непосредственно в образовательных учреждениях и в иных условиях и форматах проведения скрининговых исследований и целевого мониторинга. Метод открывает широкие возможности для достаточно высокой пропускной способности при обследовании населения всех возрастных групп, не требует дополнительного привлечения медицинского персонала и поэтому в нашем исследовании эффективно работал именно в двух режимах.

- в режиме скрининга – режим обследования учащихся для выявления доклинических групп риска (с последующими корректирующими мероприятиями), или нуждающихся в обследовании определенных специалистов в клинической медицине.

- в режиме мониторинга - сравнения показателей функционального состояния органов и систем в различные периоды наблюдения, что позволяет по основным системам организма отслеживать динамику отклонений от

нормы и оценивать эффективность и результативность проводимых реабилитационных и корригирующих мероприятий.

Обработку результатов измерений выполняет компьютерная программа, которая находится на сервере в сети интернет, что позволяет централизованно интегрировать и обобщать результаты обследований.

Третий этап исследования состоял из двух относительно самостоятельных промежуточных функциональных элементов. Прежде всего, были проведены выборочные исследования детей исключительно «МЕДИСКРИНОМ» и проанализированы полученные данные и существующие варианты заключений. Затем исследования «МЕДИСКРИНОМ» сочетались с параллельным осмотром детей: визуальное исследование слизистой носа, носоглотки, нёбных миндалин, слизистой языка, пальпация лимфатических узлов шеи, околоушных и заушных лимфатических узлов, состояние каймы губ. Также в комплексном обследовании учащихся был применён метод иридодиагностики. Такой подход позволил нам увереннее воспринимать дифференцированные варианты интегративной диагностики метода «Медискрин». Более того, фактически для медиков проекта «доклиническая диагностика» речь шла о субъективной «калибровке» оценки и интерпретации в дальнейшем полученных методом «МЕДИСКРИН» данных. Это необходимо для определения и понимания модальности свойств метода в условиях массовых исследований, оценки заключений с возможностью интерпретации в клиническую лексику.

Общее количество осмотренных за период с ноября 2011 – по октября 2012 гг. в начальных классах детей – 1023 человека.

Четвёртый этап – обработка полученных результатов и заключений метода «МЕДИСКРИН».

Наиболее важным является тот факт, что на этом этапе реализовывалась ведущая задача исследования – выработка комплексных индивидуальных рекомендаций, направленных на коррекцию выявленных факторов риска заболеваний детей, меры первичной медицинской профилактики. Нами были выработаны четыре дифференцированных уровня комплексных рекомендаций по принципу от низкого уровня риска заболевания к высокому уровню риска. Имелось в виду, что выполнение индивидуальных рекомендаций родителями в отношении их детей позволит нам в дальнейшем осуществлять контроль эффективности и результативности, проводимых превентологических мероприятий и оценит качество рекомендательной базы, созданной нами в интересах программы мониторинга.

Используемый нами подход в процессе проведения исследования показал себя высокоэффективным, не предъявляющим новых требований к увеличению профессиональной нагрузки педиатрической службы.

В результате работы выявлены некоторые закономерности распределения ФР основных неинфекционных заболеваний в разных школах Иркутска. Определена структура распространенности основной нозологии, доклинических форм и дисфункций. В частности выявлены существенные

расхождения (на 25 – 40 %, а по некоторым нозологиям и более) по вопросам эпидемиологии целого ряда нозологических форм между нашими результатами и показателями, представленными в Государственных региональных докладах о состоянии здоровья и заболеваемости детского и подросткового населения Иркутской области. Наши данные говорят о значительно большем нозогенном и нозологическом поражении детей по заболеваниям носоглотки (в т.ч. – хронический и подострый тонзиллит), по дисфункциям желчного пузыря и поджелудочной железы, по гастроэнтероколиту в сочетании с дисбактериозом (дисбиозом) и т.п.

Кроме того, к настоящему времени с частью родителей детей, участвующих в мониторинге (около 47 %), проведены групповые и индивидуальные беседы. В дальнейшем это процент будет увеличен. Цель бесед – медицинское профилактическое консультирование по всему спектру нозогенных факторов, выявленных при обследовании у детей. Беседы мотивируют родителей к более тщательному выполнению рекомендаций, формируют у них представления о перспективах отношений с рабочей группой мониторинга. Выполнение рекомендаций в этом случае становится более тщательным, осмысленным, формируется повышенная приверженность к здоровьесбережению. По итогам промежуточных этапов мониторинга родители, пожелавшие участвовать в мониторинге и далее, обязаны подготовить отчёт по содержанию и существу проведённых корректирующих из предложенных им мероприятий.

Таким образом, мониторинг показал себя эффективным, не увеличивающую нагрузку на педиатрическую службу вариантом деятельности в сфере доклинической и профилактической медицины. А повсеместное внедрение предлагаемой нами системы мониторинга даст возможность оценивать и корректировать состояние здоровья учащихся начальных классов, предотвращая в результате переход преднозологических форм в заболевания, что позволит. Кроме того, мы полагаем, что применение метода «Медискрин» позволило повысить качество медицинских профилактических осмотров учащихся, сформировать эффективную рекомендательную базу и существенно сократить время обследования.

Н.Н. Болтенко

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ НОВОСИБИРСКЕ

Совет депутатов города Новосибирска, Россия

Аннотация. Амбулаторно-поликлиническая помощь населению – важнейший сектор системы здравоохранения, от качества, функциониру-

вания которого зависят эффективность деятельности всей системы и решение медико-социальных проблем. Научное обоснование совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи предусматривает в настоящее время проведение структурно-организационных и структурно-функциональных преобразований.

N.N. Boltenko

MAIN AREAS OF IMPROVEMENT OUTPATIENT CARE IN NOVOSIBIRSK

Board of Deputies of Novosibirsk, Russia

Abstract. Outpatient care is - the most important sector of the health care system, the quality of whose functioning relies on the efficiency of the whole system and the solution of medical and social problems. Scientific substantiation of improving outpatient care provided at present conducting structural and organizational, structural and functional changes.

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению – важнейший сектор системы здравоохранения, от качества, функционирования которого зависят эффективность деятельности всей системы и решение медико-социальных проблем. Научное обоснование совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи предусматривает в настоящее время проведение структурно-организационных и структурно-функциональных преобразований.

Одной из основных проблем развития современного российского общества, является сохранение общественного здоровья, которое в настоящее время вызывает определенное беспокойство по многим показателям. В тоже время одним из приоритетных направлений социальной политики государства становится общенациональная система охраны здоровья как одна из сфер жизни общества, обеспечивающая возможность осуществления политических, экономических, научно-образовательных, лечебно-профилактических, управленческих и организационных мероприятий, направленных на реализацию прав граждан на сохранение собственного здоровья.

Сеть муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений города Новосибирска представлена 53 ЛПУ, в том числе 35 самостоятельными поликлиниками и 18 поликлиническими отделениями при стационарах. Мощность поликлинических учреждений города составляет 30 025 посещений в смену.

В настоящее время проблемы организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению вызваны следующими основными причинами:

- несоответствие существующей нормативно-правовой базы по организации, планированию и управлению амбулаторно-поликлинической помощи с существующими современными требованиями;

- недостаточно приемлемый уровень оказания первичной медико-санитарной помощи, недостаточная эффективность медицинских услуг на догоспитальном этапе, в том числе на дому, и неотложной медицинской помощи, оказываемой поликлиниками, по мнению населения;

- финансирования амбулаторно-поликлинического звена по остаточному принципу, не позволяющее сбалансировать объем и структуру амбулаторно-поликлинической помощи со спросом населения на конкретные медицинские услуги, и недостаточно эффективное использование имеющихся финансовых и материальных ресурсов, усиливающие структурные диспропорции в предоставлении медицинской помощи;

- отсутствие эффективной системы использования результатов мониторинга за состоянием здоровья населения в алгоритмах оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе;

- несоответствие системы повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала современным потребностям амбулаторно-поликлинических учреждений и возможностям образовательных технологий.

Вышеуказанные причины предоставляют возможность сформулировать основные направления совершенствования амбулаторно-поликлинического уровня, с учетом того, что:

- современная система оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению не в полной мере соответствует современным потребностям общества и возможностям здравоохранения;

- в настоящее время целесообразно проведение структурно-организационных мероприятий с целью расширения возможностей амбулаторно-поликлинического учреждения в соответствии с современными требованиями к охране здоровья населения;

- структурно-организационная и организационно-функциональная оптимизация организации амбулаторно-поликлинической помощи населению позволит реализовывать мероприятия по повышению уровня общественного здоровья населения.

С целью определения основных направлений совершенствования амбулаторно-поликлинического уровня изучено мнение 103 руководителей и их заместителей амбулаторно-поликлинических учреждений и поликлинических отделений стационаров.

Большинство опрошенных (84,5±3,6%) отметили, что в настоящее время существует необходимость в совершенствовании организации амбулаторно-поликлинической помощи населению, 76,8±4,2% опрошенных считают предыдущие попытки совершенствования амбулаторно-

поликлинической помощи населению не эффективными. О характере совершенствования организации амбулаторно-поликлинической помощи населению мнения опрошенных разделились следующим образом: структурно-организационный и структурно-функциональный выбрали - $67\pm 4,7\%$ опрошенных; структурно-функциональный – $17,5\pm 3,8\%$; структурно-организационный – $13,6\pm 3,4\%$. Кроме того $71,9\pm 4,5\%$ опрошенных считают, что амбулаторно-поликлинические учреждения нуждаются в дальнейшей технической оснащённости.

В определении основного звена в совершенствовании организации амбулаторно-поликлинической помощи населению мнение респондентов распределилось следующим образом: все работники амбулаторно-поликлинического учреждения - $59,2\pm 4,9\%$; заместители главного врача - $28,2\pm 4,5\%$; заведующие отделениями - $22,3\pm 4,1\%$; главный врач – $10,7\pm 3,1\%$; врачи-терапевты участковые - $3,9\pm 1,9\%$; врачи-специалисты - $2,8\pm 1,6\%$ и средний медицинский персонал - $0,9\pm 0,9\%$.

При определении основных направлений совершенствования амбулаторно-поликлинического уровня руководителей амбулаторно-поликлинических учреждений отметили необходимость в увеличении количества ОВП с целью повышения доступности медицинской помощи ($85,4\pm 3,5\%$); необходимость в проведении работы по реабилитации работающего населения ($81,5\pm 3,8\%$); необходимость проведения работы с населением по социальной адаптации ($84,5\pm 3,6\%$).

При выборе механизма совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи населению большинство респондентов ($59,2\pm 4,9\%$) считают, что совместно с другими АПУ по некоторым направлениям; $16,5\pm 3,7\%$ - совместно с другими АПУ; $13,6\pm 3,4\%$ - по решению органов управления здравоохранения и $10,7\pm 3,1\%$ - считают, что самостоятельно. Большинство респондентов ($76,8\pm 4,2\%$) уверены, что совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи населению, повысит качество оказания медицинской.

Современный уровень развития здравоохранения в городе Новосибирске позволяет дальнейшее совершенствование медицинской помощи населению на амбулаторно-поликлиническом уровне с использованием современных организационно-инновационных технологий.

Ю. И. Бравве, Т. К. Федорова, С. А. Песков, Н. Н. Величкина,
А.Б. Масленников

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КРУПНОГО РЕГИОНАЛЬНОГО КОНСУЛЬТАТИВНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НА ОСНОВЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Государственный Новосибирский областной клинический
диагностический центр, Россия
Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр является уникальным учреждением в структуре здравоохранения Новосибирской области не только в силу своего аппаратно-инструментального потенциала, но и исходя из уровня подготовки и квалификации медицинского персонала, а также возможности использования оригинальной методологии оценки качества здоровья пациентов и ранней диагностики заболеваний в основе комплексного многопрофильного консультативно-диагностического процесса. Активная творческая работа коллектива диагностического центра по перспективным направлениям концепции «Направления развития и функционирование ГБУЗ НСО «Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр» на период 2010-2020 гг. в контексте модернизации лечебно-диагностической помощи населению Новосибирской области» вносит существенный вклад в положительную динамику целевых индикаторов состояния здоровья, формирования здорового образа жизни и повышения демографического потенциала населения Новосибирской области.

Yu.I. Brave, T.K. Fedorova, S.A. Peskov, N.N. Velitchkina, A.B. Maslennikov

IMPROVEMENT OF LARGEST REGIONAL CONSULTATIVE AND DIAGNOSTIC CENTERS BASED ON HEALTHCARE MODERNIZATION

*Novosibirsk State Regional Clinical Diagnostic Center, Russia
Novosibirsk State Medical University, Russia*

Abstract. The State regional clinical diagnostic center of Novosibirsk is a unique institution incorporated into the structure of public health system of Novosibirskaya oblast due to both its hardware-based and instrumental potential and the level of background and skills of medical personnel. The center provides also an opportunity to apply a genuine methodology in assessing the quality of health of patients and early diagnostics of diseases based on a comprehensive

multi-profile counseling diagnostic process. The active creative work of diagnostic center staff in the main sections of the conception of development and functioning of the Center 2010-2020 in the context of modernization of health care in Novosibirskaya oblast inputs significantly into positive dynamics of target health indicators, healthy life-style formation and development of demographic potentials of Novosibirskaya oblast population.

В современных условиях здоровье граждан страны стало важнейшей общенациональной проблемой России. Кризис общественного здоровья явился следствием резких изменений социально-экономических условий жизнедеятельности людей. За последние годы в Новосибирской области и городе отмечается существенный рост заболеваемости распространенными социально значимыми неинфекционными заболеваниями (сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, нейроэндокринной систем, опорно-двигательного аппарата и др.), особенно среди лиц трудоспособного возраста. Ухудшается репродуктивное здоровье населения. Охрана здоровья трудовых ресурсов страны в целом и отдельных регионов - одна из важнейших медико-социальных задач системы здравоохранения. В сложившейся ситуации исследования социально-экономического потенциала общественного здоровья, установление принципов его формирования позволяют составлять научно обоснованные прогнозы и принимать оперативные, текущие и стратегические управляющие решения, позитивно модернизирующие и/или лимитирующие негативные тенденции в развитии общественно-го здравоохранения. В этом контексте следует воспринимать подходы к модернизации системы здравоохранения, очерченные в разработанном Минздравсоцразвития Российской Федерации проекте концепции развития здравоохранения России до 2020 г..

В качестве конкретного примера можно привести созданный в 1989 г. Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр (ГНОКДЦ), в котором было сосредоточено самое современное высокотехнологическое медицинское оборудование рентгенологического, функционального и лабораторного профиля. Данная аппаратура с момента установки оказалась задействованной по полной плановой нагрузке, а квалификация специалистов диагностического центра абсолютно соответствовала уровню, необходимому для работы на таком современном оборудовании. В то же время сформированные потоки пациентов позволили лечебным учреждениям амбулаторного и стационарного профиля Новосибирской области в полной мере воспользоваться новыми диагностическими возможностями. Оборудование позволило увеличить спектр диагностических услуг, их точность, достоверность и доступность для населения. Исходя из принципа, что своевременная диагностика является залогом наиболее успешного и эффективного лечения пациента с любыми формами заболеваний, нельзя не отметить, что инвестиции в ГНОКДЦ позволили сделать в тот период качественный инновационный рывок в развитии здра-

воохранения Новосибирской области. Сегодня в различных подразделениях ГНОКДЦ получают высококвалифицированную и специализированную помощь более 200 тыс. пациентов в год, из них 55 % составляют лица трудоспособного возраста.

Диагностика в настоящее время - практически самостоятельное направление медицины, особенно в специализированных условиях крупного регионального многопрофильного диагностического центра. Во то же время сегодня отмечается “некоторый разрыв” между первичным (поликлиническим) звеном и крупными высокотехнологичными многопрофильными больницами. Этот организационный “разрыв”, по нашему мнению, может успешно восполняться деятельностью диагностических центров субъектов Российской Федерации. Причем уже сегодня централизованное финансовое обеспечение диагностического центра, материально-техническое переоснащение в медико-технологическом аспекте, организационно-инновационная и управленческая деятельность для устойчивого развития в рамках современного процесса модернизации здравоохранения на федеральном и региональном уровнях реально значительно упрощает решение масштабных задач, возложенных на областной консультативно-диагностический центр.

Диагностическая служба Новосибирской области в настоящее время представлена: ГНОКДЦ, городскими и межрайонными диагностическими центрами, централизованными лабораториями и диагностическими отделениями медицинских учреждений. Однако наиболее значимое место в обеспечении населения Новосибирской области медико-диагностической помощью занимает ГНОКДЦ, где сосредоточена современная медицинская аппаратура, передовые медицинские технологии и безопасные методы; обеспечивается комплексное обследование в кратчайшие сроки; предлагается широкий спектр консультативной помощи врачей-специалистов по основным разделам клинической медицины; гарантированы доступность, качество медицинских услуг и высокая культура обслуживания.

Консультативно-диагностическая помощь позволяет, используя ресурсы ГНОКДЦ, установить клинический диагноз, уточнить сопутствующую патологию, дать индивидуальные рекомендации по тактике ведения пациента согласно современным критериям доказательной медицины. В консультативном отделе ведут прием врачи по 15 специальностям для взрослых и 8 - для детей. Выявленная впервые врачами-специалистами, использующими диагностическую базу центра, патология по ряду нозологических форм в ГНОКДЦ за 2006-2010 гг. составляет 36 593 различных заболеваний. Среди впервые выявленной патологии встречаются и редкие болезни (например, неспецифический язвенный колит - 57 случаев, болезнь Крона - 16 и др.) и социально значимые распространенные неинфекционные заболевания, обуславливающие длительную временную нетрудоспособность в период обострения, раннюю инвалидизацию и высокую смертность в трудоспособном возрасте.

С целью определения величины вклада терапевтического звена консультативной службы диагностического центра в диагностику терапевтической патологии проведено сравнение показателей функционирования терапевтической службы ГНОКДЦ и данных МИАЦ Новосибирска за 2011 год. По направлениям из амбулаторной сети города за терапевтической помощью в консультативный отдел центра обратилось 10 591 человек. Среди них 32,7% мужчин, 67,3% женщин, 40% составляют работающие и 17% - лица старше 60 лет. В течение 2007 г. в городских поликлиниках диагноз ИБС был установлен 12,16% из числа всех обратившихся по поводу кардиалгии, однако в ГНОКДЦ выявляемость составила 26,9%. По данным Областного кардиологического диспансера выявляемость артериальной гипертонии в Новосибирске в разных поликлиниках колеблется от 7,1 до 10,3%. В то же время на консультативном приеме в ГНОКДЦ выявляемость данной патологии достигает 24,8%. Еще более страдает верификация бронхиальной астмы: в районных поликлиниках 5,68%, в то же время в ГНОКДЦ - 21,23%. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки впервые диагностируется амбулаторной службой города в 9% случаев, в ГНОКДЦ - в 37% случаев. Такая значительная разница может быть обусловлена, прежде всего, уровнем квалификации врачей-специалистов. Медицинский консультативно-диагностический процесс в ГНОКДЦ обеспечивают высококвалифицированные кадры, 80% врачей имеют высшую и первую квалификационные категории. В диагностическом центре работают 4 доктора и 22 кандидата медицинских наук. Кроме того, немаловажным фактором эффективности диагностики терапевтической патологии широкого профиля является реальная доступность проведения современного комплексного, в том числе и высокотехнологического, обследования.

Чрезвычайно важно, что в ГНОКДЦ аппаратно-инструментальная диагностика совмещена с врачебными консультациями, а “приписным населением” является население всей Новосибирской области, то есть около 2,7 млн. человек. Полный процесс верификации клинического диагноза для пациента в амбулаторных условиях ГНОКДЦ, осуществляющего консультативный прием по всем основным клиническим специальностям взрослых и детей, может происходить более эффективно за 1-4 дня, что обходится системе здравоохранения и государству почти в 10 раз дешевле, чем госпитализация того же пациента в стационар. Ярким примером сказанного является ежегодная верификация более чем у 1000 человек злокачественных онкологических заболеваний, что достигается взаимодействием всех структурных подразделений от консультативного отдела, отделения КТ, отделения УЗ-диагностики, отделения эндоскопии и других подразделений вплоть до отделения клинической патоморфологии. При этом ГНОКДЦ не только обеспечивает раннюю диагностику онкологической патологии, но имеет реальную возможность проведения персонификации и мониторинга эффективности химиотерапии на основе специфических биохимических маркеров, например при гемобластозах.

Процесс интеграции всех служб диагностического центра является основой для создания наиболее эффективной системы максимально раннего выявления основных неинфекционных заболеваний. Так, в ГНОКДЦ первичная диагностика патологии составила в среднем в терапевтической группе в разные года от 32,5 до 39,1%. Кроме этого, диагностический центр располагает дополнительными возможностями расширения спектра диагностической помощи. В частности, к настоящему времени появились утвержденные протоколы и рекомендации по генетическому тестированию пациентов для персонализации медикаментозной терапии при гипертонической болезни, гиперлипидемиях, атеросклерозе, ИБС, онкологических заболеваниях, эндокринопатиях, при нарушениях системы гемостаза и других. Современной концепцией функционирования и развития ГНОКДЦ на период 2010-2020 гг. является обеспечение доступности для детей, взрослых и семей в целом в рамках одного ЛПУ на основе высокотехнологичных и инновационных медицинских технологий и совершенствования качественного многопрофильного комплексного консультативно-диагностического процесса (в том числе: на догоспитальном, раннем постгоспитальном, внегоспитальном и реабилитационном этапах).

Таким образом, активная творческая работа коллектива крупного регионального областного консультативно-диагностического центра по претворению в жизнь перспективных направлений концепции “Направления развития и функционирование ГБУЗ НСО “Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр” на период 2010-2020 гг. в контексте модернизации медицинской консультативно-диагностической помощи населению Новосибирской области” вносит существенный вклад в положительную динамику целевых индикаторов состояния общественного здоровья, формирования здорового образа жизни и повышения демографического потенциала населения Новосибирской области.

А.Е. Власенко, Н.М. Жилина, Г.И. Чеченин

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ DATA MINING В АНАЛИЗЕ ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ Г. НОВОКУЗНЕЦКА

МБУ ЗОТ «Кустовой медицинский информационно-аналитический центр», г. Новокузнецк, Россия

Аннотация. Применение технологии data mining в анализе инвалидизации населения г. Новокузнецка. А.Е. Власенко, Н.М. Жилина, Г.И. Чеченин. МБУ ЗОТ «Кустовой медицинский информационно-аналитический центр», г. Новокузнецк, Россия. В статье приведены результаты применения технологии Data Mining в анализе инвалидизации населения. Обосновывается выбор входных и выходных переменных, выбор метода анализа –

деревья принятия решений. С помощью выбранного метода построена модель характеризующую зависимость тяжести состояния конкретного человека на момент первичного оформления инвалидности, от внешних и внутренних факторов риска.

A.E. Vlasenko, N.M. Zhilina, G.I. Chechenin

USE OF TECHNOLOGY IN THE ANALYSIS OF DATA MINING DISABLEMENT POPULATION NOVOKUZNETSK

*MBU ZOT “Sectional medical information-analytical center”
Novokuznetsk, Russia*

Abstract. Application of data mining technology in the analysis of disability in the population of Novokuznetsk. A.E. Vlasenko, N.M. Zilina, G.I. Chechenin. MBU ZOT “Sectional medical information-analytical center”, Novokuznetsk, Russia. The paper presents the results of the Data Mining technology to analyze the disability population. The choice of input and output variables, the method of analysis - a decision tree. With the help of the method chosen, a model of characterizing dependence severity of a particular person at the time of initial registration of disabilities, from internal and external risk factors.

Актуальность: к настоящему времени в фондах информационно-аналитических отделов учреждений системы здравоохранения и социального развития России накоплены значительные объемы информации о здоровье населения. К сожалению, приходится признать, что их обработка, предполагающая своей целью получение полезных знаний, является недостаточной. Огромные базы данных остаются невостребованными, в то время как насущно необходимыми являются корректные, обоснованные управленческие решения, анализ и прогноз здоровья населения [5].

В качестве способа решения этой проблемы предлагается технология интеллектуального анализа данных – Data Mining. Data Mining – это процесс обнаружения в сырых данных ранее неизвестных, нетривиальных, практически полезных, доступных интерпретации знаний (закономерностей), необходимых для принятия решений в различных сферах человеческой деятельности [6].

В настоящей работе приведены результаты применения технологии Data Mining в анализе инвалидизации населения. В частности, анализируется степень тяжести состояния пациента при первичном оформлении инвалидности. Если человек впервые оформляет инвалидность, находясь в крайне тяжелом состоянии, это говорит о том, что либо пациент уже обратился к врачу в тяжелом состоянии, либо о том, что медицинская помощь, которая была оказана пациенту, не эффективна.

В первом случае снизить долю таких эпизодов можно путем обеспечения дополнительного контроля над населением, входящим в группу риска,

а во втором – дополнительным контролем над лечением пациента, обратившимся к врачу вовремя, но попавшего в зону риска. Таким образом, ставится задача выявления групп риска среди населения в целом и определения для конкретного пациента относится ли он к зоне риска.

Цель исследования: построить модель, характеризующую зависимость тяжести состояния конкретного человека на момент первичного оформления инвалидности, от внешних и внутренних факторов риска. Провести анализ полученной модели, с целью выделения групп риска.

Применение результатов исследования на практике:

1. Так как построенная модель, с некоторой определённой точностью, характеризует реальные процессы, то проводя анализ модели, можно выделить группы риска среди населения. Если человек попадает в данную группу риска, то существует высокая вероятность того, что если у человека будет выявлено какое-либо заболевание из перечня болезней (перечень болезней также определяется путем анализа построенной модели), то это заболевание будет в крайне тяжелой, запущенной стадии.

2. Непосредственно построенная модель используется для расчета показателя риска для конкретного пациента. Если полученное с помощью модели значение выше некоторого заранее определённого порога, то пациент попадает в зону риска. В данном случае, попадание в зону риска означает то, что данному пациенту присущи факторы риска, или комбинация факторов, которые могут оказать существенное влияние на тяжесть заболевания, и необходимо организовать дополнительный динамический контроль над состоянием пациента.

Материалы и методы: анализ проводился на основе информации, полученной из базы данных «Инвалидность» Кустового медицинского информационно-аналитического центра г. Новокузнецка (Дата регистрации: 19 июля 2007 г., номер регистрационного свидетельства: 11047, номер регистрации: 0220711705). В качестве средства построения модели применялось дерево решений. Под термином «деревья решений» подразумевается семейство алгоритмов, основанных на создании иерархической структуры, которая базируется на ответе «Да» или «Нет» на набор вопросов [4]. Входные данные для данного метода могут быть как количественные, так и качественные, нормальность распределения количественных переменных не является обязательным условием, единственным ограничением применения данного метода является то, что выходная переменная должна быть дискретной. Определение порога отсечения и оценка качества построенной модели проводились с помощью ROC анализа. Анализ проводился в пакете SPSS v. 20.0.

Результаты исследования: тяжесть степени состояния пациента, оформившего инвалидность, характеризуется присвоенной ему группой инвалидности. Крайне тяжелое состояние соответствует первой группе. Данная группа инвалидности является самой тяжелой непосредственно как для самого человека, так и для общества в целом, поскольку инвалид пер-

вой группы не только не способен ни к какой профессиональной работе, но и нуждается в постоянной посторонней помощи. В дальнейшем, под тяжестью состояния, будет пониматься вероятность присвоения пациенту первой группы инвалидности. Чем данная вероятность выше, тем тяжелее состояние больного.

В качестве факторов риска рассматриваются следующие показатели: заболевание, возраст, пол и район проживания пациента. Под заболеванием понимается группа нозологий, объединенных согласно рекомендациям ВОЗ, разработанных для анализа заболеваемости и инвалидности [3].

В результате выяснено, что доля инвалидов первой группы, среди всех пациентов, впервые оформляющих инвалидность, статистически значимо зависит от каждого из рассматриваемых факторов риска: от заболевания – $\chi^2=7610,00$, $p<0,001$, от возраста – $\chi^2=1097,97$, $p<0,001$, от пола – $\chi^2=19,68$, $p<0,001$, от района проживания – $\chi^2=14,96$, $p=0,011$. При построении модели необходимо учитывать как влияние каждого фактора в отдельности, так и комбинации данных факторов.

В итоге, в качестве выходной переменной мы имеем бинарную переменную «Тяжесть состояния», которая принимает значение 1, если человеку присвоена первая группа инвалидности, и 0, если ему присвоена другая группа (вторая либо третья). В качестве входных факторов выступают количественная переменная «Возраст», и качественные переменные «Заболевание», «Пол» и «Район проживания».

Таким образом, требуется построить модель, характеризующую зависимость бинарной переменной от ряда качественных и количественных факторов. Методы классической статистики, в частности дискриминантный анализ, здесь не подходят, поскольку не выполняются условия их применения: входные переменные должны быть количественными и подчиняться многомерному нормальному распределению. В рамках технологии Data Mining данная задача может решаться тремя методами: логистической регрессией, нейронными сетями и с помощью деревьев решений.

Ограничением на применение логистической регрессии в данном случае является то, что переменная «Заболевания» содержит большое число градаций (больше 100), а метод логистической регрессии требует создания для каждой градации отдельной переменной, и в результате, полученная модель будет содержать очень большое число входных факторов, что затрудняет интерпретацию модели [2]. Недостатком нейронной сети является то, что данная технология представляет собой «черный ящик»; знания, зафиксированные как веса нескольких сотен межнейронных связей, совершенно не поддаются анализу и интерпретации человеком [10]. В то время как одной из целей исследования является анализ полученной модели с выделением групп риска. Метод деревьев решений наоборот, использует модель «белого ящика». Если определенная ситуация наблюдается в модели, то её можно объяснить при помощи булевой логики. Так же достоинством метода является то, что при анализе категориальных переменных не рас-

сматривается каждая отдельная градация переменной, а образуются группы, что намного упрощает интерпретацию модели, наглядно представляя структуру данных. Недостатком метода является меньшая точность построенной модели по сравнению с логистической регрессией и нейронными сетями [7]. Таким образом, для решения поставленных задач, учитывая свойства исходных данных, наилучшим методом являются деревья решений.

В качестве алгоритма построения дерева решений выбран алгоритм CHAID, один из самых популярных и точных на настоящий момент [1].

Результаты построения дерева принятия решений могут быть представлены в нескольких видах.

Для анализа структуры первичной инвалидности и выделения среди всего населения групп риска, результаты анализа представлены в виде решающих правил, всего таких правил получено 8. Пример такого правила: *мужчина, проживающий в Заводском и Новоильинском районе г. Новокузнецка, независимо от возраста, впервые в жизни оформляющий инвалидность от любого из следующих заболеваний: 'Злокачественное новообразование печени и внутрипеченочных желчных протоков', 'Деменция и другие расстройства', 'Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя', 'Агенезия и другие редукционные дефекты почки' с вероятностью 88% получит первую, самую тяжелую группу инвалидности.*

Из данного правила можно сделать выводы, что, возможно, в Заводском и Новоильинском районе проблемы с доступностью медицинской помощи, в частности онкологической, психиатрической и нефрологической службами. Необходимо выяснить, действительно ли это так, для этого необходимо сопоставить потребности населения в медицинской помощи с ресурсами медицинских учреждений, обслуживающих население, проживающих в указанных районах города.

Второй причиной сложившейся ситуации, может быть то, что мужчины «затягивают» визит к врачу, либо, не зная о своих заболеваниях, либо не учитывая их серьезность. В таком случае необходимо предпринимать профилактические меры, направленных на мужское население Заводского и Новоильинского районов, это может быть диспансеризация населения, с обязательным привлечением специалистов онкологического, психиатрического, нефрологического профиля, пропаганда здорового образа жизни и бережного отношения к своему здоровью. Здесь же, стоит отметить, что практически все выявленные заболевания могут быть спровоцированы действием алкоголя, что так же необходимо учесть в разработке профилактических мер.

Для решения второй задачи – расчет показателей риска для конкретного пациента, полученная модель представлена в виде ряда SQL запросов, которые можно интегрировать в любую автоматизированную систему управления, независимо от её СУБД. В результате выполнения действий,

заложенных в этих SQL запросах, для конкретного пациента будет вычислена величина риска, характеризующая вероятность того, что при первичном оформлении инвалидности данный пациент будет в крайне тяжелом состоянии. Здесь стоит задача определить, насколько полученное с помощью модели значение риска должны быть большим, чтобы отнести пациента в зону риска. Данная величина называется порогом отсеечения. Порог отсеечения может принимать значение от 0 до 1, стандартная величина порога отсеечения составляет 0,5, но для медицины такой порог является очень грубым [8]. В результате ROC анализа была получена величина 0,16. То есть, если в результате выполнения SQL запросов полученное значение риска больше 0,16, то данный пациент попадает в зону риска и необходимо организовать дополнительный контроль за его состоянием.

Так же с помощью ROC анализа определяется качество построенной модели. Качество модели характеризует величина AUC (площадь под ROC кривой), чем ближе данный показатель к 1, тем выше качество построенной модели. В данном случае показатель AUC равен 0,86 ДИ 0,85-0,86, что соответствует очень хорошему качеству построенной модели [9].

Заключение: в работе продемонстрировано применение технологии Data Mining в анализе инвалидизации населения. Построена модель, характеризующую зависимость тяжести состояния конкретного человека на момент первичного оформления инвалидности, от внешних и внутренних факторов риска. Данная модель позволяет определить, попадает ли пациент в зону риска, а также анализ построенной модели позволил выделить группы повышенного риска среди населения.

Литература:

1. Kearns M. and Mansour Y., On the boosting ability of top-down decision tree learning algorithms. *Journal of Computer and Systems Sciences*, 58(1): 109-128, 1999.
2. Menard S. Coefficients of determination for multiple logistic regression analysis. *The American Statistician*. 54. 17-24.
3. Murray J.L. The global burden of disease / J.L. Murray, A.D. Lopez. – Geneva : WHO, 1996.].
4. Seidman.C. Data Mining with Microsoft SQL Server 2000: Technical Reference. - Microsoft Press, 2001.
5. Гудинова Ж.В. Применение data mining (обнаружения полезных знаний в базах данных) как основа исследований и управления в сфере охраны здоровья населения и среды обитания [Электронный ресурс] / Ж.В. Гудинова. – Режим доступа: <http://www.sworld.com.ua/konfer27/519.pdf>. Дата обращения: 15.09.2012.]
6. Дюк В.А. Data Mining: учебный курс / В.А. Дюк, А.П. Самойленко. - СПб.: Изд. Питер, 2001. - 368 с.
7. Кричевский М.Л. Интеллектуальный анализ данных в менеджменте : учебное пособие / М.Л. Кричевский. – СПб. : СПбГУАП, 2005. – 2008 с.

8. Куприна И.В. Влияние минеральной воды «Борисовская» на патологию твердых тканей зубов у детей и применение ее в комплексной профилактике кариеса в кузбасском регионе: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В. Куприна. – Кемерово, 2009. – 27 с.

9. Паклин Н.Б. Логистическая регрессия и ROC-анализ - математический аппарат [Электронный ресурс] / Н.Б. Паклин. – Режим доступа: <http://www.basegroup.ru/library/analysis/regression/logistic/> Дата обращения: 10.09.2012.].

10. Хайкин С. Нейронные сети: полный курс / С. Хайкин. – М.: Вильямс, 2006. – 1104 с.

О.В. Воронюк, А.В. Шульмин, И.Л. Аршукова, В.В. Козлов
**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
УЧАСТКА ПУТЕМ ИЗМЕНЕНИЯ БАЛАНСА ТРУДОВЫХ
ОПЕРАЦИЙ МЕЖДУ ВРАЧЕБНЫМ И СРЕДНИМ
ПЕРСОНАЛОМ**

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия*

Аннотация. Совершенствование пропускной способности модели «врачебный терапевтический участок» в направлении функциональных изменений баланса должностных обязанностей врача-терапевта и медицинской сестры позволяет уменьшить нагрузку на врача-терапевта создавая условия для повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи, а так же обеспечивает экономический эффект от экономики фонда оплаты труда.

О. V. Voronyuk, A. V. Shulmin, I. L. Arshukova, V. V. Kozlov
**IMPROVEMENT OF THERAPEUTIC AREA BY CHANGING
THE BALANCE BETWEEN LABOUR OPERATIONS AND
MEDIUM MEDICAL PERSONNEL**

*“Krasnoyarsk State Medical University after Professor V.F. Vojno-
Yasenetsky” Ministry of Health of the Russian Federation, Russia*

Abstract. Improvement of the capacity of the model «medical therapeutic area» in the direction of functional changes of the balance sheet duties of the doctor-therapist and medical sister allows to reduce the load on the doctor-therapist creating conditions for improving the quality and accessibility of

primary health care, as well as provide the economic effect of saving of the salary fund.

Цель исследования: Совершенствование работы терапевтического участка путем изменения баланса трудовых операций между врачебным и средним персоналом.

Модель функционирования врачебного участка представлена на рисунке 1.

Совершенствование пропускной способности модели может идти в направлении функциональных изменений.

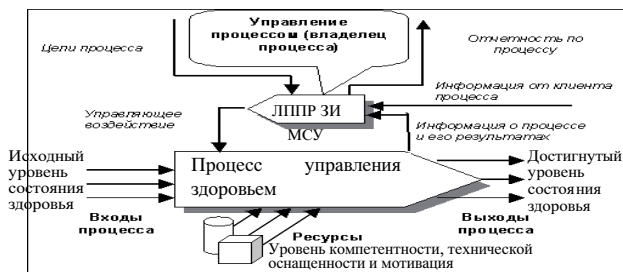


Рисунок 1. Модель воздействия на состояние здоровья пациента врачом-терапевтом участковым (ВТУ) и выполнение им роли владельца процесса при участии медицинской сестры (МСУ).

Сравнительная характеристика перечня должностных обязанностей МСУ и ВТУ позволяет говорить о возможности переложения части компетенций ВТУ на МСУ:

1. Формирование врачебного (терапевтического) участка из прикрепленного к нему населения.
2. Осуществление профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организация и ведение школ здоровья.
3. Изучение потребности обслуживаемого им населения в оздоровительных мероприятиях и разработка программы проведения этих мероприятий.
4. Организация совместно с органами социальной защиты населения медико-социальной помощи отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе.

Дисциплины (согласно ФГОС), в которые можно включить изучение данных компетенций:

1. Гигиена и экология человека.
2. Больничная гигиена.
3. Правовые основы охраны здоровья.

4. Общественное здоровье.
5. Сестринское дело в терапии.
6. Сестринское дело в гериатрии.

Обеспечив указанные выше функциональные изменения модели мы уменьшаем нагрузку на ВТУ создавая условия для повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи, а так же обеспечивая экономический эффект от экономии фонда оплаты труда.

Н.В. Гуляевская

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ В ПСИХИАТРИИ: ПРОБЛЕМЫ ПРИВЛЕЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. В статье рассматриваются проблемы привлечения студентов-специалистов социальной работы в психиатрию. При подготовке статьи использовался материал, собранный в рамках совместного проекта факультета социальной работы НГМУ и Государственной Новосибирской клинической психиатрической больницы №3.

N.V. Gulyaevskaya

BIOPSYCHOSOCIAL MODEL IN PSYCHIATRY: PROBLEMS OF ATTRACTING GRADUATES OF SOCIAL WORK FACULTY

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. The paper covers problems of attracting graduates of Social Work Faculty in the field of Psychiatry. While preparing the paper we used the data collected within the bounds of the joint project of the Social Work Faculty of the NSMU and the Novosibirsk State Clinical Psychiatric Hospital №3.

Психические заболевания в первой четверти двадцать первого века поступательно растут и показывают крайне негативную картину здоровья населения в мире и современной России. Проблемы сложных личностных расстройств затрагивают большие слои популяции[3], меняется понимание механизмов возникновения, развития и течения психических расстройств, становятся востребованными и повседневными компонентами психиатрической помощи психосоциальная терапия и психосоциальная

реабилитация. Поэтому во всем мире и, в частности, в России встает проблема интеграции и тесного сотрудничества врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и специалистов социальной работы в условиях перехода от «медицинской модели» к «модели биосоциальной». Новые условия предполагают активное участие специалистов социальной работы в психосоциальном лечении в качестве неперемennого компонента психиатрической службы с опорой на общество [1].

Одной из основных тенденций развития психиатрических служб в настоящее время является отказ от чисто медицинской модели оказания помощи с присущим ей монопрофессиональным медицинским подходом в пользу биопсихосоциальной модели, характеризующейся мультидисциплинарным подходом к лечению имеющихся расстройств с участием специалистов как медицинского, так и социально-психологического профиля.

Необходимые преобразования российской психиатрической службы должны предусматривать развитие межведомственного взаимодействия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства труда и социального развития Российской Федерации, создание новых партнерских отношений между всеми участниками процесса: специалистами психиатрической службы и пациентами, их родственниками. Современный этап развития психиатрической помощи в России требует, чтобы психосоциальная терапия и психосоциальный аспект реабилитации стали обязательной морфологической составляющей каждого психиатрического учреждения.

Важным этапом на пути реализации биопсихосоциальной модели в психиатрии в Новосибирской области стала организация практики студентов факультета социальной работы Новосибирского государственного медицинского университета на базе ГБУЗ Новосибирской клинической психиатрической больницы №3. Основной задачей практики (учебной, производственной, преддипломной) является формирование у будущих специалистов в области социальной работы понимания социальной обусловленности психического здоровья, апробация современных технологий социальной работы с психически больными, самостоятельное создание социальных проектов в области социальной психотерапии и социальной реабилитации психически больных. Студенты активно участвуют в создании методических рекомендаций для проведения занятий по технологиям самосохранительного поведения для психически больных, технологиям поведения в экстремальных ситуациях, проводят психообразовательные программы для родственников пациентов.

Однако существует глобальная проблема в российской психиатрической практике – сложности с привлечением в психиатрию выпускников специальности «специалист социальной работы». Эта потребность вели-

ка, и выпускники, имеющие именно эту специальность, крайне востребованы в психиатрических подразделениях для оптимизации социальной работы в сфере интеграции пациентов в современное российское общество, в осуществлении социотерапевтического и психосоциального вмешательства, ориентированного на пациента и его ближайшее окружение.

В последние четыре года в психиатрической службе Новосибирска начали активно работать выпускники факультета социальной работы Новосибирского государственного медицинского университета. Безусловно, что несколько человек расширили диапазон новых пациент-центрированных форм психосоциального вмешательства, но не изменили пока радикально, в соответствии с требованиями действительности, картину актуального социотерапевтического воздействия.

Все выпускники факультета социальной работы НГМУ свободно владеют технологиями реабилитации психически больных, готовы создавать алгоритмы модулей психообразовательных программ для пациентов и их родственников, имеют глубокие технологические навыки в области организации специальных групп арт-терапии и тренингов психосоциальной реабилитации для психически больных.

Однако карьеру специалиста социальной работы в психиатрической службе на старших курсах многие студенты рассматривают как маловероятную. Такая ситуация характерна не только для специалистов социальной работы в медицинском университете [2], но и для студентов-будущих врачей. Исследования кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (Москва) находят этому свои объяснения: имидж профессии психиатра среди врачей других специальностей в обществе в целом не высок; будущие врачи говорят о том, что эта сфера психического здоровья плохо финансируется государством; труд врачей-психиатров оплачивается хуже, чем труд их коллег других специальностей.

Для того, чтобы определить возможные перспективы работы выпускников-специалистов социальной работы в психиатрических службах Новосибирска, было проведено анонимное анкетирование студентов факультета социальной работы НГМУ. Результаты исследования показали, что для студентов факультета социальной работы (3 - 5 курсов, 67 женщин 35 мужчин; всего- 102 чел.):

- «работа в психиатрической службе города – интересна (96%)»;
- считают, что «престижно работать в области психиатрии» – 58%;
- «не понравились условия труда» – 100%;
- «если Вы решите работать в области психиатрии, то какова будет Ваша мотивация» – «это повысит мою профессиональную самооценку» – 72%; «я уверен, что знаю, как помогать людям, оказавшимся в сложной ситуации психического заболевания» – 54%; «я уже работал на практике в

психиатрической больнице, работа мне очень понравилась» – 21%;

- «вы согласились бы поддерживать дружеские отношения с психически больным человеком» - 81%;

- «какие индивидуальные формы работы вы могли бы уверенно проводить в рамках психосоциальной реабилитации и психотерапии психически больных – тренинги социальных навыков, общения, уверенного поведения (79%); психообразовательные программы – 59%; программы по курсу арт-технологий и фототерапии – 76%;

- «что останавливает вас в выборе для себя работы в психиатрических службах» - «не вижу карьерных перспектив для себя» – 73%; «отсутствие равных условий специалистов по социальной работе с медицинскими работниками по мерам социальной защиты (надбавки к заработной плате, продолжительность отпуска, выход на пенсию) – 92%;

Полученные данные свидетельствуют о том, что у студентов сформирован интерес в рамках их профессиональной идентичности к работе психиатрических служб города, сформирована профессиональная компетентность и готовность к профессиональной деятельности, отсутствуют в когнитивном компоненте Я-концепции будущих специалистов социальной работы «психиатрические мифы». В этом контексте особую актуальность приобретают проблемы профессиональной подготовки будущих специалистов социальной работы: акцентирование внимания студентов на положительных аспектах развития современной психиатрической службы, которые в дальнейшем могли бы привлечь их к выбору карьеры в этой сфере; изменение представлений в средствах массовой информации о работе психиатров и статусе психически больных в обществе.

Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: «Медпрактика- М». – 2007. – С. 194

2. Как привлечь студентов в психиатрию? / А.В. Павличенко, О.Ф. Панкова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – №6. – С.49 – 52

3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. – Монография. – Новосибирск: Изд. НГТУ, 2009. – С. 1

Ю.Ю. Дорофеев, В.Б. Колядо, Е.В. Колядо, В.А. Лещенко

МОНИТОРИНГ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, г. Новокузнецк, Россия

Аннотация. Проблема эффективного информационного обеспечения управления здравоохранением, изучения медико-демографических процессов является одной из актуальных для регионального здравоохранения. Для ее решения создана и внедрена система мониторинга естественного движения населения на основе автоматизированного создания медицинских свидетельств о рождении и смерти, в результате которого формируется единый информационный ресурс, позволяющий в режиме реального времени проводить мониторинг процессов естественного движения населения.

U.U. Dorofeev, V. B. Kolyado, E.V. Kolyado, V.A. Leshchenko

MONITORING OF THE NATURAL POPULATION MOVEMENT

Abstract. The problem of effective information support of health care management, of medico-demographic processes studying is one of the actual problems for the regional health care. For its decision the monitoring system of the natural population movement on the basis of the automated creation of health certificates on the birth and death as a result of which the uniform information resource allowing in real time to carry out monitoring of processes of the natural population movement is formed, created and introduced.

Проблема эффективного информационного обеспечения управления здравоохранением, изучения медико-демографических процессов является одной из актуальных для регионального здравоохранения. Анализ основных процессов естественного движения населения для оценки возможностей системы здравоохранения во влиянии на демографические процессы ограничивается особенностями текущего государственного статистического наблюдения.

В системе государственной и медицинской статистики, в основе достоверности собираемой и анализируемой информации лежит качество ведения учетной документации и ее безошибочная обработка. В настоящее время в формировании статистических данных медицинской демографии и их анализе отмечается ряд проблем:

- Проблема разборчивости записей в медицинских документах заполняемых (создаваемых) собственноручно медицинскими работниками.

- Проблема оперативности получения статистических данных о рождаемости и смертности и объединения их в единый информационный ресурс для анализа.

- Проблема технического, программного и информационного обеспечения анализа естественного движения населения.

- Проблема правильности выбора и кодирования первоначальной причины смерти.

Одним из эффективных решений является автоматизация заполнения документов с помощью прикладного программного обеспечения в частности, и внедрение систем электронного документооборота в целом.

Для решения перечисленных проблем, нами было разработано информационно программное обеспечение и внедрена система мониторинга и анализа основных процессов естественного движения населения – «Медицинская демография» («Меддем»). С 1.01.2012 в соответствии с приказом Главного Управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности №777 от 23.12.2011 «Об утверждении нового порядка автоматизированного заполнения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти в медицинских организациях Алтайского края» регистрация случаев рождения и смерти во всех медицинских учреждениях Алтайского края осуществляется посредством информационной системы «Меддем».

Программное обеспечение позволяет формировать медицинское свидетельство путем ввода необходимой информации и последующей печати документа. Приложение позволяет формировать основные документы, регистрирующие естественное движение населения (случаи рождения и смерти). Одновременно с созданным документом вся информация из него пополняет единую на регион базу данных. Экспертная часть системы позволяет формировать основные выходные данные для анализа и мониторинга процессов рождаемости и смертности, с набором таблиц и списков. Единая пополняемая в режиме реального времени база данных позволяет оперативно получать информацию, как для текущего статистического наблюдения, так и для ретроспективного анализа естественного движения населения. Созданное программное обеспечение позволяет получать набор аналитических таблиц по рождаемости и смертности с учетом различных критериев отбора в анализ. Результатом работы является отчет с большим количеством данных, характеризующих интенсивные, экстенсивные, динамические характеристики и характеристики распределения смертности по анализируемой группе причин.

Данные для мониторинга и анализа естественного движения населения как результат работы информационной системы сразу доступны для анализа в момент оформления и выдачи свидетельства, вместо 3-4 месяцев до внедрения системы «Меддем». Разработанная система позволяет существенно повысить качество заполнения медицинских свидетельств, повы-

сить статистический учет рождаемости и смертности, вести мониторинг и анализ естественного движения населения

Система мониторинга естественного движения населения применима на уровне региона и крупных административно-территориальных образований в здравоохранении, работе администраций региона, в научно-исследовательских учреждениях.

А.А. Дубицкий

О НЕКОТОРЫХ ИНТЕРПРЕТАЦИЯХ ТЕРМИНА «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

*Медицинский университет Астана, Казахстан
Институт общественного здравоохранения*

Аннотация. Анализ научной отраслевой литературы последних лет показывает, что многие монографии, учебники, пособия и другие виды изданий по проблеме общественного здоровья и здравоохранения содержат определения слов и словосочетаний, которые стали широко использоваться в процессе реформирования и функционирования отрасли в новых экономических условиях. В то же время термин «общественное здоровье и здравоохранение» до сих пор еще не имеет четкого и однозначного определения.

Термин «общественное здравоохранение» рассматривался многими комитетами и конференциями ВОЗ. Указывалось, что в разных странах значение этого термина различно и зависит от того, насколько служба здравоохранения в них является частной или общественной.

Отмечено, что терминологическое определение должно обладать информационной насыщенностью и стилистической нейтральностью, понятной загруженностью каждого полнозначного слова, лаконичностью, типичностью признаков для данной тематической области.

A.A. Dubitsky

ABOUT SOME INTERPRETATIONS OF THE TERM «PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE»

*Medical university Astana, Kazakhstan
Institute of public health care*

Abstract. The analysis of scientific branch literature of the last years shows that many monographs, textbooks, grants and other types of editions on a problem of public health and health care contain definitions of words and phrases which began to be used widely in the course of reforming and branch functioning in new economic conditions. At the same time the term «public health and health

care» still yet has no accurate and unequivocal definition.

The term «public health care» was considered by many committees and WHO conferences. It was specified that in the different countries value of this term variously and depends on as far as the health service in them is private or public.

It is noted that terminological definition should possess information saturation and a stylistic neutrality, conceptual load of each meaning-bearing word, laconicism, typicalness of signs for this thematic area.

Последние 10-15 лет в медицинской науке стран СНГ отмечено активное образование и внедрение новых терминов. Это подтверждает мнение специалистов о том, что создание и совершенствование терминологии - необходимое условие развития науки [1.2].

Термины, несущие новые знания, т. е. выражающие новые понятия, как правило, не зафиксированы в специальных словарях. На начальном этапе их появления в научных текстах они являются неологизмами и авторскими новообразованиями.

Лавинообразный стихийный рост таких терминов ведет к «терминологическому потоку», отрицательно отражается на взаимопонимании специалистов, подготовке кадров, качестве издаваемой научной литературы. Более того, «удачные термины могут способствовать развитию науки, а неудачные - тормозить развитие научных знаний» [1].

Анализ научной отраслевой литературы последних лет показывает, что многие монографии, учебники, пособия и другие виды изданий по проблеме общественного здоровья и здравоохранения содержат определения слов и словосочетаний, которые стали широко использоваться в процессе реформирования и функционирования отрасли в новых экономических условиях. В то же время термин «общественное здоровье и здравоохранение» до сих пор еще не имеет четкого и однозначного определения. В одном источнике предлагается в порядке обсуждения указанный термин интерпретировать как науку о закономерностях формирования здоровья, методов его охраны и укрепления, и организации здравоохранения в различных социально-экономических условиях жизни населения [3].

В другом документе его определяют как самостоятельную медицинскую науку, изучающую воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки профилактических мер по его оздоровлению и совершенствованию медицинского обслуживания [4].

Как видно, в одном варианте речь, в первую очередь, идет о закономерностях формирования здоровья, в другом - о воздействии на здоровье и разработке профилактических мер.

Возможно, специалисты не найдут существенных различий в смысле этих определений, однако анализ понятийной природы термина и его ключевых слов приводит к мысли о необходимости унификации его дефиниций, приведения к более объективному содержанию.

Исследуемый термин состоит из двух самостоятельных терминов. Один из них - «общественное здоровье», которое определяется как важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей.

Такая формулировка была принята на семинаре заведующих кафедрами организационного профиля медицинских вузов России «Современные подходы, формы и методы преподавания «Общественного здоровья и здравоохранения» (Москва, 2000 г.).

В то же время Минздрав РФ, исходя из материалов ВОЗ, предлагает определять общественное здоровье как медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности [4].

Общественное здоровье изучает состояние здоровья коллективов, социальных групп и общества в целом и характеризуется одновременным, комплексным воздействием социальных, поведенческих, биологических, геофизических и многих других факторов [5].

Исходя из приведенного текста, общественное здоровье представляет одновременно как наука, которая изучает здоровье, и как здоровье общества, на которое воздействуют факторы. Термин «общественное здоровье» определяется также как такое состояние, такое качество общества, которое обеспечивает условия для активного, продуктивного образа жизни, не стесненного заболеваниями, физическими и психическими расстройствами [6].

И наконец, общественное здоровье - это «способность общества, государства реализовать определенные механизмы воспроизводства населения, его здоровья, измеряемого системой соответствующих статистических показателей [7].

Нельзя не заметить противоречия (если это не редакторская небрежность) в определении функции общественного здоровья как научной дисциплины. В одном источнике отмечено, что оно «занимается изучением широкого круга медицинских аспектов, социологических, экономических, управленческих, философских проблем в конкретной исторической обстановке» [4]. В другом источнике к слову «проблем» добавлено словосочетание «в области охраны здоровья населения» и эта функция в целом отнесена к общественному здоровью и здравоохранению [5].

Определенные различия наблюдаются также в дефинициях термина «общественное здравоохранение» (public health). Оно определяется как наука и искусство профилактики болезней, продления жизни, укрепления психического и физического здоровья и достижения необходимой результативности благодаря целенаправленным усилиям населения [8]. В другой трактовке это наука, искусство организации и управления совместными усилиями, направленными на защиту, укрепление и восстановление здоровья членов общества [9].

Термин «общественное здравоохранение» рассматривался многими комитетами и конференциями ВОЗ. Указывалось, что в разных странах значение этого термина различно и зависит от того, насколько служба здравоохранения в них является частной или общественной.

Появился также термин «новое общественное здравоохранение», который определяется специалистами как профессиональный и общественный интерес к тому, какое влияние на здоровье оказывает окружающая среда в целом. При этом авторы подчеркивают, что термин строится на основе старого понятия «общественное здравоохранение» (относящегося главным образом к XX веку), задача которого заключалась в устранении вредных воздействий физического окружения на здоровье (например, постройка канализационных сооружений). В настоящее время это понятие включает социально-экономическое окружение (например, высокий уровень безработицы) [10].

Существует еще не одна дефиниция исследуемых терминов. Не вдаваясь в процесс превращения языковой единицы в термин, следует отметить, что текст терминологического определения должен обладать информационной насыщенностью и стилистической нейтральностью, понятийной нагруженностью каждого полнозначного слова, лаконичностью, типичностью признаков для данной тематической области и т. п.

Как видно из представленных материалов, термин «общественное здравоохранение» и его составные части еще нуждаются в дискуссионном обсуждении, унификации и упорядочении понятийного аппарата по этой проблеме.

Литература

1. Гринев С. В., Лейчик В. М. К истории отечественного терминоведения // НТИ. Сер. 1. - 1999. - № 7. - С. 1-13.
2. Скороходько Э. Ф. Информационная ценность термина в научном тексте (индикативные и информационные маркеры) // НТИ. Сер. 2. - 1998. - № 9. - С. 13-22.
3. Абылкасымов Е. А. К вопросу о терминологии в здравоохранении // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. - 2001. - № 20. - С. 3-6.
4. Медик В. А., Юрьев В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть 1. Общественное здоровье. - М.: Медицина, 2001. - 200 с.
5. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н. И. Вишнякова. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 528 с.
6. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Под ред. акад. РАМН проф. Ю. П. Лисицина. - 2009. - 698 с.
7. Гордиенко Г. П., Третьякова С. Н., Садыков Б. Н. Организация, финансирование и управление здравоохранением: Глоссарий. - Алматы, 2011. - 112 с.

8. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования: Учебное пособие /Под ред.В.З. Кучеренко, А. И. Вялкова. - М.: ММА им. И. М. Сеченова, Федеральный фонд ОМС, 2000.-264 с.

9. Аканов А. А., Арыстанова С. Н., Мустафаев С. У. и др. Англо-русские термины экономики и управления здравоохранением. - Алматы, 2007. - 138 с.

10. Терминологический глоссарий по укреплению здоровья. - ВОЗ, ЕРБ.

А.А. Дубицкий, А.К. Тургамбаева, Н.Т. Ашимов

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ И ДИНАМИЧЕСКОМУ НАБЛЮДЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ

*Медицинский университет Астана, Казахстан
Институт общественного здравоохранения*

Аннотация. Программы медицинского обследования и динамического наблюдения требуют особого внимания, так как они являются основой определения стратегии сохранения и укрепления здоровья населения. Разработанные современные подходы медицинского обследования и динамического наблюдения должны найти свое отражение как в образовательном процессе на всех уровнях (додипломная, постдипломная подготовка кадров) так и в развитии медицинской науки в целом.

Внедрение новых подходов динамического наблюдения населения показало свою результативность. Предложенные принципы к совершенствованию программ динамического наблюдения позволят проводить современную политику сохранения и укрепления здоровья населения.

A.A. Dubitsky, A.K. Turgambayeva, N.T. Ashimov

IMPROVEMENT OF APPROACHES TO MEDICAL EXAMINATION AND TO DYNAMIC SUPERVISION OF THE POPULATION

*Medical university Astana, Kazakhstan
Institute of public health care*

Abstract. Programs of medical examination and dynamic supervision demand special attention as they are a basis of definition of strategy of preservation and strengthening of health of the population.

Programs of medical examination and dynamic supervision demand special attention as they are a basis of definition of strategy of preservation and strengthening of health of the population. Introduction of new approaches of dynamic supervision of the population has shown the productivity.

The offered principles to improvement of programs of dynamic supervision will allow to pursue modern policy of preservation and strengthening of health of the population.

В настоящее время состояние здоровья населения Республики Казахстан вызывает особую тревогу и озабоченность в связи с неблагоприятными уровнями и тенденциями заболеваемости, инвалидности и смертности.

Особого внимания требует охрана здоровья сельского населения, которая составляет 43,8 % от численности всего населения Казахстана.

Вместе с тем, программы медицинского обследования и динамического наблюдения требуют особого внимания, так как они являются основой определения новой стратегии сохранения и укрепления здоровья населения.

К сожалению, работ, отвечающих современным подходам ВОЗ и способных отразить достоверно происходящие изменения с позиций здоровья и здравоохранения страны немного, а исследований, посвященных новым методам широкомасштабного обследования, динамического наблюдения и оздоровления населения практически нет.

Учитывая вышеуказанные проблемы, назрела необходимость совершенствования подходов медицинского обследования и динамического наблюдения населения. В этой связи, первым этапом разработки и внедрения новой стратегии динамического наблюдения населения следует отметить проведение медицинского обследования сельского населения в рамках Года здоровья.

Концептуальной основой медицинского обследования явились скрининговые исследования с последующим обследованием, динамическим наблюдением и оздоровлением населения на различных этапах оказания медицинской помощи и адаптированные к условиям и особенностям Казахстана.

Эти подходы были утверждены приказами Министерства здравоохранения Республики Казахстан. По результатам внедрения данной программы в течение последних двух лет было обследовано свыше 5,7 млн. чел. (сельское население в возрасте 18 лет и старше, школьники с 12 до 18 лет).

Отличительные особенности этой скрининг-программы:

- простота выполнения при достаточной информативности;
- доступность для проведения средним медицинским персоналом;
- относительно низкая стоимость; отсутствие необходимости применения сложной диагностической аппаратуры;
- низкие затраты времени на ее выполнение;
- возможность для проведения массовых исследований.

Полученные результаты показали реалистичность и адекватность использования разработанных программ практическим здравоохранением. Внедрение программы медицинского обследования и динамического наблюдения сельского населения позволило получить следующие основные результаты:

- разработаны, апробированы и внедрены программы медицинского обследования;

- создана персонифицированная база данных на 4 млн. сельского населения;

- медицинский персонал овладел навыками проведения скрининг-исследований;

- определены уровни патологической пораженности отдельными классами болезней как по республике в целом, так и в разрезе областей.

Вместе с тем, следует отметить и проблемы, возникшие в ходе внедрения программы медицинского обследования и динамического наблюдения:

- необходимость совершенствования нормативно-правовой базы;

- необходимость разработки и внедрения инновационных технологий;

- учитывая объемность и масштабы проводимых исследований необходимо было определить приоритетные классы болезни, формирующие большую долю бремени болезни.

Вторым этапом новой стратегии является совершенствование принципов медицинского обследования и динамического наблюдения населения.

Во-первых, в развитии полученных успехов и в дифференцированном подходе в целях концентрации сил и средств.

Для реализации поставленной задачи к настоящему времени определены приоритетные группы болезней, определяющие наибольшую заболеваемость, инвалидность, смертность населения и занимающих ведущее место в структуре бремени болезни; выделены возрастные группы, подлежащие осмотру и периодичность их обследования.

Однако, успех проводимых мероприятий непосредственно зависит от финансового обеспечения программы.

В целях результативного проведения динамического наблюдения населения в настоящее время необходимо разработать специальную программу «Диспансеризация» с выделением финансовых средств на всех уровнях в 2013-14 гг.

Следующим, третьим, этапом должно стать внедрение новых концептуальных подходов медицинского обследования и динамического наблюдения, основными принципами которых должны стать:

- комплексный подход интегрированной первичной профилактики по приоритетным группам болезней, направленный на снижения влияния факторов риска;

- синдромный подход на популяционном уровне к профилактике заболеваний;

- дифференцированный, этиопатогенетически обоснованный подход и оказание специализированной медицинской помощи на уровне третичной медицинской помощи.

В этой связи на третьем этапе видятся следующие задачи:

- разработка и внедрение новых технологий интегрированной профилактики заболеваний и динамического наблюдения;
- разработка Национальных профилактических программ;
- определение роли и места специализированной медицинской помощи и ее взаимосвязи с первичной медико-санитарной помощи.

На четвертом этапе внедрения новых принципов медицинского обследования и динамического наблюдения населения необходимо в первую очередь внедрить в практику здравоохранения мониторинг в виде учетно-отчетных формы, регламентирующих на уровне первичной медико-санитарной помощи показатели динамического наблюдения и эффективность проведения профилактических мероприятий.

Оценку результативности программ, видимо, следует ожидать на 3-4 этапах внедрения новой стратегии динамического наблюдения населения.

Разработанные современные подходы медицинского обследования и динамического наблюдения должны найти свое отражение как в образовательном процессе на всех уровнях (додипломная, постдипломная подготовка кадров) так и в развитии медицинской науки в целом.

Таким образом, внедрение новых подходов динамического наблюдения населения показало свою результативность. Предложенные принципы к совершенствованию программ динамического наблюдения позволяют проводить современную политику сохранения и укрепления здоровья населения.

Р.А. Еркебай

НОВЫЙ СТАНДАРТ ПОДГОТОВКИ БАКАЛАВРОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АО «Медицинский университет Астана», Казахстан

Аннотация. Новая образовательная программа бакалавриата по специальности «Общественное здравоохранение» проектируются на основании модульной системы изучения дисциплин. Модуль – часть образовательной программы, учебного курса, предмета, дисциплины, имеющая определенную логическую завершенность по отношению к целям и планируемым результатам освоения образовательной программы. Учет трудоемкости учебной работы осуществляется по объему преподаваемого материала и измеряется в кредитах, являющихся единицами измерения трудозатрат студентов, необходимых для достижения конкретных результатов обу-

чения. Кредиты отражают условную «стоимость» отдельных модулей (элементов) образовательной программы.

R. Erkebai

NEW STANDARD OF TRAINING OF BACHELORS OF PUBLIC HEALTH CARE

JSC "Medical university Astana", Kazakhstan

Abstract. New educational program of a bachelor degree in «Public health care» are projected on the basis of modular system of studying of disciplines. The module – a part of an educational program, a training course, a subject, the discipline, having a certain logic completeness in relation to the purposes and planned results of development of an educational program. The accounting of labor input of study is carried out on volume of a prepodavayemy material and measured in the credits being units of measure of labor costs of students, concrete results of training necessary for achievement. The credits reflect conditional “cost” of separate modules (elements) of an educational program.

Понятие модуля не является «собственно болонским», к тому же оно толкуется не вполне одинаково разными авторами. В то же время это понятие действительно получило довольно широкое распространение, причем в наибольшей степени применительно именно к программам, которые учитывают такие принципы Болонского процесса, как автономность вузов в определении содержания обучения, индивидуализация обучения. Под модулем чаще всего имеется в виду блок дисциплин, которые образуют определенную взаимосвязанную целостность в составе программы, могут оцениваться как логическая подструктура внутри общей структуры программы. Мера самостоятельности образовательного модуля определяется его относительной тематической замкнутостью. Модулю отвечает определенная сумма зачетных единиц (кредитов) и отдельная отчетность, контроль за усвоением новых знаний и/или умений? предлагаемых модулем; это может быть и самоконтроль по установленным правилам. Результаты отчетности могут одновременно служить входным контролем, предваряющим переход к освоению нового модуля. Особенно эффективно модульное строение для междисциплинарных (мультидисциплинарных) программ, которые должны органично сочетать подходы некоторого множества дисциплин, часто достаточно разнородных, которым и отвечают отдельные модули. В магистратуре, сохраняя инвариантную часть и меняя модули, «удобно» давать разные специализации.

Цикл общеобразовательных дисциплин (ООД) состоит из дисциплин обязательного компонента и может включать компоненты по выбору. Циклы базовых дисциплин (БД) и профилирующих дисциплин (ПД) включа-

ют дисциплины обязательного компонента и компонента по выбору. Перечень дисциплин компонента по выбору определяется вузом самостоятельно. Ежегодно вузом разрабатывается каталог элективных дисциплин (КЭД), который представляет собой систематизированный аннотированный перечень всех дисциплин компонента по выбору. На основе ТУПл и КЭД по специальности студент с помощью эдвайзера составляются ИУП. ИУП определяет индивидуальную образовательную траекторию каждого студента отдельно. В ИУП включаются дисциплины обязательного компонента из ТУПл и дисциплины компонента по выбору из КЭД. В целях недопущения хаотичного выбора студентами элективных дисциплин и реализации разработанных вузом образовательных программ, рекомендуется в рамках КЭД представить на выбор студентам несколько образовательных траекторий – перечней элективных дисциплин и последовательности их изучения, позволяющих студенту «на выходе» в рамках специальности высшего образования получить дополнительно определенный перечень профессиональных навыков и компетенций, ориентированных на конкретную сферу деятельности с учетом потребностей рынка труда и работодателей.

Результаты обучения выражаются через компетенции и проектируются на основании Дублинских дескрипторов 1 уровня обучения (бакалавриат). Дублинские дескрипторы основаны на пяти главных результатах обучения:

- знание и понимание,
- использование на практике знания и способности понимания,
- способность к вынесению суждений, оценке идей и формулированию выводов,
- умения в области общения,
- умения в области обучения.

Общие компетенции высшего образования формируются на основе требований к общей образованности, социально-этическим компетенциям, экономическим и организационно-управленческим компетенциям, специальным компетенциям. Специальные компетенции разрабатываются для каждой специальности высшего образования с учетом требований работодателей и социального запроса общества.

В настоящее время предполагается обозначить 6 траектории, т.е. направлений (направление подготовки – совокупность образовательных программ различного уровня в одной профессиональной области) по подготовке бакалавров по специальности «Общественное здравоохранение»: Политика и менеджмент в здравоохранении; Этика и правовые аспекты в здравоохранении; Эпидемиология и биостатистика; Проблемы здоровья населения и профилактика заболеваний; Исследования в области общественного здоровья и здравоохранения.

Направленность (профиль) образования – целевая ориентация образовательной программы, определяющая ее предметно-тематическое содержание и (или) преобладающие виды учебной деятельности. **Профиль** –

совокупность основных типичных черт профессии (направления подготовки, специальности, специализации), определяющих конкретную направленность образовательной программы

Каждая траектория, т.е. направление, состоит из нескольких модулей, которые в свою очередь содержат несколько дисциплин. С первого до третьего семестра включительно по всем траекториям планируются общеобразовательные модули, т.е. предметы, которые обязательны по стандарту. Уже с четвертого можно по каждой траектории планировать модули по базовым дисциплинам. С шестого семестра до десятого семестра - профилирующие модули. В случае формирования модульных образовательных программ содержание обучения структурируется в логически завершенные автономные организационно-методические блоки – модули. Каждый из них, являясь структурными элементом учебного плана, формируется как организационно-методическая междисциплинарная структура в виде учебных дисциплин или их разделов, объединяемых по направленности на получение обучающимися той или иной компетенции (группы компетенций), которые составят квалификационную характеристику бакалавра по специальности «Общественное здравоохранение». Модулем может быть также совокупность видов учебной работы, например, практики, НИР и др. При проектировании модуля должны быть определены цели, задачи, результаты и уровни его освоения; выбраны эффективные методы и формы обучения, образовательные технологии; установлены критерии оценивания заявленных результатов освоения; предусмотрены оптимальные методы и формы входного, промежуточного и итогового контроля, а также соответствующие оценочные средства и средства самооценки обучающихся. Реализация компонентов модуля должна обеспечивать возможность индивидуализации обучения студентов.

Распределение компетенции с учетом европейских ключевых компетенции специалиста «Общественное здравоохранение» по траекториям приблизительно выглядит таким образом:

Траектории	Компетенции на выходе
Исследования в области общественного здоровья и здравоохранения	Способен вычислить основные демографические и эпидемиологические, статистические параметры Способен применить основные эпидемиологические и статистические концепции в конкретных, но простых практических ситуациях Способен спроектировать и внедрить протокол применения Специального опросника, основанного на теории классификации Данных, извлеченных из предшествующих документов и баз данных или контролирующих систем Способен спроектировать и реализовать оценку потребности здравоохранения и сформулировать соответствующее заключение Способен спроектировать и внедрить систему мониторинга мероприятий и структур по оказанию медицинских услуг, включая неблагоприятные и серьезные непредвиденные исходы

	<p>Способен разработать и применить оценочный лист для оценки качества научной публикации в ОЗ;</p> <p>Способен оценить уровень доказательности научных публикаций по ОЗ;</p> <p>Способен использовать программы статанализа для проведения статанализа</p> <p>Способен идентифицировать основные типы качественных эмпирических методов в литературе</p> <p>Способен спланировать, организовать, выполнить, проанализировать результаты и подготовить отчет</p> <p>Способен исследовать, описывать и анализировать организацию</p> <p>Способен разработать, спланировать и внедрить простое социологическое, социо-физиологическое или антропологическое эмпирическое исследование со специальной ссылкой на популяцию</p> <p>Способен использовать наиболее распространенные информационно-коммуникационные технологии</p> <p>Способен спланировать поисковый профиль, включающий наиболее важные базы данных;</p> <p>Способен разработать поисковый профиль и произвести на его поиск литературы</p> <p>Способен систематизировать результаты эмпирического поиска литературы,</p> <p>Способен презентовать, систематизировать и применять важные критерии качества эмпирических исследований в идентифицированной литературе</p> <p>Способен определить концепцию мета-анализа и презентовать обзор достоинств и недостатков мета-анализа;</p> <p>Способен суммировать данные эмпирических исследований с помощью мета-анализа</p> <p>Способен разрабатывать протокол проекта исследования по ОЗ</p>
<p>Этика и правовые аспекты в здравоохранении</p>	<p>Способен определять этические аспекты конкретных мероприятий в области общественного здравоохранения, стратегии и политику;</p> <p>Способен применять основные этические принципы в общественном здравоохранении, например, недискриминационный подход к целевым группам населения и управление человеческими ресурсами;</p> <p>Способен уважать и соблюдать этические принципы, касающиеся защиты данных и конфиденциальности в отношении любой информации, полученной в рамках профессиональной деятельности;</p> <p>Способен подготовить заявку в комитет по этике, в контексте соответствующего исследования в одной определенной стране.</p>
<p>Общественное здоровье и его физические, химические и биологические детерминанты или эпидемиология и биостатистика</p>	<p>Способен мониторировать и интерпретировать экологическое воздействие</p> <p>Способен осуществлять оценку риска, ассоциированного с компонентами физических, радиологических, химических и биологических факторов окружающей среды, включая соответствующие эффекты будущих изменений климата</p> <p>Способен разрабатывать стратегии в области ОЗ, включая программы риск-менеджмента, основанные на доказательствах из эмпирических экологических исследований, основанных на инфор-</p>

	<p>мации из систем эпидемиологического контроля (национальных или международных) доступных в интернет:</p> <p>Способен разрабатывать документацию (например: таблицы, диаграммы, мультимедиа-презентации) по взаимосвязи физических, радиологических, химических и биологических факторов окружающей среды и здоровья европейских популяций и популяционных групп;</p> <p>Способен составлять прогнозы по развитию статуса здоровья европейских популяций и популяционных групп, с учетом физических, радиологических, химических и биологических факторов окружающей среды и их возможные влияния изменения климата на здоровье</p> <p>Способен идентифицировать популяционные группы с повышенным риском и определять их медицинские потребности: дети, группы, проживающие в особенных зонах с повышенным экологическим влиянием, работники вредных производств и их родственники, люди, живущие в регионах природных катастроф и т.д.</p> <p>Способен разрабатывать планы по изучению взаимосвязи материальной среды и здоровья</p> <p>Способен разрабатывать экспериментальные проекты, основанные на гипотезе о взаимосвязи материальной среды и здоровья</p> <p>Способен вычислить основные демографические и эпидемиологические, статистические параметры</p> <p>Способен применять основные эпидемиологические и статистические концепции в конкретных, но простых практических ситуациях</p> <p>Способен спроектировать и внедрить протокол применения</p> <p>Способен спроектировать и реализовать оценку потребности здравоохранения и сформулировать соответствующее заключение</p> <p>Способен спроектировать и внедрить систему мониторинга мероприятий и структур по оказанию медицинских услуг, включая неблагоприятные и серьезные непредвиденные исходы</p> <p>Способен разработать и применить оценочный лист для оценки качества научной публикации в ОЗ;</p> <p>Способен оценить уровень доказательности научных публикаций по ОЗ;</p> <p>Способен использовать программы статанализа для проведения статанализа</p>
<p>Укрепление здоровья: санитарно-просветительная работа, профилактика заболеваний и защита здоровья или Проблемы здоровья населения и профилактика заболеваний;</p>	<p>Способен определять проблемы здоровья населения, имеющие значение в укреплении здоровья на любых уровнях социальной и политической организации, от общего к местному;</p> <p>Способен использовать основные показатели общественного здоровья – включающие анализ степени риска - наличие профессиональных, академических и политических аудиторий, имеющих современное медиа-устройства, пр.: печатные носители и аудиовизуальные технологии;</p> <p>Способен использовать теорию развития общества для усиления общественного участия;</p> <p>Способен разрабатывать, внедрять, управлять и оценивать стратегию укрепления здоровья, используя стандартные инструменты общественного здравоохранения;</p> <p>Способен писать управленческое предложение</p>

<p>Общественное здоровье и социально-экономические детерминанты</p>	<p>Способен на основе информации из эпидемиологических систем контроля доступных в интернет (например: национальные системы; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»):</p> <ul style="list-style-type: none"> разрабатывать эпидемиологическую документацию (таблицы, диаграммы, и др.) о взаимосвязи между социо-экономической средой и состоянием здоровья европейских популяций и популяционных групп; разрабатывать прогнозы развития статуса здоровья европейских популяций и популяционных групп; идентифицировать, извлекать и анализировать главные тенденции социальных изменений с специальной ссылкой на демографию, социальную структуру и экономическое и технологическое развитие; идентифицировать популяционные группы с повышенным риском для здоровья, и распознавать их потребности, например дети, пожилые, взрослые среди работающего и неработающего населения, иммигрантов, людей с особыми физическими, психическими или учебными потребностями и малоимущих групп населения.
<p>Политика здравоохранения; экономика; организационная теория и менеджмент или политика и менеджмент в здравоохранении</p>	<p>Способен разработать и внедрять стратегии ОЗ, основанные на стандартных методах и руководствах ОЗ,</p> <p>Способен проводить организационный, управленческий и финансовый анализ</p> <p>Способен осуществлять экономическую оценку определенной процедуры, вмешательства, стратегии или политики здравоохранения:</p> <ul style="list-style-type: none"> Оценку экономической эффективности; Оценку рентабельности; Оценку экономической выгоды;
	<p>Способен осуществлять оценку влияния на здоровье определенных планируемых разработок, например при планировании нового аэропорта, парка и т.д.</p> <p>Способен моделировать и проектировать влияние внедрения новой услуги, технологий, technologies, оздоровительных программ или разработок;</p> <p>Способен разрабатывать и управлять деятельностью в системе здравоохранения путем применения системных руководств</p> <p>Способен осуществлять SWOT-анализ программы, института, процедуры</p> <p>Способен осуществлять бюджетное прогнозирование программы, института, процедуры с допущением различных ресурсов;</p> <p>Способен осуществлять планирование, внедрение и оценку программ, реализовать политику на практике, например, путем применения принципов картирования вмешательств;</p> <p>Способен идентифицировать потребность в соответствующих документах и источниках для разработки стратегии здравоохранения для решения проблем здоровья популяции;</p> <p>Способен понимать свой тип лидерства и личности и применять его конструктивным способом для позитивного управления кадровыми ресурсами</p>

Первую траекторию, «**Исследования в области общественного здоровья и здравоохранения**», можно расписать по модулям, их содержание, компетенциям и дисциплинам в следующем виде (таблица прилагается)

Литература:

1. Олейникова О. Н., Муравьева А. А., Коновалова Ю. В., Сартакова Е. В. Разработка модульных программ, основанных на компетенциях: Учебное пособие. М., 2005.

2. Лайл М. Спенсер-мл., Сайн М Спенсер. Компетенции на работе. Пер. с англ. М: НИРРО, 2005. 384 с.

3. Байденко В.И. Выявление состава компетенций выпускников вузов как необходимый этап проектирования ГОС ВПО нового поколения: методическое пособие. М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов. 2006. 72 с.

4. Бадарч Д., Наранцеэг Я., Сазонов Б.А. Организация индивидуально-ориентированного учебного процесса в системе зачетных единиц / Под общ. ред. Б.А.Сазонова. М.: НИИВО. 2003

5. Байденко В.И. Об одном подходе к построению российской структуры квалификаций высшего профессионального образования. Материалы XVIII Всероссийской научно-методической конференции «Проектирование федеральных государственных образовательных стандартов и образовательных программ высшего профессионального образования на компетентностной основе» – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов. 2008

6. Стив Уиддетт, Сара Холлифорд, Практическое руководство по компетенции: как улучшить индивидуальную работу и работу организации в целом. – Интернет ресурс: <http://www.hr-portal.ru/node/14330>;

<http://www.hr-portal.ru/pages/hrm/competition.php>

7. Требования и критерии оценки уровня сформированности ключевых компетентностей учащихся (для оценки проектной деятельности). / Британский проект. Самара: 2003.

Р.А. Еркебай

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ XXI ВЕКА

АО «Медицинский университет Астана», Казахстан

Аннотация. Быстрый темп развития медицинской науки обеспечил врачей новыми, современными методами диагностики заболеваний, эффективными средствами лечения. Все это одновременно требует разработки новых организационных форм и условий деятельности медицинских работников, лечебно-профилактических учреждений, нередко создается со-

вершенно новые медицинские учреждения. В связи с этим возникает потребность в изменении системы управления медицинскими учреждениями, расстановки медицинских кадров; появляется необходимость в пересмотре нормативной базы здравоохранения, расширения самостоятельности руководителей медицинских учреждений и прав врача.

R. Erkebai

TOPICAL ISSUES OF TRAINING OF MANAGERS OF HEALTH CARE OF THE XXI CENTURY

JSC "Medical university Astana", Kazakhstan

Abstract. Fast rate of development of a medical science provided doctors with new, modern methods of diagnostics of diseases, effective remedies of treatment. All this at the same time demands development of new organizational forms and conditions of activity of medical workers, treatment-and-prophylactic establishments, is quite often created absolutely new medical institutions. In this regard there is a need for change of a control system by medical institutions, arrangements of medical shots; there is a need for revision of regulatory base of health care, expansion of independence of heads of medical institutions and the rights of the doctor.

На сегодняшний день создаются условия для пересмотра вариантов более оптимального решения экономических проблем здравоохранения, введения элементов внутриведомственного хозяйственного расчета, экономического стимулирования качественного труда медицинского персонала и пр. Указанные проблемы определяют место и значение науки в дальнейшем совершенствовании отечественного здравоохранения. Единство теории и практики отечественного здравоохранения нашло свое выражение в единстве теоретических и практических задач, методических приемов отечественного общественного здоровья и здравоохранения.

Таким образом, ведущее значение в науке имеет вопрос об изучении эффективности влияния на здоровье населения всех мероприятий, которые проводит государство и роли в этом здравоохранения и отдельных медицинских учреждений, как с государственными, так и с негосударственными формами собственности, т.е. предмет раскрывает значение всего многообразия общественно-экономической жизни страны и определяет пути совершенствования медицинского обслуживания населения.

Специальность «Общественное здоровье и здравоохранение» определяется как медицинская наука, изучающая закономерности общественного здоровья, воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки стратегии и тактики здравоохранения, совершенствования медицинской помощи населению. Область исследования: Исследование теоретических проблем охраны здоровья населения и здравоохранения, теорий и концепций развития здравоохране-

ния, условий и образа жизни населения, социально-гигиенических проблем; Разработка методов исследования, изучения и оценки состояния здоровья населения и тенденций его изменения, исследование демографических процессов, структур заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп; Исследование организации медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения; изучение качества внебольничной и стационарной медицинской помощи; Разработка теоретических, методических и организационных аспектов медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов; Исследование медико-социальных и этических аспектов деятельности медицинских работников; Разработка научных проблем экономики, планирования, нормирования труда медицинских работников и финансирования здравоохранения, менеджмента и маркетинга. Изучение потребности населения в медицинской помощи; Разработка теоретических, методических и организационных аспектов обязательного и добровольного медицинского страхования населения; Исследование проблем управления здравоохранением, разработка АСУ и компьютерных технологий управления лечебно-профилактическими учреждениями, службами и здравоохранением в целом; Изучение здравоохранения за рубежом, деятельности ВОЗ и других международных медицинских и общественных организаций по охране здоровья населения.

С 2006 года Ассоциация школ общественного здравоохранения в Европейском регионе (ASPHER), начала разработку и описание основных квалификационных требований, применимых для образования, науки и практической деятельности в области здравоохранения. Работа проводилась с вовлечением всех членов ASPHER. Результатом этой работы стал список квалификационных требований, отражающий интеллектуальные и практические навыки, которыми должны обладать специалисты общественного здравоохранения. Данные требования разделены на 6 разделов: Методы общественного здравоохранения; Здоровье населения и его социально-экономические, а также физические, радиологические, химические, биологические и экологические детерминанты; Политику; Экономику; и Менеджмент Здравоохранения; Укрепление здоровья (к которому относятся Санитарное просвещение, Охрана здоровья и профилактика заболеваний); Биоэтику.

Общественное здоровье характеризуется одновременным, комплексным воздействием социальных, поведенческих, биологических, геофизических и многих других факторов. При изучении общественного здоровья факторы, его определяющие, обычно объединяют в следующие группы:

1. Социально-экономические факторы (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние, уровень и качество питания, отдых и т.д.)

2. Социально-биологические факторы (возраст, пол, предрасположенность к наследственным заболеваниям и т.д.).

3. Экологические и природно-климатические факторы (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, наличие экстремальных природно-климатических факторов и т.д.).

4. Организационные или медицинские факторы (обеспеченность населения медицинской помощью, качество медицинской помощи, доступность медико-социальной помощи и т.д.).

Общественное здоровье и здравоохранение имеют свою методологию и методы исследования. Такими методами являются: статистический, исторический, экономический, экспериментальный, хронометражных исследований, социологические методы и другие.

На сегодняшний день общественное здоровье и здравоохранение принято рассматривать как; 1) научную дисциплину; 2) учебную дисциплину; 3) практическую деятельность (профессию). По существу общественное здравоохранение сформировалось в науку о стратегии и тактике здравоохранения. Она разрабатывает стратегию организационного медико-социального характера, направленную на подъем уровня общественного здоровья и качества медицинского обслуживания. Общественное здравоохранение является одним из наиболее важных в системе медицинского образования и в медико-социальных исследованиях. Обоснованность такой оценки в значительной степени подтверждают задачи данной науки и соответствующей ей учебной дисциплины:

- Изучение состояния здоровья населения и влияния на него социальных факторов.
- Разработка методологии изучения здоровья населения.
- Теоретическое обоснование политики государства в области здравоохранения.
- Разработка организационных принципов здравоохранения в стране.
- Разработка и практическая реализация организационных форм и методов работы медицинских организаций и врачей.
- Подготовка и воспитание медицинских работников (врачей), как врачей общественников, организаторов работы по своей специальности.

Для полноценного выполнения этих задач, необходима соответствующая подготовка врачей. Как известно, одним из важных компонентов, определяющих уровень подготовки, является структура предмета, его внутреннее содержание. Наиболее полно определил структуру предмета широко известный и признанный в мире специалист по общественному здоровью и здравоохранению ученый, педагог, энциклопедист, врач-философ академик РАМН Ю.П. Лисицин:

- История здравоохранения.
- Теоретические проблемы здравоохранения и медицины.
- Здоровье населения и методы его изучения.
- Медицинская статистика.

- Организация медицинской помощи населению.
- Экономика, планирование, финансирование здравоохранения.
- Управление здравоохранением (маркетинг, менеджмент, право).

Каждый из перечисленных разделов представляет собой, по существу, отдельную учебную и научную дисциплину. Кроме того, каждый из них имеет свою индивидуальную направленность и содержание. Однако реальные потребности совершенствования и развития здравоохранения явились предпосылкой их тесного взаимодействия. В совокупности и взаимосвязи они воплотились в самостоятельный предмет науки и практики с четко определенными задачами и направлениями деятельности.

Сама подготовка по предмету в высших учебных учреждениях носит преимущественно базовый характер, а, следовательно, ее уровень является пропедевтическим. В последующей практической деятельности для того, чтобы быть хорошим специалистом-врачом и особенно организатором здравоохранения потребуются полученные базовые знания пополнять и совершенствовать всю жизнь.

Более полное представление о предмете дает оценка обширной проблематики, изучаемой современным общественным здоровьем и здравоохранением:

- Изучение теоретических и организационных основ здравоохранения.
- Изучение влияния социальных условий и образа жизни на здоровье населения.
- Разработка критериев оценки общественного здоровья.
- Исследование проблем народонаселения и их связей с общественным здоровьем и здравоохранением.
- Изучение экологии человека.
- Исследование медицинской, социальной и экономической значимости здравоохранения.
- Изучение правовых и этических основ здравоохранения.
- Изучение медицинских аспектов социального страхования и социального обеспечения.
- Изучение потребности населения в медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных и стационарных условиях и разработка наиболее эффективных ее форм и методов.
- Разработка комплексных программ снижения и ликвидации наиболее распространенных и тяжелых заболеваний.
- Разработка вопросов планирования и управления здравоохранением.
- Разработка проблем экономики здравоохранения, его финансирования.
- Разработка санитарно-эпидемиологических основ здравоохранения.
- Разработка социально-экономических и медицинских мероприятий профилактики.
- Разработка мероприятий по пропаганде и реализации ЗОЖ, гигиеническому обучению и воспитанию населения.

Этот перечень не исчерпывает всех проблем, входящих в круг интересов общественного здоровья и здравоохранения. Его можно рассматривать как своеобразное дополнение задач дисциплины, и в определенной мере расшифровку некоторых из них. Вместе с тем, все это касается преимущественно мирного времени. К сожалению, мирное течение жизни общества периодически нарушается рядом политических, экономических, социальных и природных катаклизмов. Это войны, перестройки, стихийные бедствия, эпидемии и пр. Следовательно, второй, как бы оборотной стороной медали являются знания проблем и организации деятельности здравоохранения в экстремальных условиях.

Литература:

1. Азарова Р.Н., Борисова Н.В., Кузов В.Б. Проектирование компетентностно-ориентированных и конкурентноспособных основных образовательных программ ВПО, реализующих ФГОС ВПО. Методические рекомендации.// – М., Уфа – Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2008. 81 с.

2. Афанасьева Т.П., Караваяева Е.В., Канукоева А.Ш., Лазарев В.С., Немова Т.В. Методические рекомендации по разработке и реализации на основе деятельностно-компетентностного подхода образовательных программ ВПО, ориентированных на ФГОС третьего поколения. Серия «Инновационный Университет». М.: Изд-во МГУ, 2007. 96 с.

3. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата современного образования // Эйдос. 05.05.2006 г.

4. Хуторской А.В. Определение общепредметного содержания и ключевых компетенций как характеристика нового подхода к конструированию образовательных стандартов // Эйдос. 23.04.2002 г.

5. Касевич В.Б., Светлов Р.В., Петров А.В., Цыб А.А. Болонский процесс в вопросах и ответах. Спб., 2004.

Р.А. Еркебай, Р.Ж. Муканова

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ БАКАЛАВРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

АО «Медицинский университет Астана», Казахстан

Аннотация. Согласно государственному образовательному стандарту образования по специальности «Общественное здравоохранение» за весь период обучения т.е. за 5 лет, компонент по выбору составляет 37 кредитов. Ежегодно выпускается каталог элективных дисциплин (далее КЭД), который разрабатывается в дополнение к типовому учебному плану и представляет собой перечень дисциплин, входящих в компонент по выбору. В ката-

логе дается краткое описание дисциплин с указанием цели изучения, краткого содержания (основных разделов), указываются пререквизиты и постреквизиты каждой учебной дисциплины, что способствует лучшей ориентации обучающихся в выборе дисциплин.

R. Erkebai, R. Mukanova

SOME QUESTIONS OF TRAINING OF BACHELORS IN «PUBLIC HEALTH CARE»

JSC "Medical university Astana", Kazakhstan

Abstract. According to the state educational standard of education in «Public health care» for the entire period of training i.e. in 5 years, the component for choice makes 37 credits. Annually the catalog of elektivny disciplines (further KED) which is developed in addition to the standard curriculum is issued and represents the list of the disciplines entering into a component for choice. In the catalog the short description of disciplines with the indication of the purpose of studying, the summary (the main sections) is given, are specified requisites and post-requisites of each subject matter that promotes the best orientation of the disciplines which were trained in a choice.

Перечень предлагаемых элективных дисциплин определяется в соответствии с необходимостью овладения студентами в полной мере профессиональными компетенциями, определенными государственными общеобязательными стандартами образования. Предлагаемые для изучения элективные курсы разрабатываются преподавателями на кафедрах, и обеспечиваются учебно-методическим материалом, необходимым студентам для освоения их. Сведения о заявленных элективных дисциплинах и кафедрах, подавших заявку на элективные дисциплины по специальности «Общественное здравоохранение» в разрезе последних 3 учебных года приведены в диаграмме № 1.



Диаграмма 1. Специальность «Общественное здравоохранение»

Наблюдается стабильный рост количества заявленных дисциплин и количества кафедр, участвующих в презентациях разработанных ими элективов.

Презентации элективных дисциплин проводятся на кафедрах преподавателями под руководством заведующего. КЭД обеспечивает обучающимся возможность альтернативного выбора элективных учебных дисциплин.

Каталог элективных дисциплин формирует офис регистратор по установленной форме. В начале текущего учебного года, кафедры подают заявки на элективные дисциплины в комитет по образовательным программам. Комитеты по образовательным программам рассматривают на заседании комитетов по образовательным программам специальности и рекомендуют перечень элективных дисциплин к утверждению на учебно-методический совет университета.

В течение текущего учебного года эдвайзеры дисциплин совместно с эдвайзерами специальности под руководством заведующих кафедрами согласно графику кафедры, но не позднее даты записи на элективные дисциплины, проводят для обучающихся презентации элективных дисциплин.

Порядок формирования каталога элективных дисциплин отражен в «Положении о каталоге элективных дисциплин» ПЛ-МУА-16-12.

В соответствии с требованиями кредитной технологии обучения каждый обучающийся имеет возможность формирования своего индивидуального учебного плана (ИУП), в котором включены как обязательные, так и элективные дисциплины. В ГОСО специальности «Общественное здравоохранение» 37 кредитов (23%) выделены на элективные дисциплины, что является несколько ниже для того чтобы обучающийся мог бы более свободно выбрать свою индивидуальную траекторию обучения. Но, тем не менее, вуз создает все возможности обучающимся, начиная с этапа поступления в вуз, выбрать не только специальность, но и свою индивидуальную траекторию обучения внутри данной специальности. По окончании 5 курса обучающийся получает степень бакалавра общественного здравоохранения или может пойти в научно-педагогическую магистратуру с дальнейшим продолжением обучения в докторантуре PhD.

ИУП составляется обучающимся совместно с эдвайзерами специальности на каждый учебный год в соответствии с выбранными элективными дисциплинами. Деятельность эдвайзеров регламентируется внутренним положением «О деятельности эдвайзера» ПЛ-МУА-15-12. Порядок формирования ИУП прописан в рабочей инструкции «По записи на элективные дисциплины и формирование индивидуального учебного плана обучающегося» РИ-МУА-09-12. На основании ИУПов отдел Офис Регистратора формирует академические группы и потоки.

С целью выбора и реализации индивидуальной образовательной траектории обучающегося и обеспечения мобильности и гибкости учебных планов отделом ОР осуществляется процесс записи на учебные дисциплины. Этому процессу предшествует проведение организационно-методической

и консультационной работы с привлечением деканатов, эдвайзеров и др. структурных подразделений. К этим мероприятиям относятся определение эдвайзеров, составление каталога элективных дисциплин, проведение презентаций элективных дисциплин. Процесс записи обучающихся на элективные дисциплины прописан в рабочей инструкции «По записи на элективные дисциплины и формирование индивидуального учебного плана обучающегося». В вузе организована электронная запись на учебные дисциплины. Запись на элективные дисциплины осуществляется ООР в установленные вузом сроки и в установленном порядке согласно рабочей инструкции. По результатам записи составляется ИУП в трех экземплярах, которая утверждается деканом факультета, и отделом планирования и организации учебного процесса составляется рабочий учебный план, а также расчет учебной нагрузки.

Контроль учебных достижений обучающихся проводится согласно Типовым правилам проведения текущего контроля успеваемости, промежуточной и итоговой аттестации обучающихся (приказ МОН РК №125 от 18.03.2008 с изменениями №506 от 01.11.2010). Контроль полученных знаний и навыков обучающихся осуществляется путем проведения текущего, промежуточного и итогового контроля успеваемости обучающихся и итоговой аттестации. Форма и порядок проведения текущего, промежуточного и итогового контроля успеваемости обучающихся и итоговой аттестации регламентируются положениями, утвержденными учебно-методическим и ученым советом университета. В вузе функционирует документированная система контроля полученных обучающимися знаний и навыков, которая обеспечивает независимость и объективность оценок. Преподаватели на кафедрах осуществляют учет текущей успеваемости обучающихся в педагогических журналах. В течение одного семестра в рамках одной дисциплины отдел ОР производит регистрацию текущих учебных достижений обучающихся в ведомость учета успеваемости (Ф-0712/01). Результаты промежуточной аттестации заносятся в ведомость учета оценки итогового контроля (Ф-07.12/02) и подсчитывается итоговая оценка. С 2011-2012 учебного года все виды контроля успеваемости учебных достижений обучающихся оцениваются по 100 балльной шкале и регулируются «Положением о Балльно - рейтинговой буквенной системе» ПЛ-МУА-31-12. Каждое выполненное задание (ответ на текущих занятиях, сдача домашнего задания, самостоятельной работы студента (далее – СРС), рубежный контроль) и окончательный результат текущего контроля успеваемости подводится расчетом среднеарифметической суммы всех оценок, полученных в течение академического периода. Оценка текущего контроля успеваемости (рейтинга допуска) составляет не менее 60% от итоговой оценки знаний по дисциплине, и оценка экзамена составляет не менее 30% от итоговой оценки знаний по дисциплине. Результаты итогового контроля заносятся в сводную ведомость итогового контроля (Ф-07.12/06) и передаются в

деканат для анализа успеваемости обучающихся. С целью реализации стратегической цели отдела ОР ежегодно осуществляет инновационные преобразования и улучшения в своей деятельности. Так, с ноября 2012г. вводится электронный педагогический журнал учета успеваемости обучающихся, что обеспечит своевременную регистрацию и прозрачность проставления оценок успеваемости обучающихся.

Промежуточный контроль проводится в период экзаменационной сессии. Экзамены сдаются согласно расписанию и служат формой проверки учебных достижений обучающихся по всей профессиональной учебной программе дисциплины и преследуют цель оценить учебные достижения за академический период. После завершения экзамена по каждой дисциплине студенту выставляется итоговая оценка, которая служит показателем уровня его учебных достижений. Положительная итоговая оценка служит основанием для учета освоенных установленного ГОСО количества кредитов по соответствующей дисциплине и заносится в транскрипт студента. По окончании всего курса обучения выпускнику аккредитуемой специальности выдается диплом с присвоением академической степени «бакалавр общественного здравоохранения» и документ, содержащий перечень освоенных дисциплин за соответствующий период обучения с указанием кредитов и оценок в буквенном и цифровом выражении (транскрипт).

С целью повышения доступности, качества и конкурентноспособности образования и обеспечения мобильности человеческого капитала в целом, которые являются важным инструментом формирования глобального образовательного пространства, и в целях обеспечения международных академических обменов сотрудничества в сфере образования и науки подписан договор с Новосибирским государственным университетом.

В рамках данного договора по академической мобильности 7 студентов специальности «Общественное здравоохранение» обучались в Новосибирском государственном медицинском университете по курсу «Маркетинг». Доцентом Еркебай Р.А. в рамках программы международной академической мобильности были прочитаны лекции для студентов 5 курса факультета экономики и управления здравоохранением НГМУ «Маркетинговый анализ потребительского поведения», «Маркетинговый анализ конкурентоспособности предприятия. Конкурентоспособность и спрос», «Ценовая политика в отрасли здравоохранения», «Конкуренция в здравоохранении». Результатом данной поездки стали взаимное согласие руководства НГМУ о разработке совместных программ подготовки специалистов в области здравоохранения, а также сопоставление рабочих учебных планов специальностей «Экономика и управление здравоохранением», «Медико-профилактическое дело», «Социальная работа» с рабочими учебными планами специальностей нашего вуза с целью дальнейшего сотрудничества в подготовке специалистов в данных областях. В апреле 2012года по программе международной академической мобильности студенты НГМУ спе-

циальности «Экономика и управление здравоохранением» обучались в нашем университете.

Академическая мобильность осуществляется в рамках межвузовских договоров студенческого обмена, прохождения стажировки (в том числе и языковой), прохождения исследовательской практики, участия в летних школах. Так, студенты в количестве 5 человек аккредитуемой специальности на момент проверки проходят обучение в НМГУ в рамках академической мобильности.

Организационное обеспечение перезачета кредитов в кредиты ECTS в университете осуществляется в соответствии с Правилами организации учебного процесса по кредитной технологии обучения (приказ МОН РК №152 от 20.04.2011г.) и с учетом основных положений «Концепции академической мобильности обучающихся высших учебных заведений Республики Казахстан». В университете разработаны и внедрены внутривузовские «Положение об академической мобильности обучающихся, преподавателей и сотрудников» и «Положение о перезачете казахстанских кредитов в кредиты ECTS».

Г.А. Жаксылыкова, А.К. Тургамбаева

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОЧНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

АО «Медицинский университет Астана», Казахстан

Аннотация. Для решения проблемы систематизации знаний и наилучшего их усвоения может служить модульная технология обучения, заключающаяся в дроблении информации на определенные дозы - модули, обуславливающие необходимую управляемость, гибкость и динамичность процесса обучения, что и может являться одним из необходимых инструментов современного преподавателя.

G. Zhakhsylykova, A. Turgambayeva

EXPERIENCE OF BLOCK - MODULAR SYSTEM OF TRAINING AT THE MEDICAL UNIVERSITY

JSC "Medical University Astana", Kazakhstan

Abstract. To address the systematization of knowledge and learning can best serve their modular technology education, which consists in breaking up the information on the dose-specific modules. Modules are driven by the need manageability, flexibility and agility training managing that may be one of the essential tools of modern teaching.

Поиск инновационных методов связан с появлением в образовательных учреждениях современной техники для работы с учебной и научной информацией – это компьютеры, интернет, мультимедийная, аудио, видео техника; и необходимостью эффективно и целесообразно её использовать. Сегодня в сфере здравоохранения и медицины акцент переносится на воспитание и формирование у будущих медицинских работников способности самостоятельно мыслить, добывать и применять знания, тщательно обдумывать принимаемые решения и чётко планировать действия, эффективно сотрудничать в разнообразных по составу и профилю группах, быть открытыми для новых контактов и культурных связей. Это требует широкого внедрения в образовательный процесс альтернативных форм и способов ведения образовательной деятельности. Большой объем получаемой в процессе обучения информации требует введения новых технологий обучения, позволяющих не только усвоить, но и систематизировать полученные знания. Учебный модуль – не только раздел учебной программы, но и выбранная дидактическая система, основное место в которой занимает взаимодействие различных приемов и способов учебной деятельности, обеспечивающих вхождение этого модуля в целостную систему предметного и общего обучения.

Задание целей изучения модуля завершается определением требуемых уровней усвоения, т. е. умения выполнять сложное действие (деятельность) с определенной степенью самостоятельности. Полагая, что первый уровень – узнавание – не оценивается, а последующие – репродуктивная деятельность, репродуктивно-преобразовательная деятельность и продуктивная деятельность – будут соответствовать существующей системе оценок в нашем ВУЗе балльно - рейтинговой: «неудовлетворительно – 0-49», «удовлетворительно 50-74», «хорошо 75-89 баллов», «отлично – 90-100 баллов».

Следующим важным этапом конструирования модульной технологии обучения является этап структурирования содержания учебного материала и определение его информационной емкости. Сущность процесса структурирования состоит в том, чтобы выявить систему логических связей между элементами содержания крупной дидактической единицы (учебной дисциплины, блока, модуля, темы) и расположить учебный материал в той последовательности, которая вытекает из этой системы связей.

Основным показателем является объективность оценки, поэтому в самом начале изучения модуля, обучающиеся должны четко знать систему контроля и критерии оценки знаний. Наилучшие результаты дает система разноуровневых заданий, выполняемых в ходе практического занятия, особенно, если студенту предложено самому выбрать соответствующее его уровню задание. Дифференцированный подход позволяет преподавателю проследить уровни обучения на начальном и конечном этапах изучения модуля, выявить существующие затруднения и выбрать способы их коррекции.

В начале работы по модулю перед обучающимися ставится цель, что они должны знать. Им сообщается источник получения знаний, указываются учебники и методические пособия. По мере раскрытия содержания модуля в ходе чтения лекций, знания студентов систематизируются, вопросы, возникающие по ходу изучения модуля, приобретают все более осмысленный характер. Изучение модуля завершается рубежным контролем, формой - выполнение дифференцированной самостоятельной работы, собеседование, презентация.

На данном этапе производится построение моделей учебной дисциплины, матриц внутри дисциплин и междисциплинарных связей, структурно-логических схем с целью определить необходимую и достаточную информационную составляющую дисциплины. В таблице приведена структурно-логическая схема, дающая представление о блочно-модульном построении изложения содержания дисциплин, к, примеру, по специальности «Общественное здравоохранение».

Т а б л и ц а .

Блочнo – модульная система обучения студентов по специальности «Общественное здравоохранение»: траектории подготовки в разрезе элективных дисциплин

Блок	Модуль
1. Этика и правовые аспекты	1.1 Этика медицинских исследований 1.2 Медицинская биоэтика 1.3 Биоэтика 1.4 Оплата труда и управления персоналом 1.5 Организация системы общественного здравоохранения 1.6 Медицинская генетика 1.7 Актуальные вопросы наследственности 1.8 Основы права
2. Эпидемиология и биостатистика	2.1 Эпидемиологические вопросы неинфекционных болезней 1.2 Медицинская биотехнология 1.3 Эпидемиология 1.4 Информационные технологии в медицине 1.5 Основы дезинфекционного дела 1.6 Основы безопасности жизнедеятельности 1.7 Медицинские проблемы экологии 1.8 Радиационные эффекты и радиационная безопасность 1.9 Биологическая биохимия 1.10 Санитарная вирусология
3 Укрепление здоровья населения и профилактика	3.1 Принципы развития управления и оценки программ здоровья населения 3.2 Организация профилактического питания детей и подростков 3.3 Гигиена лечебно- профилактических организаций 3.4 Санитарно- гигиенические требования к развитию и обучению подрастающего поколения 3.5 Валеология

	3.6 Организация профилактической работы на уровне первичной медико- санитарной помощи 3.7 Оценка состояния здоровья
4 Политика и менеджмент в здравоохранении	4.1 Стратегический менеджмент и планирование 4.2 Финансовый менеджмент 4.3 Административный процесс и менеджмент в сестринском деле 4.3 Экономика и маркетинг в здравоохранении 4.4 Лидерство и стили руководства 4.5 Менеджмент в больничном деле 4.6 Управление качеством в системе здравоохранения 4.7 Основы корпоративного управления 4.8 Экономика предприятия 4.9 Экономика здравоохранения
	4.10 Бизнес – планирование 4.11 Маркетинг в здравоохранении 4.12 Менеджмент специализированных служб 4.13 Роль менеджмента в сестринском деле. 4.14 Организация и управление здравоохранением. 4.15 Количественная оценка здоровья населения. 4.16 Маркетинг медицинских услуг 4.17 Менеджмент в стоматологической службе 4.18 Профессиональный медицинский научный перевод (английский, немецкий, русский, казахский).
5 Исследования в области здравоохранения	5.1 Инновационные технологии научных исследований в общественном здравоохранении 5.2 Современные методы научных исследований в общей гигиене 5.3 Нанотехнологии в гигиене труда

Дальнейшее построение модульного обучения ведется в направлении разработки процессуальной (один из индикаторов, определяющих качество) стороны обучения: представление профессионального опыта, подлежащего усвоению студентом в виде системы познавательных и практических задач.

Таким образом, вышеуказанная система обучения может предоставить преподавателю свободу и гибкость в выборе форм и методов обучения, позволит снизить затраты времени на практическую подготовку, возможность выявить творческие способности обучающегося, служит систематизации полученных ими знаний и повышению их качества.

Е.Л. Жиленко, Н.И. Гомерова, М.Л. Фомичева, А.А. Львов
**ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ
ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ МЕГАПОЛИСА В РАМКАХ
МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА»**

*Муниципальное казенное учреждение здравоохранения города
Новосибирска «Медицинский информационно-аналитический
центр», Россия*

Аннотация. В статье представлена информация о международном проекте «Здоровые города», информация о принципах и аксиомах проекта. Показано, что данный международный проект позволяет комплексно, при участии всех секторов власти и самого населения решать проблемы улучшения здоровья и качества жизни людей, формировать у них здоровый образ жизни, в связи с чем, является перспективной моделью, которую можно реализовать в любом муниципальном образовании Российской Федерации.

E.L. Zhilenko, N.I. Gomerova, M.L. Fomicheva, A.A. Lvov
**INNOVATIVE APPROACH TO THE DEVELOPMENT OF
HEALTH RESIDENTS OF BIG CITIES IN THE FRAMEWORK
OF INTERNATIONAL PROJECT “HEALTHY CITIES”**

*Municipal Unitary State Enterprise of Novosibirsk
«Medical Information and Analytical Centre”, Russia*

Abstract. The article presents information about the international project «Healthy cities», the information on the principles and axioms of the project. It is shown that this international project allows comprehensively, involving all sectors of government authorities and the community themselves to solve the problems of improving health and the quality of life, build healthy lifestyle, and therefore, this promising model can be implemented in any municipality of the Russian Federation.

Общепризнано, что здоровье населения является стратегическим потенциалом, фактором национальной безопасности, стабильности, благополучия и устойчивого развития общества. Разработка же проблем укрепления здоровья и повышения качества жизни населения в настоящее время является основным научным направлением профилактической медицины и стратегией национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года.

Несмотря на успехи медицины, уровень здоровья не так высок, как можно было бы ожидать. Это связано с тем, что медицинская помощь в традиционном понимании, то есть собственно лечение, уже близка к пределу своих возможностей. Дальнейшее улучшение состояния здоровья на-

селения требует подхода к здоровью с точки зрения его широкого понимания и учета всех факторов, определяющих здоровье (образ жизни, социальное благополучие, психологический климат, физико-химические факторы окружающей среды), когда «медицинская модель здоровья», опирающаяся на индивидуальные особенности и лечение болезней, вытесняется «социальной моделью».

Развитие этих взглядов привело к пониманию того, что практический подход к программам оздоровления должен включать комплекс взаимосвязанных мер по изменению среды обитания. Наилучшим вариантом реализации «социальной модели здоровья» на сегодня является проект Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) «Здоровые города» (далее проект), который успешно реализуется в настоящее время в ряде муниципальных образований субъектов Российской Федерации, в том числе и в городе Новосибирске.

Данный проект предлагает комплексный подход к решению проблем здоровья населения города и представляется нам одним из самых эффективных инструментов налаживания согласованных межведомственных действий направленных на улучшение здоровья и качества жизни в городе. Этот проект развивается во многих городах Европы более 20 лет и является средством для внедрения принципов стратегии ООН «Здоровье для всех» [1].

Проект нацелен на то, чтобы здоровье населения перестало быть ведомственной проблемой здравоохранения, и стало делом всего города: городских властей, деловых кругов и общественных организаций, и что очень важно – жителей города. Акцент сделан на межведомственном, межсекторальном партнерстве, когда решением вопросов сохранения и улучшения здоровья населения занимаются не только органы здравоохранения, но и все городские структуры. При этом система здравоохранения играет важнейшую роль эксперта, оценивающего работу других подсистем города по сохранению и укреплению здоровья населения.

Поскольку проект международный, он основывается на единых стандартах в подходах к здоровью как «социальной модели», конечно, с учетом национальных особенностей и возможностей территорий. Оптимальная модель реализации проекта уже выработана и предлагается ВОЗ как методические рекомендации. Одной из технологий проекта в решении задач сохранения и укрепления здоровья горожан является метод программно-целевого планирования, то есть проект - эффективный механизм, позволяющий в условиях ограниченных финансовых средств максимально скоординировать усилия всех городских структур, направленные на создание и реализацию комплексных социальных программ по повышению качества жизни населения.

Проект реализуется 5-летними фазами с 1988 года. Города, желающие вступить в европейскую сеть ВОЗ, каждые пять лет проходят аккредитацию

на основании заявки на участие в проекте. Проект дает возможность новому городу-участнику использовать ресурсы, накопленные в области улучшения здоровья населения и развития гражданского сообщества предыдущими участниками проекта - городами Российской Федерации и европейских государств, и оказывает позитивное влияние на имидж такого города в целом.

Аксиомы проекта:

- «Здоровый город» – это образ жизни города, то есть постоянный процесс, а не набор тех или иных показателей;

- город – живая система, причем сложная и многофункциональная, поэтому к оценке его состояния должен быть применен комплексный подход.

В основе деятельности предпринимаемой в рамках проекта лежат четыре принципа:

1. Вопросы здоровья в планировании деятельности всех секторов/ведомств являются приоритетными.

2. Проект по своей сути – интегрирующий, что предусматривает долгосрочную и оперативную координацию всех программ и мероприятий различных уровней, статусов и отраслевой направленности, т.е. их вертикальную и горизонтальную интеграцию.

3. Все группы общественности и ветви власти, социальные институты принимают участие в реализации проекта.

4. Уязвимые группы населения обеспечиваются возможностями для сохранения и развития личного здоровья в первую очередь.

В целом проект мониторирует состояние «здоровья городов» по шести основным направлениям: социально-экономическое положение; состояние окружающей среды; безопасность; социальная поддержка населения; участие жителей в управлении и развитии; здоровье жителей [3, 4].

В международной сети на 01.10.2012 года аккредитовано 96 европейских городов, в том числе - 10 российских городов: Ставрополь, Новочебоксарск, Новосибирск, Череповец, Чебоксары, Ижевск, Самара, Дмитровград, Великий Устюг, Ульяновск.

Город Новосибирск начал сотрудничество с ЕРБ ВОЗ в конце 2008 года, а в феврале 2010 года - стал первым в Российской Федерации городом - миллионником и единственным в Сибирском федеральном округе, участвующим в качестве аккредитованного члена проекта «Здоровые города» ЕРБ ВОЗ. Новосибирск был нанесен на карту «Здоровых городов» Европы и присоединился к группе европейских партнеров, работающих в 5 фазе проекта, которая продлится до 2013 года.

В реализации проекта на текущий момент ВОЗ определены 3 приоритета: создание равных, благоприятных, способствующих здоровью жителей возможностей; формирование условий для здоровья и здорового образа жизни; организация благоприятного для здоровья городского планирования.

Эти идеи совпадают со стратегией развития города Новосибирска. В рамках проекта в городе утверждена и реализуется ведомственная целевая

программа «Здоровый город» на 2011-2017 годы, направленная на профилактику хронических заболеваний, формирование здорового образа жизни горожан.

Целями и задачами программы являются: профилактика заболеваний; сохранение и укрепление здоровья населения; улучшение качества жизни новосибирцев; популяризация здорового образа жизни; подготовка медицинских кадров, улучшение материально-технического оснащения лечебно-профилактических учреждений, занимающихся вопросами медицинской профилактики.

В рамках реализации международного проекта «Здоровые города», ведомственной целевой программы «Здоровый город» на 2011 – 2017 годы, для изучения состояния здоровья, образа жизни и качества жизни горожан проведено анкетирование, в результате которого издан научно-популярный сборник «Профиль здоровья города Новосибирска». В сборнике отражены основные моменты развития города Новосибирска, демографические показатели, показатели здоровья и качества жизни новосибирцев, а также конкретные усилия муниципалитета, направленные на улучшение здоровья жителей. «Профиль здоровья города Новосибирска» является своеобразным стратегическим документом, который позволяет объяснить причины происходящих изменений в состоянии здоровья населения города, наметить основные приоритеты действий и оценить эффективность проводимых в городе оздоровительных мероприятий.

Таким образом, благодаря проекту «Здоровые города» в городе реализуется возможность по внедрению популяционных медико-социальных технологий, научно-обоснованных оздоровительных мер по укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний; образовательных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья (в первую очередь детей, подростков, молодежи), на формирование мотивации к здоровому образу жизни. В рамках проекта на территории города Новосибирска используются новые, более эффективные подходы и стратегии ВОЗ, направленные на улучшение качества жизни и равенство здоровья населения, основывающиеся на передовых мировых и российских концепциях общественного здравоохранения.

Данный международный проект позволяет комплексно, при участии всех секторов власти и самого населения решать проблемы улучшения здоровья и качества жизни людей, формировать у них здоровый образ жизни, в связи с чем, является перспективной моделью, которую можно реализовать в любом муниципальном образовании Российской Федерации.

Список использованной литературы:

1. Абросимова Ю.Е. Проект «Здоровые города» - развитие условий для здоровой жизни. Вестник МАГ, 2011; 3(31): 94-97.
2. Касимов Р.А. Роль программы «Здоровые города, районы и поселки» в формировании здорового образа жизни населения // Материалы пленар-

ного заседания Научно-практического конгресса «Формирование здорового образа жизни: международный и национальный опыт».-Москва, 2012.-С.76-82.

3. Построение здорового города. Практическое руководство: поэтапный подход в рамках проекта «Здоровые города». [Пер. с англ.] М.: Abt Ass., Inc. / US AID, 1996. 34 с.

4. Проект «Здоровые города». Первые двадцать шагов. [Пер. с англ.] М.: Центр поддержки проекта «Здоровые города» в России, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1997. 74 с.

В.В. Захаренков, А.М. Олещенко, Д.В. Суржиков, И.П. Данилов, В.В. Кислицына, Т.Г. Корсакова

НОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН, Новокузнецк, Россия

Аннотация. Представлена новая медицинская технология, разработанная в нии комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний со рамн для мониторинга профессионального риска для здоровья работников промышленных предприятий, занятых во вредных и опасных условиях трудах. Необходима для обоснования медико-профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на снижение профессиональной заболеваемости. Оценка эффективности медицинской технологии проведена на базе клиники нии комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний со рамн, обследовано 316 работников основных профессий алюминиевого завода.

V.V. Zakharenkov, A.M. Oleshchenko, D.V. Surzhikov, I.P. Danilov, V.V. Kislitsyna, T.G. Korsakova

NEW MEDICAL TECHNOLOGY OF THE ESTIMATION OF OCCUPATIONAL RISK FOR THE WORKERS' HEALTH OF INDUSTRIAL ENTERPRISES

FSBI "Research institute for complex problems of hygiene and occupational diseases" SB RAMS, Novokuznetsk, Russia

Abstract. New medical technology for the estimation of occupational risk for health of the workers of industrial enterprises engaged in adverse and

dangerous working conditions is presented. It is necessary for substantiation of medical and preventive and rehabilitation measures directed on the decrease in occupational disease. The estimation of medical technology efficiency is carried out on the basis of the clinic of research institute for complex problems of hygiene and occupational diseases of the siberian branch of the russian academy of medicine, 316 workers of the basic trades of aluminium factory are surveyed.

На современном этапе развития гигиены труда возникла необходимость в разработке системы оценки профессионального риска для здоровья работников, занятых во вредных условиях труда при решении задач профилактики профессиональной заболеваемости и охраны труда.

В нии комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний со рамп разработана новая медицинская технология (мт) «автоматизированная информационная система оценки профессионального риска для здоровья работников промышленных предприятий», на применение которой получено разрешение федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 19 мая 2009 г. Целью данной мт является мониторинг профессионального риска для здоровья работников промышленных предприятий, занятых во вредных и опасных условиях труда, для разработки медико-профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на снижение профессиональной заболеваемости.

Компьютерная программа мт включает расчет рисков профессиональной заболеваемости, хронических интоксикаций и безопасного стажа работы в данной профессии, основанный на следующем алгоритме: идентификации опасности, оценке «доза-ответ», оценке воздействия, характеристике риска; а так же управление риском, информацию о рисках.

База данных для проведения расчетов риска включает показатели загрязнения токсичными веществами и аэрозолями преимущественно фиброгенного действия (апфд) воздуха рабочей зоны, уровни физических факторов (микроклимата, шума, вибрации) на рабочих местах, персонафицированные данные на работников (стаж в профессии, возраст, место проживания).

Программа предназначена для расчета индивидуального профессионального риска на основе суммарной экспозиционной нагрузки по фтористым соединениям, смолистым веществам и АПФД, определения безопасного стажа работы для работников основных профессий производства алюминия. Программа может быть адаптирована для любого производства с вредными и опасными условиями труда. В программе заложены расчет среднесменных концентраций, согласно Руководству Р.2.2.2006–05; коэффициент снижения поступления в организм газообразных веществ и аэрозолей преимущественно фиброгенного действия (АПФД) при использовании средств индивидуальной защиты; концентрации токсичных веществ за предыдущие годы. Программа позволяет корректировать и вводить новые

данные, такие как концентрации вредных веществ на текущих период, обновлять базу данных на вновь принятых. Исполнитель оставляет за собой право изменять интерфейс программы и программный код.

МТ позволяет на индивидуальном уровне определить группу профессионального риска работника, его безопасный стаж, дать индивидуальные рекомендации по медико-профилактическим, реабилитационно-коррекционным мероприятиям.

Для оценки эффективности мт на базе клиники нии комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний со рамен проведено обследование 316 работников основных профессий (электролизники, анодчики, крановщики) алюминиевого производства в возрасте от 25 до 60 лет (средний возраст – $44,8 \pm 0,4$ лет), имеющие стаж работы во вредных условиях от 5 до 36 лет (средний стаж – $19,6 \pm 0,46$ лет).

Все работники распределены на 4 группы риска по отношению значений фактического риска к приемлемому, где приемлемый риск – допустимая вероятность частоты профессиональных заболеваний при воздействии фактора (фтористые соединения), которая принята как 1 случай на 1000 работающих (10^{-3}) в диапазонах: 1 – менее 0,05 – незначительный риск; 2 – 0,05-0,08 – слабый риск; 3 – 0,08-0,10 – умеренный риск; 4 – более 0,10 – высокий риск.

Минеральная плотность костной ткани определялась методом однофотонной денситометрии костей предплечья денситометром дтх-200. Уровень болевого суставного синдрома и функциональные изменения суставов оценивались полуколичественным методом. Результаты денситометрического исследования анализировались по т-критерию. По данному критерию обследованные работники были разделены на следующие группы: норма – величина стандартного отклонения (sd) от -1 до +1; остеопения – sd от -1 до -2,5; остеопороз – sd -2,5 и ниже; повышенная минерализация костной ткани (остеосклероз) при sd +1 и выше. Распространенность болевого суставного синдрома у работников с различными уровнями рисков представлена на рисунке.

В группе с коэффициентом риска менее 0,08 у 82,8% обследованных боли в суставах отсутствуют. В группе с коэффициентом риска более 0,08 отмечается увеличение количества лиц, которых беспокоят боли в суставах. При риске более 0,10 происходит нарастание числа работников с умеренно выраженным и выраженным болевым суставным синдромом. При уровнях риска от 0,08 до 0,12 происходит кумуляция фторидов в организме, достаточная для появления признаков воздействия соединений фтора на организм. В группе работников с уровнем риска 0,08 и менее у подавляющего большинства лиц функциональные изменения суставов отсутствуют. С увеличением риска более 0,12 количество работников с функциональными изменениями суставов увеличивается до 50%. Различия в группах статистически достоверны.

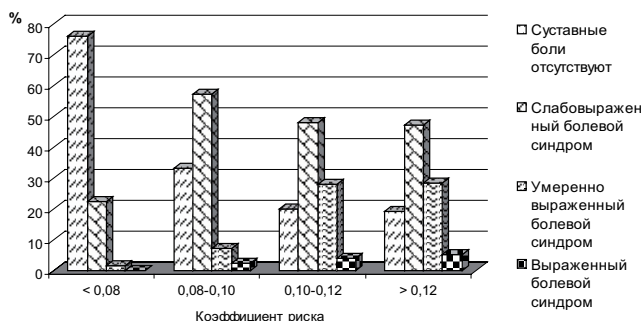


Рисунок. Распространенность болевого суставного синдрома у работников с различными уровнями рисков

При исследовании минеральной плотности костной ткани нормальные показатели минерализации (sd от -1 до +1) выявлены у 53,9% работников с уровнем риска, равным и менее 0,10, и у 48,1% работников с риском более 0,10. Гиперминерализация костной ткани (остеосклероз) является классическим признаком воздействия соединений фтора на костную ткань. При исследовании минеральной плотности костной ткани гиперминерализация (sd более 1) выявлена у 8,8% работников с риском менее 0,10 и у 18,9% работников с уровнем риска более 0,10 ($p < 0,005$). С увеличением уровня риска более 0,10 происходит достоверное увеличение работников с признаками склероза костной ткани. Выраженная гиперминерализация (sd более +2) двукратно нарастает при риске более 0,10. Обследование работников основных профессий алюминиевого производства показало, что при уровне риска 0,10 и более происходит нарастание болевого суставного синдрома и увеличение количества работников с денситометрическими признаками гиперминерализации костной ткани, что можно оценивать как проявление патологических признаков воздействия фтора на организм.

Результаты клинического исследования показали достоверность рисков, полученных расчетным путем. Медицинские и социальные эффекты мт заключаются в своевременном выявлении работников, находящихся в группах риска по развитию профессионального заболевания, и целенаправленном проведении медико-профилактических и инженерно-технических мероприятий.

Таким образом, МТ «автоматизированная информационная система оценки профессионального риска для здоровья работников промышленных предприятий» является эффективным инструментом охраны здоровья работающих во вредных условиях труда. На основе мт возможна разработка мероприятий по управлению риском для принятия решений и действий, направленных на обеспечение безопасности и сохранение здоровья работников.

Ж.С. Калел

АКАДЕМИЧЕСКАЯ МОБИЛЬНОСТЬ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТА

АО «Медицинский университет Астана», Казахстан

Аннотация. «Болонским» принято называть процесс создания странами Европы единого образовательного пространства. Его начало было положено подписанием в 1999 г. в Болонье (Италия) Болонской декларации, в которой были сформулированы основные цели, ведущие к достижению сопоставимости и, в конечном счете, гармонизации национальных образовательных систем высшего образования в странах Европы. В Болонской декларации указаны 6 основных задач, решение которых, как предполагается, будет способствовать единению Европы в области образования.

G. Halel

ACADEMIC MOBILITY EYES OF THE STUDENT

JSC "Medical university Astana", Kazakhstan

Abstract. “Bolonsky” it is accepted to call process of creation of uniform educational space by the countries of Europe. Its beginning was necessary signing in 1999 in Bologna (Italy) of the Bolonsky declaration in which the main objectives conducting to achievement of comparability and, finally, harmonizations of national educational systems of the higher education in the countries of Europe were formulated. In the Bolonsky declaration 6 main objectives which decision as it is supposed, will promote a unification of Europe in the field of education are specified.

К принципам относятся: введение общепонятных, сравнимых **квалификаций** в области высшего образования, переход на **двухступенчатую систему высшего образования (бакалавриат – магистратура)**, введение оценки трудоемкости (курсов, программ, нагрузки) в терминах **зачетных единиц (кредитов)** и отражение учебной программы в **приложении к диплому**, образец которого разработан ЮНЕСКО, повышение **мобильности студентов**, преподавателей и административно-управленческого персонала (в идеале, каждый студент должен провести не менее семестра в другом вузе, желательно зарубежном), обеспечение **необходимого качества высшего образования**, взаимное **признание квалификаций** и соответствующих документов в области высшего образования, обеспечение автономности вузов. К настоящему времени принято говорить о 10-ти задачах: к ранее сформулированным добавляются введение аспирантуры в общую систему высшего образования (в качестве третьего уровня), придание «европейского измерения» высшему образованию (его ориентация на обще-

европейские ценности) и повышение привлекательности, конкурентоспособности европейского образования, реализация социальной роли высшего образования, его доступность, развитие системы дополнительного образования (так наз. «образование в течение всей жизни»). Кроме того, в настоящее время становится все более принятым говорить об общеевропейском образовательном и исследовательском пространстве.

Высшее образование является сферой, которая в значительной степени влияет на то, как формируется общество, поэтому раздробленность, пестрота образовательных систем препятствуют единению Европы. Единая Европа предполагает свободное передвижение труда (рабочей силы), товаров и капитала, отсюда необходимость в сравнимости квалификаций в области высшего образования, без чего свободное передвижение высококвалифицированных кадров невозможно.

Академическая мобильность – это возможность для студентов (прежде всего), преподавателей, административно-управленческого персонала вузов «перемещаться» из одного вуза в другой с целью обмена опытом, получения тех возможностей, которые почему-либо недоступны в «своем» вузе, преодоления национальной замкнутости и приобретения общеевропейской перспективы. Согласно рекомендациям Болонской декларации, каждому студенту желательно проводить семестр в некотором другом вузе, предпочтительно зарубежном. Ценность такого рода контактов и обменов трудно переоценить, особенно в условиях. Понятно, что высокая степень академической мобильности предполагает развитую инфраструктуру (общежития, медицинское страхование и т.п.) и доступность источников финансирования (грантов на поездки и т.п.), что, к сожалению, далеко не всегда реально. Но задача эта – на перспективу – не должна выпадать из поля зрения вузов и органов управления образованием. В Западной Европе мобильность студентов также еще очень далека от желаемой – она охватывает около 5-10% от общего числа студентов. Некоторые страны дальше продвинулись по этому пути; так, в Финляндии программы академической мобильности охватывают уже 30% студентов и планируется довести этот показатель до 50-60%.

Развитие академической мобильности студентов будет способствовать достижению успехов в выбранной профессии, облегчению в трудоустройстве. Академическая мобильность развивает в студентах следующие качества: испытать себя в другой стране, в другом вузе, получить дополнительные знания в смежных областях, способность мыслить в сравнительном аспекте, умение выбирать пути взаимодействия с окружающим миром, способность к межкультурной коммуникации, знание о других культурах, изученных изнутри.

Главным в Болонском процессе считается сочетаемость учебных программ, обеспечивающая академическую мобильность студентов.

В настоящее время студенты 3 курса факультета «Общественное здравоохранение» АО «Медицинский университет Астана» в рамках программы международной академической мобильности обучаются в Новосибирском государственном медицинском университете на факультете «Менеджмент». Изучаются дисциплины «Маркетинг», «Экономическая оценка инвестиций», «Экономика недвижимости», «Бухгалтерский учет», «Финансы и кредит» и т.д., как компонент по выбору. Эти дисциплины в будущей профессии «Организатор здравоохранения» играют важную роль.

Все мероприятия, все реформы в рамках Болонского процесса направлены, естественно, на создание оптимальных условий для наилучшей подготовки студентов. Поскольку студент должен быть не только объектом, но и субъектом учебного процесса, совершенно ясно, что без активного участия студентов никакие реформы не могут быть достаточно эффективными. Студенты должны ясно понимать задачи и цели Болонского процесса, их голос должен быть слышен при принятии тех или иных решений.

Список литературы

1. Беляев В., Жабров Г. Болонский процесс – попытка конкуренции // Высшее образование в России. 2006. № 4. С. 33-41.
2. Гребнев Л. Россия в Болонском процессе: середина большого пути // Высшее образование в России. 2004. № 4. С. 6.
3. Иванов, С.С., Волкова, И.Е. Качество по европейской шкале // Платное образование. - 2005. - № 11. - С. 15.

А.В. Калиниченко, С.В. Астраков, В.А. Борцов,
А.А. Кайгородов, С.В. Тогобицкая

ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ В МНОГОПРОФИЛЬНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ОБЛАСТНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ИСКИТИМСКОЙ ЦГБ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Современные медицинские информационные технологии могут оказать существенное влияние на повышение качества и доступности медицинских услуг населению в сочетании с ростом эффективности планирования и управления ресурсами системы здравоохранения Российской Федерации на основе мониторинга и анализа показателей качества медицинской помощи.

A.V. Kalinichenko, S.V. Astrakov, V.A. Bortsov, A.A. Kaigorodov, S.V. Togobitskaya

ESPECIALLY THE INTRODUCTION OF MODERN INFORMATION TECHNOLOGIES IN A MULTIDISCIPLINARY MEDICAL ORGANIZATION REGIONAL HEALTH FOR EXAMPLE ISKITIMSKYI CENTRAL HOSPITAL

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. Modern medical information technology can have a significant impact on improving the quality and accessibility of health services to the population, combined with an increase in the efficiency of planning and resource management of the health system of the Russian Federation on the basis of monitoring and analysis of indicators of quality of care.

Современные медицинские информационные технологии могут оказать существенное влияние на повышение качества и доступности медицинских услуг населению в сочетании с ростом эффективности планирования и управления ресурсами системы здравоохранения Российской Федерации на основе мониторингования и анализа показателей качества медицинской помощи.

Для решения вопросов информационного обеспечения оперативного управления и планирования ресурсов системы здравоохранения, а также повышения доступности и качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации, необходимо создать государственную информационную систему персонализированного учета оказания медицинской помощи, которая обеспечит оперативный учет медицинской помощи, учреждений здравоохранения и медицинских кадров и создаст надежную основу для решения ключевых задач управления отраслью.

Планируемая на предстоящие годы информатизация здравоохранения страны, направленная на повышение качества оказываемых населению медицинских услуг, должна базироваться на типовых клинических информационных системах, внедренных и используемых в ЛПУ. Такие системы являются, с одной стороны, источником исходной информации для обобщения данных и принятия управленческих решений на региональном уровне, а, с другой стороны, дают медперсоналу в многопрофильной медицинской организации набор современных инструментов для повышения качества лечения.

Необходимо знать в деталях, как осуществляется работа врача, заведующего отделением, главного врача, а также медицинских сестер. Надо представлять себе их работу не только в смысле воздействия на пациента, но и как строится взаимодействие между всеми участниками лечебно-диагностического процесса (лаборантами, консультантами, экспертами, комис-

сиями, внешними партнерами). Надо все это знать применительно к поликлиническому учреждению, стационару и станции скорой помощи.

Информатизация сельских учреждений здравоохранения имеет ряд особенностей – слабый и разношерстный компьютерный парк, низкий уровень компьютерной грамотности медперсонала, регулярно меняющаяся структура входных и выходных данных, ограниченный бюджет на информатизацию.

Таким образом, всё выше сказанное послужило основанием для проведения исследования об уровне готовности областного здравоохранения к внедрению информационных технологии и поиску методических подходов для решения этой проблемы.

Цель исследования:

Оценить уровень подготовки медицинского персонала в многопрофильной медицинской организации к внедрению медицинских информационных систем и на основании этого определить основные задачи руководителя учреждения на начальном этапе внедрения информационных технологий.

Основной частью исследования было анкетирование практикующих врачей различного профиля, а также врачей-организаторов на предмет выяснения их готовности к внедрению медицинских информационных систем (на компьютерной платформе), в том числе систем поддержки принятия врачебных решений, электронных историй болезни, служб автоматизированного заказа лекарств.

В группу респондентов входили:

Практикующие врачи-терапевты (участковые) – 24%

Врачи иных специальностей – 49%

Представители администрации поликлиник и амбулаторных учреждений – 15%

Медицинские работники социальных служб – 11%

В силу специфики группы респондентов, поставленной проблемы и ранее полученных данных о том, что, большинство из них не имеет практического опыта работы с МИС (соответственно, вопросы требуют большего пояснения и времени на обдумывание), количество вопросов было сокращено до разумного минимума. Данной группе предлагалось заполнить анкету, в которую входило 12 вопросов, требующих однозначного ответа (одного или более), по которым был проведен статистический анализ анкет.

Только 31 % респондентов пользуются компьютером в своей работе, среди них менее года – 22%, от года до двух – 46%, 3 и более лет – 32%.

Основным программным обеспечением используемым в работе являются текстовые редакторы и Интернет-браузеры, чуть более 10% - медицинские программы и столько же на другие.

Практически все респонденты отмечают сложности в освоении программного обеспечения. 71% анкетированных в той или иной форме получили информацию о различных медицинских информационных системах, и только 5% врачей (от общего числа) пользуются сейчас или пользовались

ранее медицинские информационные системы (МИС), и службы заказа лекарств, совмещенные с компьютерной историей болезни. Они же отмечают положительный опыт использования МИС (ДОКА +).

Вторая часть анкеты преследовала цель получить мотивированные ответы о возможности использования респондентами МИС в своей работе.

95% опрошиваемых сообщили, что они согласны использовать МИС, если это освободит их от рукописного дублирования документации. Действительно, по различным данным (Рот с соавт., 1996; Волков с соавт., 2001; Романов с соавт., 2001), процедуры, включающие в себя рукописное дублирование – написание выписных эпикризов, дневников, диспансерное наблюдение, занимают у врача 15-45% рабочего времени. К этому же списку можно отнести необходимость заводить новую карту для вновь поступившего больного, даже если она уже была заведена в другом учреждении (83% находят это достаточным аргументом для перехода на МИС).

Необходимо отметить также, что рукописное дублирование не только отнимает время, но и потенциально приводит к появлению ошибок в документации, которые могут в дальнейшем послужить поводом для юридических претензий. Респонденты считают, что освободившееся при исключении рукописного дублирования время они могли бы потратить на работу с больными, вследствие чего увеличилось бы качество диагностики (55%), лечебного процесса (73%), уменьшилось количество врачебных ошибок (62%). Контрольный вопрос дает усредненный показатель 67%.

Обращает на себя внимание тот факт, что 60% респондентов верят в положительные отдаленные последствия использования МИС (повышение качества лечебно-диагностического процесса, уменьшение количества ошибок).

Другая аргументация также была востребована: ради помощи в применении стандартов МИС готовы освоить 29% анкетированных врачей; помощи в диагностическом процессе – 40%, и с целью исключить возможность потери истории болезни – 55%.

В качестве косвенных результатов внедрения МИС, респонденты выделяют:

- увеличение количества юридических процедур при возникновении споров – 29%
- уменьшение количества врачебных рабочих мест – 4%
- уменьшение количества административных рабочих мест в многопрофильной медицинской организации – 22%
- увеличение количества рабочих мест – 5%
- уменьшение доли ошибочно назначаемых препаратов (что, безусловно, связано с применением стандартов) – 27%

Интересный ответ был получен на вопрос об обучении работе с МИС. 15% опрошиваемых специалистов готово потратить на освоение МИС не более 10 часов, 21% - не более 20 часов, 47% - не более 50 часов. 17% никак не указали свой лимит времени на обучение.

В целом, отношение врачей к возможности внедрения МИС положительное, присутствует высокий кредит доверия. Практически 90% респондентов считают МИС наиболее предпочтительней разрозненных компьютерных программ, чувствуется, что медицинский персонал осознаёт необходимость в реорганизации своей работы давая несколько завышенную оценку возможностям МИС по сравнению с реальным положением дел в данной области. Наибольшую заинтересованность врачи проявляют в вопросе дублирования документации. Этот вопрос, безусловно, относится к категории решаемых постепенно, в процессе развития клинических информационных систем.

По результатам проведённого исследования можно сделать следующие выводы:

Общий уровень компьютерной грамотности медицинского персонала областного здравоохранения достаточно низок (10,5%). Именно это обстоятельство является ключевым фактором в негативном отношении персоналом к внедрению информационных технологии в многопрофильной медицинской организации. Из-за нехватки специальных знаний, непонимания принципов работы программы возникают ошибки и сбои в работе. Подобное сопротивление, как правило, носит неосознанный характер и вызывается обычными человеческими психологическими факторами, например:

- обыкновённым страхом перед нововведениями;
- консерватизмом, нежеланием осваивать новые приемы работы;
- опасением потерять работу или утратить свою незаменимость;
- боязнью существенно увеличивающейся ответственности за свои действия.

В такой ситуации руководству предприятия следует обеспечить проведение соответствующей разъяснительной работы с персоналом и принятие необходимых организационных решений для:

- создания у сотрудников всех уровней твердого ощущения неизбежности внедрения автоматизированной системы управления;
- повышения уровня мотивации сотрудников к освоению системы.

Для повышения компьютерной грамотности персонала руководству лечебного учреждения необходимо организовать начальные компьютерные курсы с последующей аттестацией сотрудников. Лучшим вариантом такого обучения будет создание временного компьютерного класса на базе в многопрофильной медицинской организации на весь период обучения персонала. Необходимо так же открыто поощрять отличившихся в учёбе сотрудников. Причём, как показывает опыт, нематериальная мотивация (карьерный рост) при правильной постановке может стать более действенной.

Реализация задач информатизации областного здравоохранения, требует соответствующего ресурсного обеспечения (финансового, кадрового, программного и т. д.), а чтобы его получить, необходимо убедить лиц, принимающих решение. Для этого важно понимание того, что и как необходимо сделать, основанное на знании процессов менеджмента и управления, умение показать конечный результат, его пользу для населения и работы системы управления.

А.В. Калиниченко, С.В. Астраков, В.Е. Шибанов, А.В. Карпов,
А.А. Кайгородов, С.В. Тогобицкая

СТРАТЕГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ИНФОРМАТИЗАЦИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Использование комплексных медицинских информационных систем становится необходимым условием повышения гибкости и эффективности системы управления в многопрофильной медицинской организации. Основным элементом создания медицинских информационных систем является именно разработка стратегии ее внедрения.

A.V. Kalinichenko, S.V. Astrakov, V.E. Shibanov, A.V. Karpov, A.A. Kaigorodov, S.V. Togobitskaya

STRATEGY INTEGRATED INFORMATION DIVERSIFIED MEDICAL ORGANIZATION

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. The use of integrated health information systems is a prerequisite for increasing the flexibility and efficiency of the management of a multidisciplinary medical organization. The main element in the establishment of medical information systems is precisely to develop a strategy for its implementation.

Переход от бумажных носителей информации к электронным не избавлен от целого ряда объективных сложностей вследствие инерции мышления и нежелания многих отказываться от устоявшихся в сознании стереотипов. Негативно сказывается дороговизна компьютерной базы и её неразвитость в масштабах страны, тотальная компьютерная безграмотность персонала. Эффективная медицинская информационная система (МИС) является свидетельством зрелости лечебного учреждения, уровня организации и дает следующие преимущества:

- единая методология позволяет выработать корпоративную культуру медицинской деятельности лечебного учреждения, базирующуюся на единых подходах, базах данных и обобщении накопленного опыта, а это означает создание единого информационного пространства учреждения, использование единых стандартов документов учреждения, использование единых классификаторов, включая стандартизированные справочники, стандартизацию ввода и представления информации пользователям, минимизации ручного труда персонала;

- унифицированные подходы к организации трудовой деятельности и управления в ЛПУ позволяют оптимизировать финансовые и организационные ресурсы, всех подразделений медицинского учреждения, что по-

зволяет отслеживать взаимосвязи между различными службами лечебного учреждения, эффективно управлять ресурсами больницы; оптимизировать финансовые потоки;

- очень важно, что на внедрении информационной системы инновационные процессы не заканчиваются, пока не будет проведен тщательный анализ их исполнения и не будут извлечены и систематизированы все полезные уроки, пригодные для использования в будущих проектах информатизации лечебного учреждения.

- Рассматривая подробно вопросы внедрения новых технологий в многопрофильной медицинской организации необходимо обратить особое внимание на вопросы управления и принятия стратегических решений. Пока же в федеральном и муниципальном здравоохранении наблюдается значительное отставание именно в освоении основ менеджмента. Основные факторы этого отставания - нехватка профильных специалистов, а так же излишняя централизация управления региональным здравоохранением. На эффективность управленческих решений влияет ряд факторов, среди которых компетентность, информационное обеспечение, взвешенность принятия решений, своевременность акта управления играют определяющую роль. Менеджмент, в данном случае, может рассматриваться в виде оптимизации технологических решений и психологических установок.

- Практически всегда на пути инновации и модернизации управленческого и технологического процесса возникают барьеры против этих изменений. В здравоохранении это проявляется наиболее остро. Оправдания тут самые различные: отсутствие времени, средств и специалистов необходимой квалификации, инертность мышления, или просто нежелание что-то менять.

- Так же следует обратить внимание на моменты, по причине которых люди сопротивляются изменениям:

- узкособственнический интерес;
- недопонимание и недостаток доверия.
- различия в оценке ситуации;
- низкий уровень готовности к изменениям.

Среди других причин выделяют:

- влияние коллег;
- усталость от изменений;
- предыдущий неудачный опыт изменений.

Наличие выше перечисленных сдерживающих факторов оказывает существенное негативное воздействие на внедрение в российских лечебных учреждениях медицинских информационных системах.

Алгоритм (последовательность) управленческих решений:

1. Постановка цели и задачи (программно-целевое планирование). Сбор необходимой информации. Моделирование и предварительная экспертиза возможных решений;
2. Принятие управленческого решения;
3. Организация исполнения. Контроль исполнения;

4. Оценка эффективности и корректировка результатов;

Внедрение информационных технологий терпит неудачу, если ему уделяется недостаточно внимания. Существует опасность, что рутинные дела не позволят успешно завершить этот процесс. В этом случае необходимо тщательный контроль и управление этапом замораживания. Необходимо так же отметить, что процесс внедрения МИС заканчивается неудачей, когда требуется непрерывное дальнейшее сопровождение вновь созданной системы, исправление ошибок и недочетов, добавление недостающих элементов.

Таким образом, основным элементом создания МИС является именно разработка стратегии ее внедрения. Если инициаторы введения новой системы упустили из виду необходимость соответствия МИС организационной структуре и культуре предприятия, то может оказаться, что какие-то важные требования к системе не учтены, а поэтому пользователи интуитивно или осознанно сопротивляются ее внедрению.

Если затраты, связанные с разработкой конкретной МИС относительно легко измерить, по крайней мере прямые. Обычно их можно измерить во время технического анализа использования системы. То косвенные затраты, возникающие при задержках внедрения информационных систем или при сопротивлении изменениям, фактически невозможно оценить. Однако, при сравнении, гораздо труднее получить четкие свидетельства ожидаемых выгод, чем ожидаемых затрат.

Выгоды от внедрения МИС можно разделить на прямые и косвенные.

Прямые выгоды – это прямые результаты нововведения, которые легко поддаются оценке. Прямые выгоды обычно связаны с уменьшением рутинного труда, уменьшение количества бумажной работы.

Косвенные результаты внедрения информационных систем и технологий, в конечном счете, включают:

- неосозаемые выгоды, которые могут приписываться отдельным направлениям применения информационных систем, например, системы поддержки принятия решений улучшают структуру работы пользователя;
- непрямые выгоды, которые рассматриваются как результат дальнейших инвестиций, основанных на внедрении новой системы. Например, внедрение локальной сети в учреждении способствует развитию внутренней инфраструктуры, которая будет основой для различных модификаций информационных систем и программ;
- стратегические выгоды, которые приводят к совершенствованию лечебной деятельности в многопрофильной медицинской организации, более удачного позиционирования учреждения и др.

В качестве подведения итога хотелось бы сказать следующее. В настоящее время использование комплексных МИС становится необходимым условием повышения гибкости и эффективности системы управления в многопрофильной медицинской организации. Требования, предъявляемые к МИС, а также обеспечивающему их программному обеспечению, достигли такого уровня, когда уже нельзя просто игнорировать ключевые момен-

ты процессов их разработки и внедрения. То же можно сказать и об уровне затрат на работы данного направления, значительность которых невольно заставляет задуматься о необходимости разработки стратегии управления этим процессом и оценки каждого этапа внедрения МИС.

А.В. Калиниченко, Я.В. Зулин, В.А. Борцов

**ФОРМИРОВАНИЕ ФИЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ КАК ЭЛЕМЕНТ СТРАТЕГИИ ЭФФЕКТИВНОГО
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский
университет Минздрава, МБУЗ «Городская поликлиника № 26»
Новосибирск, Россия*

Аннотация. Эффективность повышения доступности амбулаторно-поликлинической помощи населению при филиальной системе заключается в: уменьшении показателя периода доступности, увеличении индекса медико-социальной эффективности и снижении уровня социальной дезадаптации пациентов, в уменьшении количества посещений, эффективной деятельности дневного стационара и уменьшении количества вызовов скорой медицинской помощи.

A.V. Kalinichenko, Y.V. Zulin, V.A. Bortsov

**FORMATION OF BRANCH OUTPATIENT CARE BY THE
POPULATION AS AN ELEMENT OF STRATEGY EFFICIENCY
OF RESOURCE USE HEALTH**

*GBOU Novosibirsk State Medical University, Ministry of Health,
MBUZ «City clinic № 26», Novosibirsk, Russia*

Abstract. Efficiency of increase of availability of the out-patient and polyclinic help to the population at filial system consists in: reduction of an indicator of the period of availability, increase in an index of medico-social efficiency and decrease in level of a social dezadaptatsiya of patients, in reduction of number of visits, effective activity of a day hospital and reduction of quantity of calls of an emergency medical service.

Эффективность повышения доступности амбулаторно-поликлинической помощи населению при филиальной системе заключается в: уменьшении показателя периода доступности, увеличении индекса медико-социальной эффективности и снижении уровня социальной дезадаптации пациентов, в уменьшении количества посещений, эффективной деятельно-

сти дневного стационара и уменьшении количества вызовов скорой медицинской помощи.

Одним из критериев оценки медико-социальной эффективности деятельности медико-социальных филиалов поликлиники является показатель периода доступности.

Формула расчета показателя периода доступности:

количество пациентов обратившихся в 1 сутки + количество пациентов обратившихся во 2 сутки x 2 + количество пациентов обратившихся в 3 сутки x 3 + количество пациентов обратившихся в 4 сутки x 4 + количество пациентов обратившихся в 5 и более сутки x 5 разделить на общее количество обратившихся пациентов.

Показатели периода доступности при ежеквартальном мониторинговании за 2011 год до внедрения медико-социальных филиалов

$P_{\text{пд}}$ (I кв. 2011 г.) = $(14+22X_2+49X_3+8X_4+7X_5)/100 = 2,72$, где $P_{\text{пд}}$ – показатель периода доступности;

$P_{\text{пд}}$ (II кв. 2011 г.) = $(11+24X_2+52X_3+9X_4+4X_5)/100 = 2,71$;

$P_{\text{пд}}$ (III кв. 2011 г.) = $(11+21X_2+56X_3+6X_4+6X_5)/100 = 2,75$;

$P_{\text{пд}}$ (IV кв. 2011 г.) = $(10+25X_2+52X_3+8X_4+5X_5)/100 = 2,73$.

Показатели периода доступности за 2012 год после внедрения медико-социальных филиалов при ежеквартальном мониторинговании

Показатели периода доступности по филиалам и средний по поликлинике в первом квартале 2012 года.

1 филиал $P_{\text{пд}} = (39+36X_2+18X_3+6X_4+1X_5)/100 = 1,94$;

2 филиал $P_{\text{пд}} = (38+39X_2+17X_3+5X_4+1X_5)/100 = 1,92$;

3 филиал $P_{\text{пд}} = (41+36X_2+15X_3+5X_4+3X_5)/100 = 1,93$;

Средний $P_{\text{пд}} = (118+111X_2+50X_3+16X_4+5X_5)/300 = 1,93$.

Показатели периода доступности по филиалам и средний по поликлинике во втором квартале 2012 года.

1 филиал $P_{\text{пд}} = (52+36X_2+6X_3+4X_4+2X_5)/100 = 1,68$;

2 филиал $P_{\text{пд}} = (54+34X_2+6X_3+4X_4+2X_5)/100 = 1,66$;

3 филиал $P_{\text{пд}} = (55+34X_2+5X_3+4X_4+2X_5)/100 = 1,64$;

Средний $P_{\text{пд}} = (161+104X_2+17X_3+12X_4+6X_5)/300 = 1,66$.

Показатели периода доступности по филиалам и средний по поликлинике в третьем квартале 2012 года.

1 филиал $P_{\text{пд}} = (63+31X_2+3X_3+2X_4+1X_5)/100 = 1,47$;

2 филиал $P_{\text{пд}} = (65+29X_3+3X_3+2X_4+1X_5)/100 = 1,45$;

3 филиал $P_{\text{пд}} = (66+29X_3+2X_3+2X_4+1X_5)/100 = 1,43$;

Средний $P_{\text{пд}} = (194+89X_2+8X_3+6X_4+3X_5)/300 = 1,45$.

Для определения индекса медико-социальной эффективности совершенствования организации амбулаторно-поликлинической помощи проведено ежеквартальное анкетирование по 400 пациентов. В результате проведённого социологического опроса пациентов определена удовлетворённость работой поликлиники.

Индекс удовлетворённости населения деятельностью муниципальной системы здравоохранения рассчитан по формуле = $a+3/46 + 1/2v$, где: а –

процент пациентов, ответивших на вопрос об удовлетворённости населения деятельностью муниципальной системы здравоохранения – «Да, вполне»; б – «Скорее да»;

в – «Затрудняюсь ответить»; г – «Скорее нет»; д – «Нет».

Индекс удовлетворённости населения деятельностью муниципальной системы здравоохранения при ежеквартальном мониторинговании за 2011 год до внедрения медико-социальных филиалов

I кв. 2011 г. = $19,7\% + \frac{3}{4} 21,7\% + \frac{1}{2} 10,3\% = 41,1\%$;

II кв. 2011 г. = $18,3\% + \frac{3}{4} 20,0\% + \frac{1}{2} 10,7\% = 38,7\%$;

III кв. 2011 г. = $19,5\% + \frac{3}{4} 20,7\% + \frac{1}{2} 9,8\% = 39,9\%$;

IV кв. 2011 г. = $18,5\% + \frac{3}{4} 21,2\% + \frac{1}{2} 9,5\% = 39,1\%$.

Индекс удовлетворённости населения деятельностью муниципальной системы здравоохранения при ежеквартальном мониторинговании за 2012 год после внедрения медико-социальных филиалов

I кв. 2012 г. = $24,2\% + \frac{3}{4} 30,5\% + \frac{1}{2} 9,8\% = 52\%$;

II кв. 2012 г. = $25,3\% + \frac{3}{4} 32,2\% + \frac{1}{2} 7,7\% = 53,3\%$;

III кв. 2012 г. = $26,3\% + \frac{3}{4} 33,2\% + \frac{1}{2} 7,0\% = 54,7\%$.

Для оценки уровня социальной дезадаптации пациентов ежеквартально проводилось анкетирование 400 работающих, семейных и воспитывающих детей индивидуумов. В связи с тем что, именно эта категория пациентов имеет наиболее многочисленные социальные взаимодействия, что безусловно является индикатором уровня социальной дезадаптации. Анкетирование проводилось с I квартала 2011 года по III квартал 2012 года.

Уровень социальной дезадаптации пациентов при ежеквартальном мониторинговании за 2011 год до внедрения медико-социальных филиалов

I кв. 2011 г. = 28,3 балла, по шкале при диапазоне от 14 до 42 баллов; II кв. 2011 г. = 28,6 балла; III кв. 2011 г. = 27,9 балла; IV кв. 2011 г. = 27,5 балла.

Уровень социальной дезадаптации пациентов при ежеквартальном мониторинговании за 2012 год после внедрения медико-социальных филиалов

I кв. 2012 г. = 25,8 балла; II кв. 2012 г. = 23,3 балла; III кв. 2012 г. = 21,6 балла.

Для оценки экономической эффективности внедрения медико-социальных филиалов проанализированы такие показатели, как план посещений, объем финансирования, фактически выполненные и принятые к оплате страховыми медицинскими организациями посещения и число пролеченных больных за период с марта по август 2012 года:

В результате улучшения медицинской эффективности около 20% пациентов завершают свое лечение, посещая поликлинику на 1 посещение меньше, за период с марта по август количество посещений сокращается на 20 705. Стоимость одного посещения рассчитываем с учетом объема финансирования амбулаторно-поликлинической помощи – 83 921 649,00 рублей и государственного заказа на 2012 год в МБУЗ ГП №26 – 422 863 посещения. Следовательно, стоимость 1-го посещения – 198,46 рублей. В связи с чем, экономия денежных средств: за 6 месяцев составила $20\ 705 \times 198,46 = 4\ 109\ 114$ рублей, таким образом, экономическая эффективность за год составит: 4

109 114 руб. $\times 2 = 8\,218\,228$ руб.

Эффективность использования дневного стационара анализируем, учитывая, что стоимость 1-го пациента-дня лечения в дневном стационаре – 348,84 рублей, в том числе за счет средств ОМС 336,01 рублей, а стоимость 1-го койко-дня в стационаре – 1158,29 рублей, в том числе за счет средств ОМС 1057,76 рублей.

Для сравнения проанализируем финансовые затраты для оказания медицинской помощи на 6 койках в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения при 3-х сменном режиме работы и 18 коек в больничном учреждении для лечения такого же количества пациентов.

За год в условиях дневного стационара на 6 койках при 3-х сменном режиме с периодом лечения по 10 дней возможно пролечить около 600 пациентов.

Ориентировочно финансовые затраты для лечения 600 пациентов в условиях дневного стационара поликлиники составят: 600 пациентов $\times 10$ дней $\times 348,84$ руб. = 2 093 040 руб.

Для лечения такого же количества пациентов (600 человек) с сопоставимыми диагнозами и объемами оказания медицинской помощи финансовые затраты в условиях стационара составят: 600 пациентов $\times 10$ дней $\times 1158,29$ руб. = 6 949 740 руб.

Таким образом, лечение 600 пациентов в условиях стационара обходится дороже на разницу финансовых затрат: 6 949 740 руб. – 2 093 040 руб. = 4 856 700 руб.

При анализе количества вызовов скорой медицинской помощи в I квартале 2011 года и в I квартале 2012 года (до внедрения медико-социальных филиалов) не имеет существенных различий. Однако после внедрения медико-социальных филиалов определяется уменьшение количества вызовов скорой медицинской помощи во II квартале 2012 года по сравнению со II кварталом 2011 года на 647 вызовов, в III квартале 2012 года по сравнению с III кварталом 2011 года на 670 вызовов.

Расчет экономической эффективности произведен с учетом стоимости вызова скорой медицинской помощи (1476,75 руб.)

- экономическая эффективность во II квартале 2012 года: 647 вызовов $\times 1476,75$ руб. = 955 457 руб.

- экономическая эффективность во III квартале 2012 года: 670 вызовов $\times 1476,75$ руб. = 989 422 руб. - экономическая эффективность за II и III кварталы 2012 года: 955 457 руб. + 989 422 руб. = 1 944 879 руб. Таким образом, экономическая эффективность за год составит: 1 944 879 руб. $\times 2 = 3\,889\,758$ руб.

Суммарная экономическая эффективность от внедрения филиальной системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению рассчитывается путем сложения экономической эффективности от уменьшения количества посещений, эффективного использования дневного стационара и уменьшения вызовов скорой медицинской помощи, таким образом: 8 218 228 руб. + 4 856 700 руб. + 3 889 758 руб. = 16 964 686 руб.

В результате внедрения филиальной системы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению показатель доступности медицинской помощи населения снизился с 2,27 до 1,45, следовательно, пациенты обращаются за медицинской помощью в более ранний период заболевания, что улучшает проведение диагностики и повышает эффективность лечения. Индекс удовлетворенности населения деятельностью муниципальной системы здравоохранения увеличился с 41,1% до 54,7%, что обуславливает увеличение степени доверия к муниципальной системе здравоохранения. Уровень социальной дезадаптации пациентов при этом снизился с 28,3 до 21,6 баллов, что свидетельствует о более стабильном психическом состоянии обращающихся за медицинской помощью пациентов и является фактором, влияющем на процессы выздоровления.

В. Ф.Капитонов, М.Н. Старцев

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН В ПОСТРЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия*

Аннотация. С целью изучения особенностей течения гинекологической патологии, требующей хирургического вмешательства у женщин в период постменопаузы и организации им медицинской помощи, нами были обследованы и опрошены 120 пациенток пожилого и старческого возраста. Установлено, что медицинскую помощь почти в 80,0% посещений в поликлинику женщинами анализируемого возраста, оказывает участковый врач-терапевт. Врача-гинеколога, как правило, подключают к этому процессу только в случаях оказания этому контингенту консультативной помощи. Учитывая современные подходы к медицинскому обслуживанию женщин пожилого и старческого возраста, требуется изменение в организации им медицинской помощи, с введением регулярного осмотра врачом-гинекологом.

V.F. Kapitonov, M.N. Startseva

THE MEDICAL AND POPULATOIN CHARACTERISTIC OF WOMEN IN THE POST-REPRODUCTIVE PERIOD AND THE ORGANIZATION OF THE GYNECOLOGIC HEALTH SERVICE

*Krasnoyarsk State Medical University named after. Prof. V.F. Voyno-
Yasenetsky, Russia*

Abstract.To study characteristics of the gynecologic pathology course demanding surgical intervention with women in a postmenopause period and

the organization of medical care for them, we examined and interrogated 120 patients of elderly and senility age. It was found out that in almost 80,0% of cases of women's polyclinics visits the medical aid was rendered by a neighborhood physician. We mean the women of the elderly and senility age. As a rule a gynecology doctor renders these women only consulting assistance. Considering modern approaches to medical care of the elderly and senility age, changes are quite necessary in the organization of medical care rendering to them, the introduction of regular examinations by a doctor-gynecologist is obvious.

С целью изучения особенностей течения гинекологической патологии, требующей хирургического вмешательства у женщин в период постменопаузы, нами в период с 2010-2011 г. было обследовано 120 пациенток пожилого и старческого возраста с различными видами внутриматочной патологией, оперированные в гинекологическом отделении НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск. Все пациентки находились в постменопаузальном периоде продолжительностью от одного года до 30 лет. Средний возраст пациенток составил $65,5 \pm 3,74$ года. Распределение больных по возрастным группам таково: 55 лет – 64 года – 68 женщин (56,6%); 65 лет – 74 года – 38 (31,7%); 75 лет – 93 года – 14 (11,7%).

Проведенный нами анализ демографической ситуации показал, что общая численность женщин старше 50 летнего возраста в г. Красноярске за 10 летний период (с 2001 по 2010 год) увеличилось на 25150 человек. Это значительно отразилось на структуре женского населения, как за счет увеличения удельного веса женщин пострепродуктивного возраста, так и снижения доли женского населения, не достигшего репродуктивного возраста (от 0 до 14 лет) (рис.1).

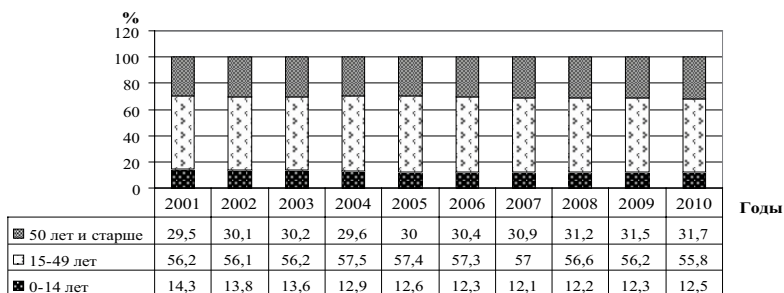


Рис.1. Динамика повозрастной структуры женщин г. Красноярска за 2001-2010 гг. (%).

На динамику структуры и численности женщин в возрасте старше 50 лет, оказало большое влияние увеличение средней продолжительности жизни женщин за анализируемый период на 2,4 года (рис.2).

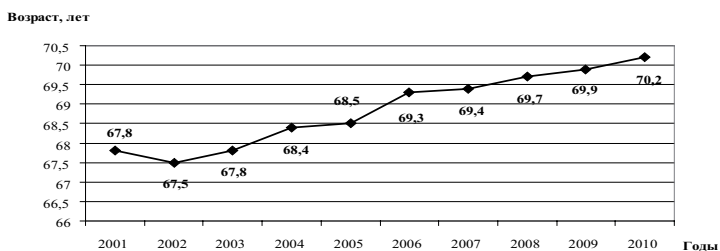


Рис.2. Динамика изменения средней продолжительности женщин г. Красноярска за 2001-2010 гг. (лет).

В связи с тем, что у нас в стране, отсутствует отлаженная система гинекологического наблюдения за женщинами в пострепродуктивном периоде, основная масса выявляемой гинекологической патологии у женщин пожилого и старческого возраста выявляется во время обращений за медицинской помощью по поводу обострения сопутствующей хронической патологии.

Нами установлено, что медицинскую помощь лицам старших возрастов в основном оказывает участковый врач-терапевт (до 80% всех посещений). Распространенность хронической патологии, множественность заболеваний, стертое, атипичное течение болезней у лиц пожилого возраста повышают требования к частоте и объему специализированной медицинской помощи пожилым женщинам (невропатолог, кардиолог, хирург, офтальмолог). Врача-гинеколога, как правило, подключают к этому процессу только в случаях оказания этому контингенту консультативной помощи. У пациенток пожилого возраста выявляется распространенная патология женской половой сферы, которая очень часто протекает бессимптомно.

Среди населения пожилого возраста доля практически здоровых лиц невелика и с увеличением возраста продолжает снижаться. В нашем исследовании, частота сопутствующей экстрагенитальной патологии констатированной перед операцией составила 89,2%, среди которой преобладают эндокринно-обменные заболевания: ожирение и нарушение липидного обмена, сахарный диабет, диффузный зоб. У 1,9% больных в анамнезе отмечаются операции по поводу рака молочных желез, у 2,5% - операции по поводу фибромы молочной железы.

На втором месте по частоте встречаемости - заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, хроническая ишемическая болезнь сердца, хроническая венозная недостаточность) – 54,3%.

На третьем месте - заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, язвенная болезнь панкреатит, хронический колит, синдром раздраженной толстой кишки) - 47,4%.

Заболевания органов дыхания (хронические неспецифические заболевания легких, бронхиальная астма) отмечены в 40% случаев.

Следует отметить, что выявляемая патология имеет сочетанный характер с множественным поражением различных органов и систем. Это приводит к поздней диагностике и запущенности заболеваний гинекологической сферы, которые требуют уже хирургического вмешательства.

Из 120 женщин, поступивших для оперативного вмешательства, ни одна не наблюдалась у врача гинеколога, при этом у пациенток нами была выявлена следующая внутриматочная патология: полипы эндометрия у 60 (50,0%); подслизистые миомы матки, гиперпластические и атрофические процессы эндометрия по 20 (16,7%).

Операции проведены традиционным лапаротомическим трансвагинальным, лапароскопическим и гистероскопическим доступами. Основными доступами считали лапароскопический и транвагинальный или лапаровагинальный.

После операции всем больным проводился комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение трофики тканей и условий заживления, профилактика тромбоэмболических осложнений низкомолекулярными гепаринами и на медикаментозную поддержку важных функций систем организма в целом.

Изменения, происходящие в организме стареющей женщины, неблагоприятным образом сказываются на проявлениях возникающего заболевания. У пожилых людей нарушаются метаболические процессы, угнетаются естественные механизмы, замедляются процессы восстановления нарушенных функций в органах и системах. Все это создает определенные трудности в постановке диагноза, лечения возникающего заболевания, снижает переносимость необходимых хирургических вмешательств, предъявляет особые требования к выбору методов обезболивания и использованию лекарственных средств.

Ситуация с состоянием здоровья пожилых женщин такова: как правило, женщины этого возраста чаще других оказывают помощь в уходе за своими близкими - мужьями, детьми, внуками. Когда же возникают ситуации, что в лечебной помощи нуждаются они сами, они не получают ее или получают в гораздо меньшем объеме. Ситуация не только не находит своего решения на государственном уровне, но просто игнорируется. А ведь здесь мы имеем дело с дискриминацией граждан сразу по двум признакам - по признаку пола и по возрасту, а также нарушением конституционного права на охрану здоровья.

Таким образом, согласно нашим исследованиям, в связи с увеличением численности и удельного веса женщин достигшего пострепродуктивного возраста, назрела необходимость совершенствования медицинского наблюдения за этой возрастной группой.

Особенностью клинических проявлений гинекологических заболеваний у больных пожилого и старческого возраста является стертая симпто-

матика на фоне превалирования проявлений экстрагенитальных заболеваний, поэтому необходимо всем женщинам в постменопаузальном периоде, независимо от отсутствия каких либо клинических проявлений гинекологических заболеваний ежегодное скрининговое трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза.

В.Ф. Капитонов, Е.Ю. Роговенко, С.Ю. Ли-Ги-Ру.

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ВОСПРОИЗВОДСТВО НАСЕЛЕНИЯ

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия

Аннотация. С целью изучения репродуктивного здоровья женского населения г. Красноярска и его влияния на воспроизводство населения были проанализированы материалы Красноярского краевого медицинского информационно-аналитического центра г. Красноярска за 2006-2010 годы. Проведенный анализ позволил выделить следующие тенденции: устойчивое увеличение показателя рождаемости при одновременном снижении уровня общей смертности населения; высокий уровень соматической заболеваемости без устойчивой тенденции к снижению; высокий уровень гинекологической заболеваемости; постепенная смена аборт, как метода планирования беременности, на гормональную контрацепцию.

V.F. Kapitonov, E.Yu. Rogovenko, S.Yu. Li-Gi-Ru

HEALTH OF THE FEMALE POPULATION AND THE REPRODUCTION OF POPULATION

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Russia

Abstract. Krasnoyarsk Regional Medical Research and Information Centre matters since 2006 up to 2010 were analyzed to study the female population reproductive health in the city of Krasnoyarsk and its influence on the reproduction of population. The evaluation of the matters allowed to reveal such tendencies as: stable increase of the birth rate and at the same time decrease of the population general mortality rate; high rate of somatic diseases with no stable tendency to decrease; high rate of gynaecological diseases; gradually hormonal contraception substitutes aborts as a method to plan for pregnancy.

С целью изучения репродуктивного здоровья женского населения г. Красноярска и его влияния на воспроизводство населения, нами были проанализированы материалы Красноярского краевого медицинского

информационно-аналитического центра г. Красноярска за 2006-2010 г.

За анализируемый период, население г. Красноярска увеличилось на 41506 человек (с 921669 человек в 2006 г. до 963175 человек в 2010 г.), при этом доля женского населения сохранилась на одном уровне и составляет 54,9%.

Несмотря на снижение удельного веса женщин фертильного возраста в общей численности женщин (с 57,9% в 2006 году до 55,8% в 2010 году), впервые за последние три года отмечается положительный естественный прирост населения города. Следует отметить, что на положительный прирост населения повлияло не только увеличение уровня рождаемости, но и одновременное снижение уровня общей смертности (рис.1).

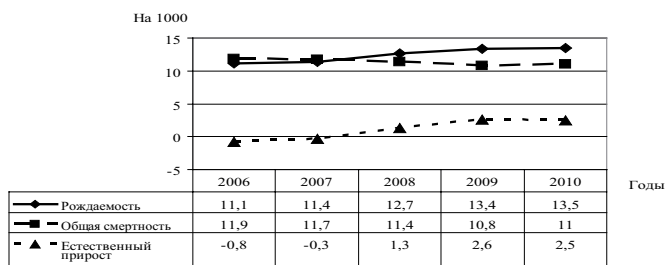


Рис. 1. Динамика естественного движения населения г. Красноярск за 2006-2010 гг. (на 1000 населения)

Проведенный нами анализ оптимистических прогнозов на будущее не выявил, так как увеличение показателя рождаемости произошло за счет абсолютного прироста числа женщин фертильного возраста на 1,5%, а не за счет увеличения рождения вторых и последующих детей, что подтверждается снижением суммарного коэффициента плодovitости, который снизился с 30,3 до 28,0. Среднее число детей на одну женщину фертильного возраста остается низким – 1,2 ребенка.

Нами установлено, что состояние здоровья беременных женщин остается низким за счет сохранения высокого удельного веса женщин с экстрагенитальными и гинекологическими заболеваниями.

Динамика показателей основных экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности у жительниц г. Красноярска носит волнообразный характер, без существенной тенденции к снижению.

В структуре экстрагенитальных заболеваний лидирующее место занимают анемии беременных – 25,5%, на втором месте находятся болезни системы кровообращения – 12,3% и на 3-ем гестозы – 12,2%. Четвертое место занимают болезни мочеполовой системы, удельный вес которых составляет 10,8%, пятое место принадлежит венозным осложнениям – 5,6% и замыкают шестерку ведущих причин дисфункции щитовидной железы – 2,6%.

Аналогичная тенденция наблюдается и по гинекологической заболеваемости, в структуре которой ведущее место сохраняют одни и те же классы.

Первое место в структуре гинекологической заболеваемости занимают эрозии шейки матки – 8,1%, далее идут воспалительные заболевания женской половой сферы – 6,6%, расстройства менструальной функции и бесплодие (2,9% и 0,8% соответственно).

Несмотря на высокую распространенность аборт, их уровень за последние пять лет снизился с 44,8 на 1000 женщин фертильного возраста в 2006 году, против 32,1 в 2010 году. Отмечается также тенденция к снижению показателя числа абортов на 100 родов, который за этот же период снизился в 2,0 раза (со 112,0 в 2006 году до 57,2 в 2010 году).

В то же время, имеется и благоприятная тенденция в сохранении репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, о чем свидетельствует увеличение численности женщин, использующих для предохранения от нежелательной беременности гормональную контрацепцию (табл.1).

Таблица 1

Динамика абортов и использования контрацепции в г. Красноярске (на 1000 от женщин фертильного возраста) за 2006 – 2010 годы

Показатель	Годы				
	2006	2007	2008	2009	2010
Число абортов (на 1000 женщин фертильного возраста)	44,8	38,2	33,7	33,6	32,1
Число женщин использующих гормональную контрацепцию	205,7	216,9	231,5	294,9	303,8

Негативные показатели состояния репродуктивного здоровья женщин, за исследуемый период, не оказали существенного влияния на течение беременности и родов. Удельный вес нормально протекающих и преждевременных родов остается на стабильно низком уровне (рис.2).

Следует отметить, что несмотря на неудовлетворительное состояние здоровья беременных женщин и высокий удельный вес неблагоприятно протекающих родов, акушер-гинекологам и неонатологам города Красноярска удалось снизить уровень перинатальной смертности, показатели которой снизились в 1,5 раза, в основном за счет снижения ранней неонатальной смертности (рис.3).

Таким образом, проведенный анализ репродуктивного здоровья женщин и воспроизводства населения позволяет выделить следующие тенденции:

- устойчивое увеличение показателя рождаемости при одновременном снижении уровня общей смертности населения;
- высокий уровень соматической заболеваемости без устойчивой тен-

денции к снижению;

- высокий уровень гинекологической заболеваемости;
- постепенная смена аборт, как метода планирования беременности, на гормональную контрацепцию.

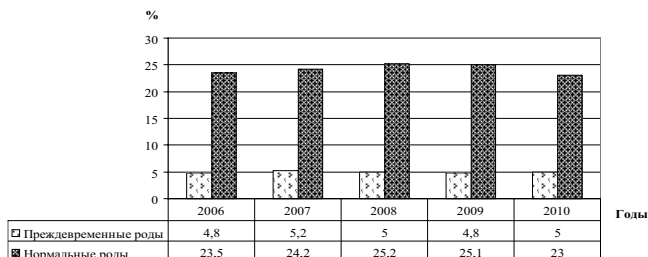


Рис.2. Динамика удельного веса преждевременных и нормальных родов в общей структуре родов за 2006-2010 гг.

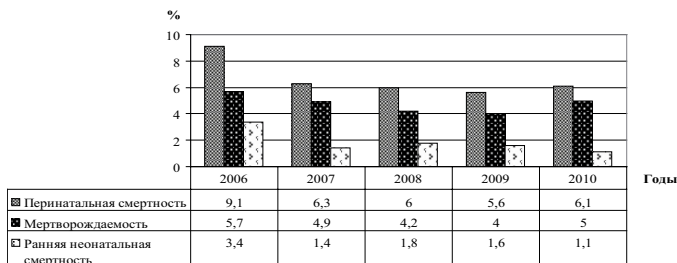


Рис.3. Динамика снижения перинатальной смертности и ее составляющих в г. Красноярске за 2006-2010 годы (на 1000 родившихся живыми и мертвыми).

В.Ф.Капитонов, А.С. Виткин.

РИСК РАЗВИТИЯ КАРИЕСА И ЕГО РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОЛНЫХ СЕМЕЙ

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия

Аннотация. С целью изучения факторов риска развития и распространенности кариеса у детей раннего и дошкольного возраста, были изучены социально-гигиенические и медико-биологические характеристики 423 полных семей. В исследование вошли 619 детей в возрасте от 1 до 6 лет и их родители. Выявлено, что поражение зубов кариесом у детей увеличивается

ется с возрастом и уже к 6 годам 75,2% детей имеет кариозные зубы. Оценка стоматологического статуса родителей позволила выявить высокую распространенность кариеса среди матерей и отцов (64,1% и 40,9% соответственно). Установлено, что на пораженность детей кариесом, большое влияние оказывают: генетическая предрасположенность, сопутствующая соматическая патология, социально-гигиенические факторы образа жизни.

V.F. Kapitonov. A.S. Vitkin

THE RISK OF CARIES DEVELOPMENT AND ITS PREVALENCE RATE WITH THE CHILDREN FROM TRADITIONAL FAMILIES AT EARLY CHILDHOOD AND PRESCHOOL AGE

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Russia

Abstract. For the purpose of studying of risk factors of development and prevalence of caries in children of early and preschool age, socially-hygienic and medical and biologic characteristics of 423 two-parent families have been studied. The study base included 619 children at the age from 1 to 6 years and their parents. It was revealed that the rate of caries in children increases with aging and by 6 years 75,2 % of children have decayed teeth. The estimation of the stomatologic status of parents has allowed to reveal high prevalence of caries among mothers and fathers (64,1 % and 40,9 % respectively). It was determined that genetic predisposition, accompanying somatic pathology, socially-hygienic factors of lifestyle had a great influence on prevalence of caries in children.

С целью изучения факторов риска развития и распространенности кариеса у детей раннего и дошкольного возраста, были изучены социально-гигиенические и медико-биологические характеристики 619 детей в возрасте от 1 до 6 лет из 423 полных семей.

Дети были разбиты на 6 возрастных групп: до 1 года – 104 ребенка; от 1 до 2 лет – 105; от 2 до 3 лет – 103; от 3 до 4 лет – 104; от 4 до 5 лет – 102; от 5 до 6 лет – 101.

Стоматологический статус детей и их родителей осуществлялся путем непосредственного осмотра. Для оценки медико-биологической и социально-гигиенической характеристики применялась оригинальная анкета, содержащая 70 вопросов, посвященных раннему анамнезу детей, характеру соматической патологии исследуемых детей и их родителей, санитарно-гигиеническим аспектам образа жизни семьи. Кроме анкетирования родителей исследуемых детей, изучалась медицинская информация из амбулаторных карт обследуемых.

Анализ повозрастной динамики поражения молочных зубов кариесом показал, что распространенность кариеса зубов у детей интенсивно нарастает впервые три года жизни и к шести годам 75,2% детей имеют кариоз-

ные зубы (рис.1), а индекс «кп» в три года составляет $1,42 \pm 0,01$ и к 6 годам $3,89 \pm 0,02$ зуба.

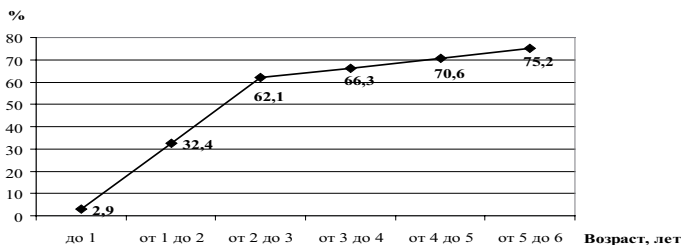


Рис. 1. Распространенность детей раннего и дошкольного возраста, имеющих кариес молочных зубов

Оценка стоматологического статуса родителей позволила выявить высокую распространенность кариеса среди матерей и отцов ($64,1 \pm 2,3\%$ и $40,9 \pm 2,4\%$ соответственно).

Распространенность кариеса зубов у детей 6 летнего возраста, родители которых имели кариес зубов, была в 3 раза выше, чем у детей родителей, чьи зубы не были поражены кариесом ($92,6\%$ и $31,1\%$ соответственно).

Аntenатальный период развития ребенка определяет уровень минерализации как молочных, так и постоянных зубов.

Изучение течение беременности у матерей исследуемых детей показало, что только у $31,9 \pm 2,3\%$ матерей не отмечалось каких-либо отклонений в течение беременности или состоянии здоровья.

Следует отметить, что на момент исследования, доля родителей (как отцов, так и матерей) имеющих хронические заболевания, составляла $69,7 \pm 2,2\%$ у матерей и $70,2 \pm 2,2\%$ у отцов и не имела существенных различий ($p > 0,05$). На одного родителя исследуемых детей приходилось 1-3 хронических заболеваний.

Нами установлено, что уже к году жизни $22,1\%$ детей имели хронические заболевания, а к 6 годам, доля их увеличилась до $31,9\%$ (рис2).

С увеличением возраста отмечается сочетание 2-3 заболеваний, причем наиболее часто ЛОР-патологии, болезней органов пищеварения и болезней мочевыводящих путей.

Нами установлено, что на развитие кариеса у детей большое влияние оказал ряд экзогенных и эндогенных факторов (в сочетании).

Так, от общего числа детей имеющих кариес:

1) $70,1\%$ родилось от матерей страдавших токсокозом во время беременности или осложнения в родах,

2) $61,7\%$ родились с признаками пренатальной или постнатальной гипоксии,

3) $52,3\%$ родилось от матерей употребляющих лекарственные средства от различных заболеваний во время беременности,

- 4) 49,6% являлись часто болеющими детьми в раннем возрасте,
- 5) 82,9% имели одноименную патологию с родителями,
- 6) 87,9% страдали хроническими заболеваниями,
- 7) 62,4% неблагоприятный психологический микроклимат в семье,
- 8) 72,2% имели неблагоприятные материальные и жилищные условия,
- 9) 51,3% находились на искусственном или смешанном вскармливании.

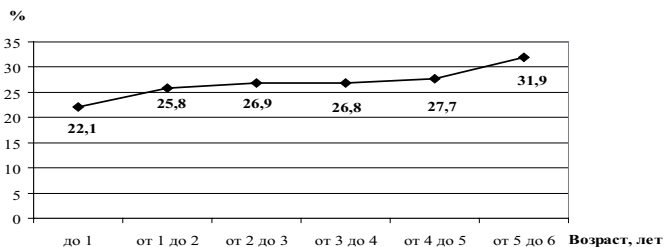


Рис.2. Распространенность детей раннего и дошкольного возраста, имеющих хронические заболевания (%).

Известно, что соблюдение правил гигиены полости рта должно способствовать укреплению здоровья, профилактике заболеваний, в том числе предупреждению проявлений кариозной болезни.

Согласно нашим исследованиям, установлена недостаточная осведомленность родителей о стоматологическом здоровье их детей. Так, только $59,1 \pm 2,4\%$ родителей детей до 3 лет полагают, что у их детей имеются зубы пораженные кариесом и лишь $21,5 \pm 2,0\%$ регулярно посещают врача-стоматолога с целью профилактики стоматологических заболеваний.

Многими авторами отмечается, что уровень образования родителей оказывает значительное влияние на образ жизни и медицинскую активность.

Несмотря на то, что более 50,0% матерей и 40,0% отцов имеют высшее и среднее специальное образование, уровень их санитарно-гигиенических знаний не достаточен. Так, среди родителей всех исследуемых детей, $79,2 \pm 2,0\%$ уверено, что уход за полостью рта должен осуществляться примерно с 3 лет (таков средний возраст, указанный при опросе). Лишь $8,3 \pm 1,3\%$ выбрали ответ «с момента появления первого зуба». Как возможное следствие этого – лишь у $13,1 \pm 1,4\%$ обследованных индекс интенсивности кариеса (кп, КПУ+кп, КПУ) равен 0. а декомпенсированное течение кариеса выявлено у $15,8 \pm 1,5\%$ детей.

Основное заблуждение родителей заключается в убеждении, что временные зубы «все равно сменятся на постоянные». По этой причине обращение к стоматологу нередко происходит при полном разрушении коронковых частей зубов или в случае острой боли.

Изучение уровня информированности детей и родителей относительно вопросов гигиены полости рта, как одного из патогенетических факторов кариеса зубов показало, что абсолютное большинство опрошенных ($61,9 \pm 2,4\%$) считают оптимальным режим чистки зубов – однократный ($p > 0,05$), причем большая часть ($74,0 \pm 2,1\%$) проводят уход за ротовой полостью лишь утром ($p > 0,01$). О регулярности чистки зубов респонденты осведомлены недостаточно: лишь $17,0 \pm 1,8\%$ выбрали ответ «после каждого приема пищи» ($p > 0,01$).

Таким образом, проведенное нами исследование показало на комплекс факторов риска развития кариеса у детей: токсикозы беременности и осложнения в родах; рождение с признаками пренатальной или постнатальной гипоксии; употребление матерями лекарственных средств при различных заболеваниях во время беременности; частые заболевания в раннем возрасте; наличие кариеса у родителей; наличие хронических общесоматических заболеваний; искусственное или смешанное вскармливание; неблагоприятный психологический микроклимат в семье; неблагоприятные материальные и жилищные условия; низкий уровень санитарно-гигиенических знаний у родителей.

И.А. Кирилова, М.А. Садовой, В.Т. Подорожная
**ПРОДВИЖЕНИЕ ИННОВАЦИЙ НА ПРИМЕРЕ
ЛАБОРАТОРИИ ЗАГОТОВКИ И КОНСЕРВАЦИИ
ТКАНЕЙ НОВОСИБИРСКОГО НИИ ТРАВМАТОЛОГИИ И
ОРТОПЕДИИ**

*Новосибирский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии, Россия*

Аннотация. Представлены все этапы работы лаборатории от идеи создания костно-пластического материала до его государственной регистрации в качестве медицинского изделия и сертификации соответствия по системе государственного стандарта России для последующего применения в клинической практике.

I.A. Kirilova, M.A. Sadovoy, V.T. Podorozhnaya
**PROMOTED INNOVATIONS: A CASE OF LABORATORY OF
TISSUE HARVESTING AND BANKING IN THE NOVOSIBIRSK
INSTITUTE OF TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS**

Novosibirsk, Russia

Abstract. Stages of the laboratory activity from a concept of composite osteoplastic material creation to the state registration as a medical product and

certification of conformity in the system of GOST R (State Standard of Russia) for subsequent use in clinical practice are presented.

Иновация – это внедренное новшество, обеспечивающее качественный рост эффективности процессов или продукции. Однако для внедрения новшества необходимо проделать достаточно кропотливую и длительную работу, основные этапы которой приведены ниже на примере лаборатории заготовки и консервации тканей Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии.

Иновационная деятельность во всех отраслях экономики России является одной из стратегических задач поставленных президентом.

В лаборатории разработаны новые способы получения костно-пластических материалов (КПМ) на основе тканей аллогенного происхождения, после различных видов обработки (патенты на изобретения РФ). Данный этап выполнен непосредственно в стенах института сотрудниками лаборатории и патентного отдела.

На предварительном этапе перед патентованием изготовленные разработчиком опытные образцы с оптимальным составом и свойствами материалов согласно поставленным задачам стерилизуют (определяют вид стерилизации, дозы, экспозицию) и осуществляют бактериологический контроль на стерильность.

Затем, в экспериментах *in vivo* осуществляют оценку остеоиндуктивных, остеокондуктивных и бактерицидных свойств КПМ. Операции на животных выполнены разработчиком на базе экспериментально-хирургического отделения, а бактериологический раздел с привлечением сотрудников бактериологической лаборатории.

В последующем нами разработан технологический регламент для изготовления КПМ (ТУ-9398-005-01966762-2009; ТУ-9398-006-01966762-2009). Данный этап реализован при непосредственном участии разработчика и сотрудников ЗАО «Сибирский научно-исследовательский и испытательный центр медицинской техники» г.Новосибирск (СибНИИЦМТ), после заключения договора.

КПМ протестированы на пирогенность, токсичность на базе токсикологической лаборатории Всероссийского научно-исследовательского и испытательного института медицинской техники Росздравнадзора, г.Москва (ВНИИИМТ).

Выполнены приемочные технические испытания на базе СибНИИЦМТ (г.Новосибирск). Клинические базы определены комитетом по новой медицинской технике Министерства здравоохранения Российской Федерации после соответствующего заседания комиссии и подтверждаются выпиской из протокола заседания.

Проведены клинические испытания КПМ на 3-х клинических базах (гг.Москва, Новосибирск, Кемерово). По окончании клинических испытаний учреждения представляют протоколы медицинских испытаний опытных образцов материалов с заключением по их результатам.

Следующий этап это государственная регистрация материалов в качестве изделия медицинского назначения (ИМН) в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Росздравнадзор).

Перечень документов корректируется и дополнительно уточняется у инспектора Росздравнадзора. В случае формального принятия документов Росздравнадзором назначается экспертная организация, для проверки содержания и полноты информации представленных документов. В нашем случае экспертной организацией выступал Институт медико-биологических проблем и технологий, г.Москва (ИМБИИТ). Только после положительного заключения экспертной организации Росздравнадзор принимает решение о регистрации ИМН.

Нами получены **регистрационные удостоверения Росздравнадзора на изделия медицинского назначения № ФСР 2009/05554 «Костма» и № ФСР 2009 / 05555 «Депротекс»**, разрешающие производство и использование разработанных ККПМ на территории Российской Федерации. Кроме того, материалы сертифицированы по системе **ГОСТ Р Госстандарта России**, имеют сертификаты соответствия. Деятельность лаборатории лицензирована, **лицензия на медицинскую деятельность № ФС-54-01-001127**.

Таким образом, мы на примере лаборатории заготовки и консервации биотканей Новосибирского НИИТО, показали, что процесс продвижения и регистрации медицинских изделий длительный и многоэтапный, требует кропотливой работы с документами и сторонними организациями, принимающими участие в процессе.

В.Б. Колядо, Ю.Ю. Дорофеев, Е.В. Колядо, В.А. Лещенко
**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИКО-
ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, г. Новокузнецк, Россия

Аннотация. Классическая разработка медико-демографических показателей общественного здоровья по административно разделенным территориям часто не позволяет их использовать в целях диагностики воздействий негативных факторов на популяцию, но их индикаторные свойства существенно возрастают при «зональном» анализе. Современные системы мониторинга естественного движения населения с использованием информационно-коммуникационных технологий позволяют существенно расширить возможности исследования, и проводить ана-

лиз в специально сформированных по какому-либо факторному признаку эксадминистративно-территориальных зонах.

V.B. Kolyado, U.U. Dorofeev, E.V. Kolyado, V.A. Leshchenko
**INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN A MEDICO-DEMOGRAPHIC
ASSESSMENT OF PUBLIC HEALTH**

Abstract. Classical development of medico-demographic indicators of public health on administratively divided territories often doesn't allow to use them with the propose of diagnostics of influences of negative factors on population, but their display properties increase in the "zone" analysis essentially. Modern systems of monitoring of the natural population movement with use of information and communication technologies allow to expand research possibilities essentially, and to carry out the analysis in eksadministrative-territorial zones specially created on any factorial sign.

Медико-демографическая компонента в оценке состояния общественного здоровья является одной из основных при проведении его социально-гигиенического мониторинга. Развитие и пополнение базы медико-демографических данных, последующий их анализ позволяют выявить основные закономерности формирования здоровья населения, что чрезвычайно важно для своевременного принятия мер социальной и медицинской профилактики.

В конце 70-х годов прошлого столетия в Институте комплексных проблем гигиены и профзаболеваний Сибирского отделения РАМН был разработан метод социально-гигиенической паспортизации административных территорий на уровне области, региона, города, района. Последующие в течение 80-х годов экспедиционные работы на основе этой методологии позволили выявить как общие закономерности развития общественного здоровья территорий Сибири, так и их особенности. Первый социально-гигиенический паспорт был создан Институтом в 1981 году для Алтайского края.

В конце 80-х годов нами была разработана методика ретроспективной медико-демографической диагностики облучения населения радиоактивными осадками при ядерных испытаниях и оценки последующих потерь общественного здоровья. Именно на основе лонгитудинальных медико-демографических исследований были определены и оценены последствия многолетних ядерных взрывов для здоровья населения Алтайского края.

В то же время стало ясно, что классическая разработка медико-демографических показателей общественного здоровья по административно-разделенным территориям часто не позволяет их использовать в целях диагностики экстремальных воздействий на популяцию, но их индикаторные свойства существенно возрастают при «зональном» анализе, в специ-

ально сформированных в зависимости от величины радиационного воздействия экскадминистративно-территориальных зонах (ЭАТЗ).

Поиск особенностей формирования смертности отдельных возрастных когорт населения в экскадминистративно-территориальных зонах является еще более сенситивным и позволил получить наиболее достоверные индикаторы радиационной травмы популяции.

Однако, для того, чтобы получить этот результат потребовалась интенсивная работа всех 14 сотрудников лаборатории в течение 8 месяцев (выкопировка необходимой информации, её группировка и статистическая обработка, анализ).

Поэтому еще в 90-х годах мы осуществили постановку задачи и совместно с Алтайским краевым медицинским информационно-аналитическим центром осуществили разработку автоматизированной информационной системы «Смертность» (АС «Смертность»), являющейся персонифицированным регистром всех умерших лиц, смерть которых зарегистрирована в органах ЗАГС Алтайского края.

В настоящее время база информационной системы содержит более полумиллиона записей. Программа позволяет производить расчет всего комплекса аналитических показателей смертности: интенсивных и экстенсивных, по полу, возрасту, территории и месту смерти, а так же показателей динамического ряда с определением степени благополучия (по специально разработанной методике), стандартизованных показателей, синтетических характеристик смертности в рабочем возрасте, СППЖ (по методике Ю.А. Корчак-Чепурковского). Ежемесячное пополнение баз данных позволяет вести мониторинг смертности на территории всего региона и использовать его в оперативном управлении, в первую очередь в службе детства и родовспоможения. Для этого были разработаны формы статистических таблиц, объединенных в бюллетень, ежемесячно представляемый всем заинтересованным пользователям. АС «Смертность» позволяет в течение короткого времени формировать списки умерших за любой период времени от различной патологии как в целом по краю, так по отдельным территориям (городам, районам). Сформированные многолетние электронные базы данных смертности, имеют как практический, так и высокий научный интерес. На их основе с 2002 года выпускаются ведомственные статистические сборники смертности населения Алтайского края. Кроме этого, персонифицированная база данных позволяет проводить различные виды анализов в сжатые сроки.

В начале 2011 года нами было проведено исследование в целью апробации возможностей анализа состояния здоровья населения вне административно-территориальных границ при сплошном статистическом наблюдении. В качестве объекта исследования была выбрана смертность населения, проживающего в условиях низкой доступности медицинской помощи, которые обусловлены географическими и инфраструктурными особенностями.

Так, в Алтайском крае существует несколько сельских районов, по территории которых, протекает река Обь, которая «делит» район на две неравные части: большую, с районным центром, транспортной и социальной инфраструктурой, и – меньшую, где остаются несколько населенных пунктов, жители которых живут в условиях меньшей доступности медицинской помощи. Таким образом, формируется территория проживания части населения на правом берегу реки Обь, у которых характеристики состояния здоровья в известных условиях низкой доступности медицинской помощи могут быть изучены и сопоставлены с состоянием здоровья населения по левому берегу реки Обь.

Из базы данных умерших были отобраны все случаи смерти с характеристиками умерших, у которых в разделе «место постоянного проживания» был отмечен какой-либо из населенных пунктов обследуемых территорий за трехлетний промежуток времени и произведен расчет необходимых для аналитических таблиц значений и показателей, и их графическое изображение. Трудозатраты одного научного сотрудника составили один рабочий день.

Определено, что уровень смертности среди населения, проживающего на правом берегу (ПБ), в условиях сравнительно низкой доступности медицинской помощи выше, чем в среди населения, проживающего на левом берегу р.Обь (ЛБ), табл. 1.

Т а б л и ц а 1

Смертность населения, проживающего по левому (ЛБ) и правому (ПБ) берегу р.Обь

Класс болезней	на 100 тыс		m		t	ПБ>ЛБ %
	ЛБ	ПБ	ЛБ	ПБ		
Болезни органов дыхания	1,5	3,4	0,1	0,6	2,8	117,8
Болезни системы кровообращения	10,6	13,2	0,2	1,3	2,1	25,3
Несчастные случаи, травмы	2,4	3,4	0,1	0,6	1,5	39,9
Новообразования	2,3	2,3	0,1	0,5	0,0	-0,7
Общий итог	18,5	23,1	0,3	1,6	2,8	25,2

Наиболее показательно влияние территориальных и инфраструктурных особенностей на смертность прослеживается при сравнительной оценке индекса сезонных колебаний. Так, при отсутствии выраженной сезонности общей смертности в группе ЛБ, отмечается ярко выраженный пики интенсивной смертности в зимний период в группе ПБ. Еще более наглядно прослеживается сезонность смертности от болезней системы кровообращения.

Таким образом, снижение доступности медицинской помощи может увеличить смертность населения на 25%, особенно за счет болезней органов дыхания – в 2,3 раза, и болезней системы кровообращения – в 1,3 раза.

Созданная АС «Смертность» позволяет применять медико-демографические методы исследования закономерностей формирования общественного здоровья вне рамок административного деления территорий, в специально сформированных по любому факторному признаку эксадминистративно-территориальных зонах.

В 2011-2012 годах система персонифицированного учета умерших получила свое дальнейшее развитие. Была разработана и внедрена система мониторинга естественного движения населения, основанная на автоматизированной формировании свидетельств о рождении и смерти, и пополнении единого информационного ресурса в режиме реального времени. Это выводит проведение медико-демографических исследований на новый уровень, существенно изменяя и совершенствуя этап сбора первичной информации.

Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.А. Наркевич

ДИАСКИНТЕСТ - ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Красноярский государственный медицинский университет, Россия

Аннотация. Проведен сравнительный анализ результатов пробы Манту и Диаскинтеста (ДТ) у 327 студентов V курса медицинского университета. Показано, что ДТ повышает выявляемость туберкулеза и диагностику латентной туберкулезной инфекции у студентов. Обосновано применение ДТ для раннего выявления туберкулеза и отбора студентов медицинского ВУЗа для проведения специфической профилактики.

N.M. Koretskaya, I.A. Bolshakova, A.A.Narkevich

DIASKINTEST - INNOVATIVE METHOD OF DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS IN STUDENTS OF THE MEDICAL SCHOOL

Krasnoyarsk State Medical University, Russia

Abstract. A comparative analysis of the results of Mantoux test and Diaskintest (DT) is carried out in 327 medical students of the 5-th year of the Medical University. It is proved that DT increases detection and diagnosis of latent tuberculosis infection among the students. The application of DT for the early detection of tuberculosis and selection of medical students for specific prevention is substantiated.

Максимум заболеваемости туберкулезом (ТБ) в молодом возрасте - прогностический признак ухудшения ситуации в будущем [11]. В современных условиях ТБ - важная медико-социальная проблема для работников медучреждений, т.к. он является причиной более чем 1/2 всех профзаболеваний в здравоохранении России, а показатели заболеваемости ТБ среди этой категории населения имеют негативные тенденции к росту, причем 49% - сотрудники с медицинским стажем не более 5 лет [8]. Увеличение инфицированности микобактериями туберкулеза (МБТ), туберкулиновой чувствительности, роста гиперергических реакций за годы обучения, преимущественное выявление ТБ на старших курсах позволило отнести студентов медвузов к самостоятельной группе повышенного риска [2,10]. В большинстве медицинских вузов сложилась система выявления ТБ: ежегодная диспансеризация с проверочным флюорообследованием (ПФЛГО) органов грудной клетки и постановкой пробы Манту (ПМ) во время прохождения цикла по фтизиопульмонологии [2,4]. В связи с тем, что высокая заболеваемость ТБ учащейся молодежи в перспективе может неблагоприятно отразиться на ее трудоспособности, повысить риск рецидивов и хронических форм ТБ [4], необходимо повысить эффективность его раннего выявления [10].

Новый диагностический препарат – Диаскин-тест (ДТ) – рекомбинантный белок в стандартном разведении предназначен для постановки внутрикожной пробы с целью выявления ТБ-инфекции; он содержит белки, отсутствующие в вакцинном штамме БЦЖ [1]. В отличие от ПМ, ДТ эффективен для диагностики инфицирования вирулентными МБТ, не вызывает ответа у вакцинированных вакциной БЦЖ и является более чувствительным [1]. ДТ реже вызывает кожную реакцию гиперчувствительности замедленного типа у здоровых лиц [5]; отсутствует и неспецифическая аллергия на его введение [3] и он может применяться не только для дифференциальной диагностики инфекционной и поствакцинальной аллергии, но и для диагностики ТБ, оценки его активности [3,5], причем в последнем случае наиболее значимы гиперергические реакции [6]. В литературе имеются единичные публикации о результатах ДТ у здоровых лиц молодого возраста и у студентов медвузов [7,9]. Мы сочли актуальным проведение данного исследования у студентов КрасГМУ, обучающихся на цикле фтизиопульмонологии.

Цель: сравнительный анализ результатов ПМ с ДТ и оценка возможности применения последнего для ранней диагностики ТБ, отбора лиц для проведения специфической профилактики у студентов медицинского вуза.

Материалы и методы. Обследовано 327 студентов V курса в возрасте 20-37 лет (средний возраст – 22,5±0,1 года). Одновременно проводились ПМ и ДТ на предплечьях разных рук: внутрикожно вводилось 0,1 мл стандартизированного раствора туберкулина ППД-Л и 0,1 мл ДТ. Всем студен-

там в течение одного месяца до постановки проб проводилось ПФЛГО органов грудной клетки. Патологии легких не было выявлено ни в одном случае. Оценка результатов ДТ и ПМ осуществлялась через 72 часа согласно инструкции. Результаты расценивали как положительные при папуле 5-20 мм (при ПМ) или 5-14 мм (при пробе с ДТ). При размере папулы соответственно 21 и 15 мм и более, а также при наличии везикуло-некротических реакции с лимфангитом или без него, независимо от размера папулы, реакцию считали гиперергической. Сомнительным результатом ПМ и ДТ считали папулу 2-4 мм либо гиперемию любого размера; отрицательным – наличие только уколочной реакции. Статистическая обработка результатов проведена при помощи программы SPSS Statistics 17.0.

Результаты и обсуждение. По ПМ положительный результат наблюдался у 91,7%, при среднем размере папулы $13,0 \pm 0,2$ мм. Сомнительный результат зафиксирован у 2,1%; отрицательный – лишь у 6,1%. В 3 случаях (0,9%) наблюдалась гиперергическая реакция. Реакция на ДТ была положительной в 11,6%, при среднем размере папулы – $12,6 \pm 1,0$ мм, т.е. доля положительных реакций по ДТ была в 7,9 раз ниже, чем по ПМ, а средние размеры папулы не имели различий ($p > 0,05$). У 16 студентов (4,9%) имела гиперергическая реакция.

Обследованные были разделены на 6 групп: 1-я – 35 чел., с положительными результатами обеих проб (10,7%); 2-я - 181 чел. – с положительным результатом ПМ и с отрицательным – ДТ (55,4%); 3-я – 7 чел. – с сомнительным результатом ПМ и с отрицательным – ДТ (2,1%); 4-я – 3 чел. – с отрицательным результатом ПМ и с положительным – ДТ (0,9%); 5-я – 84 чел. - с сомнительным результатом ДТ и с положительным – ПМ (25,7%); 6-я – 17 чел. - с отрицательными результатами обеих проб (5,2%). В 1-й и 2-й гр. размер папулы ПМ составил соответственно $14,7 \pm 0,6$ мм и $12,5 \pm 0,2$ мм и в 1-й гр. он был больше, чем во 2-й ($p < 0,001$). Во 2-й гр., в отличие от 1-й, ДТ был отрицательным и мы пришли к заключению о зависимости размера папулы по ПМ от результата ДТ: наибольший процент совпадения ответных реакций на туберкулин и ДТ имеется при высокой чувствительности к туберкулину.

Особо следует отметить, что в 1-й гр. в двух случаях имело место сочетание гиперергического результата по ПМ и по ДТ (соответственно 21 мм и 28 мм; 25 мм и 15 мм), что свидетельствовало о высокой активности туберкулезной инфекции [9]. В остальных случаях гиперергический результат ДТ в этой группе студентов сочетался с нормергическим результатом ПМ. С учетом того, что гиперергический результат ДТ наиболее значим в оценке активности ТБ-процесса [6,9], всем лицам, имевшим его, проведено комплексное обследование (сбор анамнеза, клинико-лабораторное и рентгено-томографическое исследование, в т.ч. компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки). По его результатам в 1 случае выявлен

очаговый ТБ, хотя ПФЛГО проводилось за месяц до ДТ и не обнаружило изменений в легких. По нашим данным, выявляемость активного ТБ среди лиц, имеющих положительный результат ДТ – 3,1 на 1000 обследованных, т.е. ДТ повышает эффективность диагностики ТБ у студентов и позволяет выявить его малые формы. На основании полученных результатов, мы считаем необходимым выполнение клинического минимума для выявления ТБ с обязательным включением КТ всем студентам с гиперергическим результатом ДТ.

Таким образом, положительные результаты ПМ и ДТ в 1-й гр. свидетельствует о наличии у студентов инфекционной аллергии и ДТ у них можно использовать не только для выявления локальных форм ТБ, но и для установления латентной ТБ-инфекции. Особого внимания и наблюдения у фтизиатра требуют студенты с гиперергическим результатом ДТ и сочетанием его с гиперергической ПМ вплоть до назначения превентивного лечения.

Оценивая результаты проб во 2-й гр. с учетом возраста студентов и размера папулы ($12,5 \pm 0,2$ мм), мы заключили, что положительная ПМ свидетельствует об инфекционной аллергии. Сомнительный результат ПМ при отрицательном результате ДТ (3-я гр.) можно расценить как угасающую поствакцинальную аллергию. Положительный ДТ при отрицательной ПМ (4-я гр.) свидетельствует не только о наличии инфицирования МБТ, но и об угасании поствакцинальной аллергии. Сомнительный результат ДТ при положительной ПМ (5-я гр.) расценен с учетом среднего размера папулы по ПМ – $13,3 \pm 0,3$ мм как инфицирование МБТ.

Особый интерес заслуживает 6-я гр.: отрицательный результат обеих проб свидетельствует не только об отсутствии инфицирования МБТ, но и об отсутствии специфического иммунитета, в связи с чем ДТ у лиц молодого возраста позволяет отобрать подлежащих ревакцинации по эпидпоказаниям, и в первую очередь медработников и студентов медвузов, которые при напряженной эпидситуации в Сибири являются группой повышенного риска.

Таким образом, ДТ повышает выявляемость ТБ, диагностирует латентную ТБ-инфекцию у студентов медицинского вуза, что позволяет рекомендовать его применение среди данной категории населения. Включение КТ органов грудной клетки в план обследования студентов с гиперергическим результатом по ДТ и особенно в сочетании с таковым по ПМ, увеличивает среди них выявляемость ТБ. Гиперергическая реакция по ДТ даже в случае отсутствия изменений на КТ требует применения превентивной химиотерапии студентам медицинских вузов (особенно старших курсов), как группе повышенного риска. Применение ДТ с одновременной постановкой ПМ позволит осуществлять отбор лиц на ревакцинацию БЦЖ по эпидпоказаниям среди медицинских работников молодого возраста.

Литература

1. Бочарова И.В., Демиков О.В., Демин А.В., и др. Доклинические испытания специфической активности и специфичности рекомбинантного диагностического препарата «Диаскинтест» // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – №4. – С.68.
2. Вычужанина Е.Ю. Динамика инфицированности туберкулезом студентов лечебного факультета Кировской медицинской академии // Туберкулез сегодня: Матер. VII Российского съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 10.
3. Киселев В.И., Барановский П.М., Рудых И.В. и др. Клинические исследования нового кожного теста «Диаскинтест» для диагностики туберкулеза // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – №2. – С.11-16.
4. Кошечкин В.А., Иванова З.А., Буракова М.В., Мбенга М. Клинические формы туберкулеза у впервые выявленных больных туберкулезом студентов РУДН // Торакальная радиология: Силлабус международной конференции. – СПб., 2010. – С. 213-214.
5. Литвинов В.И., Шустер А.М., Слогодская Л.В., и др. Эффективность применения нового диагностического препарата Diaskintest у детей для выявления и диагностики туберкулеза // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – №4. – С.19-22.
6. Лямина Е.Л., Рогожина Н.А. Диаскинтест как маркер активности туберкулезного процесса у детей и подростков // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – №5. – С.33-34.
7. Рачина Н.В., Гольев С.С., Петрухина Л.Н. и др. Сравнительная оценка специфичности и чувствительности кожного теста «Диаскинтест» и пробы Манту // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – №5. – С.132-133.
8. Сацук А.В., Акимкин В.Г., Храпунова И.А., и др. Особенности эпидемиологии и профилактики туберкулеза среди МР учреждений г. Москвы // Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации: Матер. I-го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров». – СПб., 2012. – С423-434.
9. Севостьянова Т.А., Киселевич О.К., Юсубова А.Н., Богданова Е.В. Опыт применения нового кожного теста «Диаскинтест» у студентов медицинского ВУЗа // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – №5. – С.154.
10. Стогова Н.А., Алимова О.С. Динамика заболеваемости туберкулезом студентов высших учебных заведений г. Воронежа // Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации: Матер. I-го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров». – СПб., 2012. – С47-48.
11. Туберкулез в Российской Федерации 2010г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. – М., 2011. – 280с.

Л.П. Корниашева, В.М. Чернышев, Е.Л. Потеряева,
О.В. Стрельченко

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНЕМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В УСЛОВИЯХ ЗДРАВПУНКТА ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России», ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России

Аннотация. В статье приводятся результаты успешного внедрения стандартов оказания медицинской помощи в деятельность медицинских работников фельдшерских здравпунктов промышленных предприятий.

L.P. Korniyasheva, V.M. Chernyshev, E.L. Poteryaeva,
O.V. Strelchenko

SOME RESULTS OF STANDARDS OF PROFESSIONAL WITH SECONDARY MEDICAL EDUCATION IN A HEALTH CENTER TO INDUSTRIAL ENTERPRISES

GBOU VPO «Novosibirsk State Medical University of the Health Ministry,» FGBUZ SOMTS FMBA of Russia

Abstract. The paper presents the results of a successful implementation of the standards of care in the activities of health workers paramedical health centers industry.

В 90-х годах прошлого столетия на большинстве промышленных предприятий была упразднена цеховая служба и сокращены, а где-то закрыты здравпункты, основной задачей которых является оказание доврачебной помощи рабочим и служащим, участие в проведении профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья работающих.

Естественным результатом этих изменений в обслуживании работников предприятий, стало повышение заболеваемости, в т.ч. профессиональными заболеваниями, а так же производственного травматизма, что, в конечном счете, способствовало росту смертности среди лиц, трудоспособного возраста.

В связи со сложившейся ситуацией на сохранившиеся или вновь организованные здравпункты и персонал, который чаще всего представлен специалистами со средним медицинским образованием, увеличилась нагрузка, возросла ответственность и их роль в профилактике заболеваний и производственного травматизма, организации медицинской помощи (МП) работникам промышленных предприятий. Для упорядочения деятельности этой категории медицинских работников, повышения эффективности и качества МП, возникла необходимость в ее регламентации, т.е. стандартизации.

Эта работа проводится в нашей стране уже в течение нескольких лет, но в основном она коснулась занятых в лечебно-профилактических учреждениях непосредственно и в меньшей степени персонала здравпунктов предприятий. Исходя из этого, нами и были разработаны стандарты оказания МП максимально приближенной к месту работы, с использованием всех возможностей медицинской службы предприятия. Предпочтение было отдано неотложным и острым состояниям, при которых нередко стоит вопрос о сохранении жизни человека. Второй этап нашей работы, предполагает создание стандартов для предупреждения заболеваний и производственного травматизма. Осуществляться он будет совместно с социальной и инженерной службами предприятия, ответственными за охрану труда и технику безопасности, оздоровление работающих.

Для оценки эффективности внедрения стандартов медицинской помощи на доврачебном этапе, нами был проведен анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности (2007-2009гг.) работников горно-обогатительного комбината ЗАО АК «АЛРОСА» (г.Мирный), на котором и были внедрены наши стандарты. Общее количество работающих на комбинате было 3591 человек, соотношение полов составило 2:1 (мужчины/женщины).

За анализируемый период число случаев нетрудоспособности на 100 работающих сократилось (табл.) на 6,4%, с 75,9 случаев (2007г.) до 71,1 (2009г.). Средний показатель по стране колебался в те годы от 60 до 120 случаев на 100 работающих.

Произошло существенное сокращение (на 12,6%) числа дней нетрудоспособности на 100 работающих (табл.) с 1403,4 до 1225,8, вместе с тем этот показатель несколько выше максимального уровня по стране (1200 дней на 100 работающих).

Т а б л и ц а

Динамика изменения некоторых показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности (2007-2009гг.)

Годы	Число случаев нетрудоспособности на 100 работающих	Темпы изменения показателя	Число дней нетрудоспособности на 100 работающих	Темпы изменения показателя
2007	75,94	—	1403,42	—
2008	81,07	+ 6,7%	1398,12	- 4%
2009	71,08	- 12,3%	1225,77	- 12%

Внедрение стандартов способствовало тому, что улучшилось оснащение здравпунктов, персонал стал тратить меньше времени на оказание МП, сократилось количество посещений по поводу заболеваний, что позволило сотрудникам здравпунктов, активной заниматься вопросами профилактики.

За три года увеличился до 100 % охват медицинскими осмотрами рабочих, занятых во вредных условиях труда (в соответствии с приказом №302-н Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г.), который в 2007г. не превышал 86%.

Заключение. Снижение заболеваемости является результатом принятия комплексных мер, среди которых важную роль играет своевременное и качественное оказание МП помощи работающим, особенно при неотложных и экстренных состояниях, последующее наблюдение их в условиях здравпункта, а так же полнота и качество профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний. Проведенный нами анализ свидетельствует об эффективности применения на здравпунктах стандартов МП при оказании ее лицам, занятым на производстве.

А.В. Кривошеев, Т.А. Абсава, А.О. Петрич

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет», Россия

Аннотация. Исследования и разработки в медицине способствуют развитию прогресса и помогают одержать победу над различными заболеваниями. Инновации в медицине помогают достичь необходимых результатов и помочь в порой безнадёжных ситуациях. Сегодня инновации в здравоохранении востребованы как никогда ранее. Особое звучание инновационные подходы к организации помощи приобретают в условиях глобального экономического кризиса. В последние годы Правительство РФ на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения выделило более 618 миллиардов рублей. Причём более четверти из них направлено на развитие детской медицины. Научно-технический прогресс, помогающий инновациям в медицине, способствует борьбе с заболеваниями, улучшая продолжение и качество жизни в тех ситуациях, которые ранее были не под контролем.

A.V. Krivosheev, T.A. Absava, A.O. Petric

INNOVATIVE APPROACHES IN THE HEALTH OF CHILDREN

GBOU VPO «St. Petersburg State Pediatric University», Russia

Abstract. Research and development in medicine contribute to the development progress. They help to defeat various diseases. Innovations in medicine to help get the required results. Today, innovation is very much in

demand in healthcare, especially in times of global economic crisis. In recent years, the Russian government on the implementation of the regional healthcare modernization programs provided more than 618 billion rubles. More than a quarter of them are focused on the development of children's medicine. An important result of the national project was the reduction of maternal and infant mortality. Scientific and technological progress contributes to combating diseases, improving the quality of life and continued in situations that were previously not under control.

Исследования и разработки в медицине способствуют развитию прогресса и помогают одержать победу над различными заболеваниями. Инновации в медицине помогают достичь необходимых результатов и помочь в порой безнадежных ситуациях. Сегодня инновации в здравоохранении востребованы как никогда ранее. Особое звучание инновационные подходы к организации помощи приобретают в условиях глобального экономического кризиса. Серьезным стимулом для инноваций является и кадровый кризис. Одной из главных задач внедрения современных технологий является обобщение и трансляция опыта и уникальных достижений высококлассных специалистов крупных специализированных учреждений на сотни муниципальных медицинских учреждений с существенным снижением финансовых и ресурсных затрат. В последние годы Правительство РФ на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения выделило более 618 миллиардов рублей. Причём более четверти из них направлено на развитие детской медицины – около 163 миллиардов рублей. Основной задачей было распорядиться этими финансами максимально эффективно и постараться сделать всё, чтобы система охраны здоровья детей, в конечном счете, изменилась качественным образом. Важным результатом реализации национального проекта стало снижение материнской и младенческой смертности: показатели по младенческой смертности с 2006 по 2010 годы снизились на 30 процентов, а по материнской смертности – почти на 15 процентов.

В последние десятилетия проблемы выхаживания, заболеваемости и смертности недоношенных детей приобрели особую актуальность. Это обусловлено нарастанием частоты разнообразной патологии у женщин детородного возраста - как заболеваний урогенитальной сферы, так и экстрагенитальных, способствующих преждевременному прерыванию беременности. С другой стороны, достижения в лечении бесплодия и все более широкое внедрение ЭКО также способствуют нарастанию частоты невынашивания и рождения маловесных детей.

С 2012 года в Российской Федерации происходит полномасштабный переход на новый механизм регистрации новорождённых с учётом детей с экстремально низкой массой тела. С экстремально низкой массой тела ежегодно рождается 0,4–0,5 % в среднем за год детей от всего рождённых. Неонатальная заболеваемость и смертность в этой группе чрезвычайно высока. Поэтому специалисты, которые работают с такими детьми, требуют чрезвычайно высокой квалификации.

Материально-техническое обеспечение учреждений, которые занимаются с такими детьми, тоже требует высочайшего уровня, поскольку эти дети подвержены всем возможным осложнениям, связанным с недоношенностью. В 2010 году в Российской Федерации родилось четыре тысячи детей с экстремально низкой массой тела. По данным выборочных научных исследований, выживаемость до выписки домой у этих детей колеблется от 20–40% по отдельным регионам.

Удельный вес недоношенных детей в популяции, по данным различных регионов, колеблется от 6 до 12% всех новорожденных. При этом частота рождения детей с очень низкой массой тела (1000-1500 г) составляет 1-1,8%; детей с массой менее 1000 г - 0,4-0,5%. Но именно эти дети составляют 60-70% среди умерших в раннем неонатальном периоде и около 50% - среди умерших на первом году жизни. Согласно приказу МЗ РФ № 318 от 04.12.92г. в соответствии с рекомендациями ВОЗ нижняя граница жизнеспособности недоношенных детей определяется при гестационном возрасте не менее 22 недель, массе при рождении 500 г и росте 25 см.

Анатомо-физиологические особенности крайне незрелого организма диктуют необходимость жесткого соблюдения адекватных параметров внешней среды при выхаживании недоношенных детей с экстремально низкой массой тела.

Современная аппаратура и лекарственные препараты, высококвалифицированные специалисты позволили за последние годы существенно снизить смертность таких новорожденных, а в некоторых случаях, практически свести к нулю. Наиболее благоприятен для ребенка вариант, при котором преждевременные роды происходят в условиях крупного перинатального центра, ребенок сразу же попадает в палату или отделение интенсивной терапии, исключается необходимость транспортировки, есть все условия для выхаживания новорожденных, но в настоящее время должные условия и помощь можно оказать и в условиях небольшого родильного дома.

Последовательная политика государства по организации здравоохранения, позволили значительно улучшить оснащение родильных домов, хорошие результаты принесло введение программы «Родовой сертификат».

На примере родильного отделения МБУЗ «Городская больница» г. Железноводска Ставропольского края (на 30 послеродовых коек, 1000-1200 родов в год). Недоношенные дети составляют в среднем 30-35 на 1000 всех родившихся детей. В 2000-2005 гг. у 21,2% из них развивался синдромом дыхательных расстройств, при этом смертность достигала 50%. Внедрение новых технологий, таких как применение препарата «Куросурф» в ранние сроки после рождения, неинвазивные методы респираторной поддержки с использованием аппарата SIPAP, аппаратная ИВЛ аппаратом «Ньюпорт», позволило практически к нулю свести показатель летальности в этой группе новорожденных.

Благодаря политике Правительства РФ, направленной на проведение модернизации в здравоохранении, стало возможным внедрение инновационных технологий в здравоохранении, в том числе в перинатологии и нео-

натологии. Инновационные технологии это не только использование современной аппаратуры и медикаментов, но также и подготовка квалифицированного персонала, который эти технологии освоил и готов использовать их на практике. Внедрение инновационных технологий требует особой подготовки персонала, непрерывного его обучения. В работе с современной аппаратурой необходимо точное соблюдение технологий и контроль за техническим состоянием.

Научно-технический прогресс, помогающий инновациям в медицине, способствует борьбе с заболеваниями, улучшая продолжение и качество жизни в тех ситуациях, которые ранее были не под контролем.

А.В. Кулагин, Н.Н. Богдан

ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

*Сибирский институт управления – филиал Российской академии
народного хозяйства и государственной службы при Президенте
Российской Федерации, Новосибирск, Россия*

Аннотация. В статье описываются результаты предпринятого авторами изучения влияния проектной деятельности как специально организованной формы обучения в рамках повышения квалификации руководителей медицинских организаций Сибирского федерального округа на формирование их управленческих компетенций. Делается вывод о необходимости целенаправленной работы по развитию управленческой компетентности руководителей.

A.V. Kulagin, N.N. Bogdan

PROJECT ACTIVITY AS A MEANS OF FORMING MANAGERIAL COMPETENCES OF EXECUTIVES IN THE SPHERE OF HEALTH CARE

Novosibirsk State Medical University, Russia

*Russian Presidential Academy of National Economy and Public
Administration – Novosibirsk Branch, Novosibirsk, Russia*

Abstract. The article describes the results of the authors' research concerning the influence of project activity as a specially organized form of education in the terms of refresher training of executives of medical institutions in the Siberian

Federal district on forming managerial competences. The conclusion is made about the necessity of purposeful work on the development of managerial competences of executives.

Управленческая компетентность – интегральное качество субъекта управления, сочетающее в себе значимые для эффективного осуществления управленческой деятельности мотивационно-ценностные, когнитивные, мировоззренческие, коммуникативные составляющие (компетенции): установки, способности, знания, умения и др., выраженные в терминах наблюдаемого поведения. Управленческие компетенции, в отличие от профессиональных, требующихся представителям конкретной профессии для успешного осуществления деятельности, необходимы руководителю организации независимо от того, к какой отрасли она относится, для успешного достижения поставленных целей. По сути, они являются мета-компетенциями, требующими определенных управленческих знаний, умений и навыков, а также развития особых личностных качеств.

Реализация процессов модернизации сферы здравоохранения показывает, что в настоящее время в отрасли имеет место недостаток квалифицированных управленцев, что не позволяет обеспечить эффективное освоение ресурсов, направляемых на эти цели, и оказание высокого качества медицинской помощи населению. Актуальным является формирование современных управленческих компетенций у руководящего звена. На решение этой задачи направлена Программа «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования (2011 – 2014 годы)», разработанная в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 сентября 2011 г. №1665-р. Программа реализуется с 10 октября 2011 года на базе Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации и ее филиалов в регионах. К настоящему времени обучение прошли пять потоков слушателей. В рамках специально организованных курсов главные врачи медицинских учреждений и их заместители повышают свою квалификацию, получают знания, необходимые для эффективной реализации программ модернизации отрасли.

По мнению Полномочного представителя Президента Российской Федерации в Сибирском федеральном округе В. Толоконского, программа имеет особую актуальность для работников медицинской сферы, так как «... государство существенно увеличило финансовый ресурс в системе здравоохранения. Это предполагает повышение эффективности использования выделенных средств руководителями учреждений, а значит, ставит задачи повышения их компетентности».

Целью программы является развитие управленческой компетентности руководителей. Для этого в программу включены не только традиционные формы обучения – лекции, выездные семинары по обмену опытом, круглые

столы и т.п., но и инновационные образовательные технологии (проектное обучение, кейсовая методика, тренинги, имитационные игры), а также система оценки управленческих компетенций слушателей и мониторинг качества обучения. Программой предусмотрено выполнение слушателями проектных работ, тематическая направленность которых соответствует основным направлениям региональных программ модернизации здравоохранения Российской Федерации. Причем проектная деятельность занимает более половины учебного времени.

Проектная деятельность направлена на развитие компетенций обучающихся через организацию активных, прежде всего, поисковых способов действий. Участники проекта, работая над исследованием конкретной управленческой проблемы, проходят стадии обоснования актуальности проблемы, планирования деятельности, поиска и анализа необходимой информации, актуализации знаний и ресурсов. Постановка задач, связанных с решением конкретных, важных для участников, проблем, повышает мотивацию к данной деятельности.

Проектная деятельность, как правило, организуется как относительно самостоятельная (при участии модератора) групповая работа. Это позволяет обучающимся развивать коммуникативные компетенции и навыки командной работы. В целом проектная деятельность предполагает проявление инициативности участников, оригинальности в решении познавательных вопросов, неординарности подходов, интенсивность умственного труда, исследовательский опыт. Таким образом, разработка проектов в ходе повышения квалификации руководителей – эффективный способ развития управленческих компетенций.

В предпринятом нами исследовании поставлена задача – установить влияние проектной деятельности на формирование управленческих компетенций у руководителей сферы здравоохранения. В исследовании принимали участие группы главных врачей медицинских учреждений Сибирского федерального округа (Алтайского края, Республики Алтай, Омской и Новосибирской областей и др.) различного профиля, а также их заместители, проходившие обучение по данной программе в период с октября 2011 года по октябрь 2012 г. в количестве 46 чел. Применялись методы анкетирования, наблюдения и метод экспертных оценок.

Анализ результатов анкетирования показал, что руководители адекватно воспринимают цель повышения квалификации: подавляющее большинство (81%) таковой считают повышение управленческой компетентности, более половины (56%), кроме того, выбрали ответ «повысить информированность руководителей в вопросах управления». Обращает на себя внимание, что треть респондентов убеждены, что целью курсов повышения квалификации должно стать обеспечение обмена опытом руководителей, организация их взаимодействия и общения в профессиональной сфере.

При оценке руководителями знаний и умений, необходимых для управленческой деятельности, более половины респондентов (59%) выбрали знания по социально-психологическим вопросам управления, почти половина (44%) – по экономическим вопросам, больше трети (37%) – по правовым проблемам. Не существенными оказались проблемы государственной политики в сфере здравоохранения и вопросы управления персоналом. Опрошенные руководители в первую очередь считают нужным развивать в себе качества, связанные с самоменеджментом (способность справляться со стрессом, планировать свое время, распределять дела), во вторую очередь – эффективно общаться и взаимодействовать с людьми, разрешать конфликты. Такие ответы отражают направленность руководителей на повышение личной эффективности.

Изучение мнения респондентов в отношении форм обучения показало, что наиболее эффективной руководители (67%) считают дискуссии и обсуждение проблем в формате «круглый стол», а также деловые игры и тренинги (40%). Проектная деятельность в рамках курсов не является отличной формой обучения (такой ответ выбрали только 5 чел.). По мнению подавляющего большинства (82%) – это способ найти решение конкретных проблем. Кроме того, 67% считают, что разработка проектов – способ для органов управления получить информацию о реальных проблемах на местах. Такая установка формирует отношение к разработке проекта как к сиюминутной задаче, а не как к развивающей деятельности. Соответственно только немногим более трети и планируют применять проекты в своей управленческой деятельности, и то, как указано в анкетах, – «при необходимости», «по возможности», «для решения некоторых проблем».

Примечательно, что только три человека осознают важность проектной деятельности для оценки компетентности руководителей, всего один руководитель отметил, что работа над проектом помогла ему проявить свои умения. То, что проект повлиял на развитие личностных качеств, отметили менее 20% опрошенных, которые считают, что в ходе работы приобрели умение формулировать идеи, выражать свою точку зрения, взаимодействовать с коллегами.

В целом руководители не видят возможности в ходе обучения проявить себя и не допускают мысли, что в процессе проектной деятельности можно выявить и оценить их управленческие способности и компетентность. Такое отношение к проектной деятельности вступает в противоречие с идеологией данной программы обучения, ведь проект рассматривается как инструмент диагностики управленческих компетенций, и, кроме того, одной из главных задач ставится именно обучение этому способу деятельности для дальнейшего использования руководителями в управлении своими учреждениями.

С целью оценить влияния опыта управленческой деятельности на отношение к различным аспектам обучения нами проведено сравнение мнe-

ния руководителей со стажем до 5 лет включительно (группа условно названа «менее опытные») и руководителей с опытом более 5 лет («опытные»). При сходстве ответов на большинство вопросов выявились противоречия по ряду позиций. Так, менее опытные считают, что им необходимо в первую очередь развивать способность планировать своё время, распределять дела, в то время как «опытные» первостепенной задачей считают развитие у себя способности справляться со стрессом, выдерживать психоэмоциональные нагрузки.

Группа «менее опытные» выделяет в первую очередь необходимость знаний по экономическим вопросам, группа «опытные» приоритет отдаёт социально-психологическим вопросам управления. Для эффективности управленческой деятельности «менее опытные» считают более значимыми знания в сфере управления персоналом, тогда как «опытные» – знания о государственной политике в сфере здравоохранения.

Целью включения в программу обучения разработки проектов для «опытных» чаще является получение информации о реальных проблемах на местах, для «менее опытных» – обучение способу решения проблем. Полученные данные свидетельствуют, что накопление опыта реальной управленческой деятельности значимо влияет на установки и отношение руководителей к процессу обучения.

В ходе реализации программы на протяжении всей работы над проектами модераторами наблюдались и оценивались управленческие компетенции слушателей: лидерство (способность организовать работу группы), командная работа (способность к эффективной коллективной работе), стремление к развитию (интенция осваивать новые формы и инструменты работы), ориентация на результат (способность вне зависимости от развития ситуации оставаться включенным в работу), принятие решений (способность ориентироваться в ситуации и принимать адекватные управленческие решения).

Оценивание производилось по трехбалльной шкале: участник не продемонстрировал компетентности (ноль баллов); участник демонстрирует компетентность не во всех ситуациях (один балл); участник демонстрирует высокий уровень владения компетенцией (два балла). Подсчет средних значений оценок слушателей по всем компетенциям показал, что участники проявляли компетенции не во всех случаях (средний балл составил 1,3). При этом средние оценки по отдельным компетенциям составили:

- лидерство – 1,1;
- командная работа – 1,08;
- ориентация на результат – 1,3;
- принятие решений – 1,3.
- стремление к развитию – 1,6.

Средняя оценка по последней компетенции существенно превышает остальные. Это свидетельствует о проявлении стремления к развитию боль-

шинством участников. Можно предположить, что компетенции, которые руководители не проявили или проявили в недостаточной степени, будут развиваться, так как для этого есть необходимое качество.

С целью выявления различий в уровне владения компетенциями нами проведено сравнение оценок проявления компетенций у главных врачей (заведующих, директоров и др. должностей руководящих лиц) медицинских организаций (группа «главные врачи») и руководителей, занимающих должности заместителей (группа «заместители»). При изучении средних оценок по каждой компетенции установлены существенные различия (таблица).

Т а б л и ц а

Средние оценки по компетенциям двух групп участников программы

Компетенции	Лидерство	Командная работа	Стремление к развитию	Ориентация на результат	Принятие решений	Средний балл
«Главные врачи»	1,22	1,26	1,83	1,52	1,52	1,47
«Заместители»	0,94	0,81	1,13	1,06	1,06	1,0

Таким образом, менее развитой у группы «главные врачи» оказалась компетенция «лидерство», то есть способность организовать работу группы, не замыкаясь на одном участке работ, взятие на себя ответственности, помощь другим. У группы «заместители» такой компетенцией стала «командная работа», то есть способность к эффективной коллективной работе (работать на общий результат, устанавливать контакты с другими членами группы, четко и убедительно высказывать свое мнение, слушать и слышать других участников группы).

Оценка по компетенции «стремление к развитию» преобладает у «главных врачей» (1,83 и 1,13), при этом по данной компетенции выявился наиболее существенный разрыв, а наименьшие отличия наблюдаются в компетенции «лидерство».

Таким образом, у группы «главные врачи» оценка каждой компетенции и средней оценки по всем компетенциям преобладает над оценками в группе «заместители», что вполне объяснимо и обусловлено их формированием в ходе выполнения должностных обязанностей. Однако недостаточная сформированность важнейших управленческих компетенций у заместителей может свидетельствовать о выработке типичного поведения управленца, работающего «за спиной лидера». А ведь именно из заместителей, как правило, формируется кадровый резерв руководителей высшего звена.

Таким образом, применение проектной деятельности в ходе целенаправленного обучения руководителей выявляет ряд проблем, которые должны быть учтены при разработке программ повышения квалификации специалистов сферы здравоохранения.

А.В. Лифанов, С.А. Лифанова

ФОРМИРОВАНИЕ ЛОЯЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, КАК СРЕДСТВО ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ВЫСОКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

*Новосибирский Государственный Медицинский Университет,
Россия*

Аннотация. Для достижения высоких результатов деятельности медицинской организации, желающей выжить в долгосрочной перспективе, необходимо заботиться о лояльности персонала, средстве, которое, способно повысить эффективность деятельности, обеспечив организации лидерские позиции. В данной статье освещаются проблемы из-за отсутствия лояльности в организации и предложены условия для разработки и формирования лояльности в коллективе .

A.V. Lifanov, S. A. Lifanova

FORMATION OF LOYALTY OF THE PERSONNEL OF THE MEDICAL ORGANIZATION, AS MEANS FOR ACHIEVEMENT OF GOOD RESULTS

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. To achieve high results in medical organization activity willing to survive in the long run it is necessary to pay attention to the loyalty of the staff. This can increase the activity efficiency and provide the leadership of the organization.

In the following article the light is shed on the loyalty absence problem. The conditions on staff development and formation are offered.

Медицинской организации, желающей выжить в долгосрочной перспективе, необходимо заботиться о лояльности, которая предполагает благожелательность, расположенность работника к формальным действиям администрации организации по реализации поставленных целей.

Менеджмент, медицинской организацией, основанный на лояльности, позволяет оптимизировать главную производительную силу - трудовые ресурсы, для использования интеллектуального и трудового потенциала в нужном для общества и организации направлении.

В лояльном коллективе эффективность труда намного выше, управлять таким штатом проще и выгоднее, так как не возникает необходимости тратить время на преодоление внутреннего сопротивления, гасить конфронтацию. Все рабочее время направляется в нужное русло созидания.

Та организация, в которой персонал доверяет руководству, значительно быстрее становится лидером рынка. Прямая зависимость успеха в деятельности и лояльности в коллективе прослеживается на примере многих запад-

ных и российских предприятий, в которых вопросами корпоративной культуры и разработкой мотивации заняты целые отделы. Там, где сотрудники любят, ценят и уважают свое дело, продукт, намного выше показатели рентабельности и прибыли.

Специалисты высшего уровня, а также средний медицинский персонал государственных медицинских учреждений и частных медицинских организаций часто не понимают и не согласны с применением принципа менеджмента - принципа необходимого разнообразия и считают специалистов – экономистов, маркетологов, бухгалтеров, специалистов ИТ, в своих организациях, на хлебниками. Сегодня, в медицинских организациях и учреждениях, часто, в результате, нелояльности персонала медики не хотят понимать, почему оказывая платные услуги, казалось- бы зарабатывая деньги, они получают 25-30% средств от вырученных за обслуживание пациентов. В тех медицинских организациях, где вложили и продолжают вкладывать огромное количество усилий и средств в обучение сотрудников, в создание и поддержания имиджа предприятия любыми способами, на внедрение инноваций, но не создаются лояльные команды, не формируется лояльность сотрудников к организации, наблюдается разбалансировка внутреннего микроклимата и дисциплины персонала и, как следствие, сказывается на результатах медицинской и экономической деятельности самой организации. Для разрешения таких ситуаций менеджеры прибегают либо к применению штрафных санкций, либо ужесточают дисциплину, либо изыскивают другие приёмы, но зачастую такие способы заканчиваются тем, что медицинские работники обученные, выращенные в высококлассных специалистов, получив сертификаты, приобретя опыт работы и нарабатывая базу потребителей услуг, уходят в другие медицинские структуры. Некоторое время назад на рынке труда появился новый разряд наемных работников, так называемые, свободные люди (knowledgeWorkers), который оказывает решающее влияние на показатель экономического эффекта, особенность такой категории работников заключается в способности создания новой ценности за счет собственных знаний, а не материальных ресурсов, такие работники знают свою рыночную стоимость, склонны к независимому поведению, поддерживают отношения с несколькими предприятиями, организациями и в случае неудовлетворения условиями работы на одном предприятии с легкостью и быстро находят другого работодателя, что прямо или косвенно влияет, в первую очередь, на усиление позиций конкурента и снижение сегмента рынка оказываемых услуг, организации «потерявшей» сотрудника. Для того, чтобы такие ситуации в медицинских организациях свести к минимуму необходимо повышение лояльности персонала.

Эксперты кадровых подразделений различных организаций убеждены в том, что формирование лояльности у работников – это такое средство которое, способно быстро и в значительной мере повысить эффективность организации, обеспечив ей лидерские позиции, тщательно хранить коммерческие тайны, использовать все резервы и ресурсы для достижения макси-

мальных результатов в работе. Известно, что лояльность сотрудников является условием формирования у них высокой профессиональной мотивации, которая, как следствие, в медицинской организации будет отражаться на всех уровнях предоставления услуг. Лояльные работники готовы мириться с временными трудностями организации, они меньше сопротивляются организационным изменениям, которые в современной мобильной внешней среде, приходится часто наблюдать. Для лояльных сотрудников работа является значимой ценностью, они думают о ней всё время, а благосостояние организации волнует их не меньше, чем собственное.

Лояльные сотрудники чаще всего хорошо работают, не ожидая за это материального вознаграждения, в отличие от нелояльных, которые нуждаются в постоянной организации, контроле, мотивации и т. д. Нелояльность, в конечном итоге, влияет на финансовые показатели, так как сотрудник, не приверженный к организации, как правило, работает менее эффективно, старается перетянуть на свою сторону других сотрудников, постоянно жалуясь на плохое руководство, ненормальные порядки, на бесперспективную работу» и на то, как «здесь не ценят сотрудников», несправедливо к ним относятся, и, на конец, просто мешая окружающим работать. Если подобные тенденции распространяются на несколько отделений организации, то неприятные последствия не заставят себя долго ждать: Такому предприятию грозят вредительство, массовое увольнение сотрудников, в том числе ведущих специалистов, а иногда и прекращение деятельности предприятия в результате большого конфликта.

Появление нелояльных сотрудников в организации зачастую провоцируют сами руководители. В случае, когда администрация сама нелояльно относится к своим сотрудникам, не уделяет внимания работе с персоналом, ждать лояльности от сотрудников не приходится. Часто нелояльность со стороны сотрудника провоцируется вполне объективными причинами, например на предприятии плохо организована работа по каким-либо направлениям, а возможности предложить свое решение данной задачи нет: руководство недосягаемо, механизма проведения инициативы снизу нет. Нелояльное отношение может возникнуть и по причине того, что сотрудник «перерос» свою должность, а перспективы продвижения по службе нет.

Существует такая закономерность, если сотрудник нелоялен, то со стороны организации к нему будут нелояльны (отказ в предоставлении отпуска в удобное для работника время, оплата за обучение и т.д.). Отношение руководства организации не может быть лояльным к человеку, для которого личные интересы всегда выше интересов организации. Так же стоит понимать, если значительное количество персонала проявляют признаки нелояльности, значит, администрация организации что-то упустила в своей работе, что-то не так делает.

Из выше сказанного напрашивается вывод: для достижения высокого уровня эффективности работы медицинской организации по всем на-

правлениям, для сокращения текучести кадров, для получения возможности начать освоение новых рынков и систематического внедрения нового вида услуг; формирование лояльности сотрудников - обязательно. Его необходимо начать со структурного анализа внутренней политики организации, после чего поставить адекватный диагноз «болезни», собрать консилиум и вместе подумать над разработкой и формированием лояльности в коллективе. Решение этой проблемы требует не столько глобальных инвестиций, сколько проявления внимания к сотрудникам со стороны администрации медицинской организации, поэтому при разработке и формировании лояльности в коллективе, актуальным является соблюдение следующих условий: демократичная и прозрачная система управления предприятием; уважение к каждому работнику и ко всему коллективу в целом со стороны администрации; возможность личного и профессионального развития каждого сотрудника; личный пример руководителя; достойные условия труда; обратная связь; учет и контроль; постоянная работа над программами мотиваций.

Часто администрация медицинской организации откладывает начало работы по формированию лояльности, а потом с удивлением замечает, что конкурент-аутсайдер предлагает финансовую помощь в обмен на немалую долю рынка.

А.А. Львов, Н.И. Гомерова, Е.Л. Жиленко, А.А. Бирченко,
Т.П. Букина

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА

*Департамент по социальной политике мэрии города Новосибирска,
МКУЗ города Новосибирска «Медицинский информационно-
аналитический центр», Россия*

Аннотация. С целью повышения доступности и качества оказания медицинской помощи горожанам в Новосибирске большое внимание уделяется развитию амбулаторно-поликлинической службы по разным направлениям, в том числе с использованием программно-целевого подхода к решению наиболее злободневных отраслевых проблем. Проводится работа по усилению особенно важных направлений муниципального здравоохранения: усовершенствованию материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений, улучшению медико-социальной помощи пожилым и маломобильным жителям города, развитию профилактического направления в работе.

A.A. Lvov, N.I. Gomerova, E.L.Gilenko, A.A. Birchenko, T.P. Bukina

SOME ORGANIZATIONAL ASPECTS OF THE OUTPATIENT SERVICES OF THE CITY OF NOVOSIBIRSK

Department of Social Policy of the City Hall of Novosibirsk, Municipal Unitary State Enterprise of Novosibirsk «Medical Information and Analytical Centre», Russia

Abstract. To improve the availability and quality of health care to citizens in Novosibirsk great attention is paid to the development of outpatient-polyclinic services in various areas, including the use of program-target approach to solving the most topical industry issues. Work is being done to strengthen especially important directions of the municipal health areas: improvement of material and technical base of outpatient -and-polyclinic institutions, improvement of medical and social aid to the elderly and citizens with restricted mobility, and the development of a preventative direction in the work.

В течение последних лет в здравоохранении города Новосибирска все больше присутствует программно-целевой подход к решению наиболее злободневных отраслевых проблем, решение которых должно улучшать вполне конкретные целевые показатели, связанные, прежде всего с качеством здоровья жителей города Новосибирска.

В 2011–2012 годах в отрасли реализовывалось 7 целевых программ: «Концепция развития системы здравоохранения города Новосибирска» на 2011-2015 годы, «Здоровый город» на 2011-2017 годы, «Улучшение демографической ситуации в городе Новосибирске» на 2009-2011 годы, «Улучшение демографической ситуации в городе Новосибирске» на 2012 - 2015 годы, «Совершенствование оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению города Новосибирска» на 2009-2011 годы, «Создание условий для оказания скорой медицинской помощи населению на территории города Новосибирска» на 2012 – 2015 годы, «Модернизация здравоохранения города Новосибирска» на 2011-2012 годы.

Особое место в системе охраны здоровья граждан и реализации вышеперечисленных программ занимает первичная медико-санитарная помощь, являющаяся одним из основных видов медицинского обслуживания населения, которая включает в себя, в том числе, все виды амбулаторно-поликлинической помощи.

В настоящее время сеть муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений на территории Новосибирска представлена 53 лечебно-профилактическими учреждениями, в том числе 35 самостоятельными поликлиниками и 18 поликлиническими отделениями при стационарах, из них детскому населению оказывают помощь в 28 поликлинических отделениях. Мощность поликлинических учреждений города составляет 31774 посещения в смену. Обслуживаемое население 1 млн. 479 тысяч человек, в том числе 258 тысяч детей.

Число посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях на 1 жителя в год – 9,1, что соответствует объемам территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи. Доля посещений с профилактической целью за 6 мес. 2012 года составила 24%; доля посещений с профилактической целью к участковым врачам за тот же период составила 21%.

Амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают 3269 врачей, 4837 медицинских сестер. Укомплектованность врачами в целом в первом полугодии 2012 года составила 68%, в том числе по участковой службе – 80%. Укомплектованность средним медицинским персоналом в целом за 6 мес. 2012 года составила 61%, в том числе по участковой службе – 59%.

С целью закрепления кадров в отрасли осуществлялись меры по обеспечению медицинских работников служебным жильем: в 2005 – 2007 годах запущены в эксплуатацию 3 служебных общежития. За счет различных программ, разработанных в мэрии города Новосибирска, квартиры получили 177 работников отрасли. На выплату стимулирующих надбавок отдельным категориям работников отрасли из всех источников финансирования за 6 мес. 2012 года выделено около 913 млн. рублей.

В феврале 2012 года мэром города Новосибирска подписаны регламентирующие документы о формировании «социального пакета» для работников бюджетных отраслей (в т.ч. и отрасли здравоохранения), в который входит выплата компенсаций за проезд в городском пассажирском транспорте, увеличение должностных окладов, получение финансовой поддержки для приобретения или строительства жилья, возмещение расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилых помещений.

Планомерное развитие амбулаторно-поликлинической помощи в городе проводится по следующим направлениям:

1. Повышение доступности и качества этого вида медицинской помощи.
2. Развитие стационарзамещающих технологий.
3. Усиление профилактической направленности в работе.
4. Улучшение материально-технической базы учреждений здравоохранения.

Внедрена автоматизированная система «Городская электронная регистратура» (ГЭР), которая охватывает всю сеть амбулаторно-поликлинических учреждений города, в т.ч. стоматологические поликлиники. За 2011 год через единую систему «ГЭР» зарегистрировано более 8 миллионов записей на прием, за 6 мес. 2012 года – более 13 миллионов записей.

В настоящее время расширяются возможности автоматизированной информационной системы ГЭР, внедряется дополнительный модуль «Статистика». Это позволит формировать и анализировать всё более возрастающий объём статистической отчетности за любой период времени, в оперативном режиме принимать оптимальные управленческие решения, рационально использовать финансовые и материальные ресурсы.

В 2011–2012 годах увеличены объемы оказания стационарзамещающих видов медицинской помощи за счет создания сети стационаров на дому в поликлиниках всех районов города для оказания медицинской помощи тем категориям пациентов, которые не могут по разным причинам посетить поликлинику. В первую очередь это люди с ограниченными возможностями, пожилые горожане. Во всех учреждениях здравоохранения города используется децентрализованная форма стационаров на дому, когда функции возложены на врачей участковой сети. Врачебные назначения осуществляют медицинские сестры участковой сети. Плановая мощность дневных стационаров и стационаров на дому – 1700 пациенто-мест. В 2011 году в дневных стационарах пролечено более 40 тыс. человек, за 6 мес. 2012 года 16,9 тыс. человек.

Одновременно в городе Новосибирске в течение последних лет создан и реализуется механизм повышения доступности и качества амбулаторно-поликлинических видов медицинской помощи населению отдаленных территорий города за счет формирования системы общеврачебных (семейных) практик (ОВП) из расчета 1 практика на 3-6 тысяч проживающего населения. Всего в 7 учреждениях здравоохранения открыто 11 отделений. В 2012 году на территории города планируется открытие новых ОВП. Удовлетворенность организацией и качеством оказания медицинской помощи в них составляет около 97 %.

В Новосибирске акцентировано внимание на профилактическом направлении в работе амбулаторно-поликлинического звена. В учреждениях здравоохранения города работает 18 отделений и 30 кабинетов медицинской профилактики, осуществляющие гигиеническое обучение и воспитание населения. В этих подразделениях работают 52 сотрудника (20 врачей и 32 средних медработника).

В городе функционируют 7 центров здоровья: 4 взрослых и 3 детских. За 6 мес. 2011 годы центры здоровья посетили - 17008 взрослых и 4604 ребенка, за 6 мес. 2012 года - 14995 взрослых и 6056 детей.

Все обратившиеся в центры здоровья получают индивидуальные консультации врача по здоровому образу жизни. Формируются тематические школы профилактической медицинской направленности, которых в городе более 40, включая профилактику артериальной гипертонии, сахарного диабета, бронхиальной астмы, заболеваний опорно-двигательного аппарата, ожирения, формирования здорового образа жизни, профилактику табакокурения, остеопороза, злоупотребления алкоголем. Удачно реализуется в городе комплексные оздоровительные программы.

В 2010 году Новосибирск стал первым в Российской Федерации городом, с населением более 1 миллиона человек, участвующим в качестве аккредитованного члена в проекте «Здоровые города» Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения. С ноября 2010 года город Новосибирск является одним из учредителей российской Ассоциации по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и посёлки».

В рамках программных мероприятий проекта ЕРБ ВОЗ «Здоровые города» и ведомственной целевой программы «Здоровый город» на 2011–2017 годы формируется идеология здорового образа жизни через информирование и обеспечение активных форм участия горожан, планируется сохранить и укрепить здоровье населения города, стабилизировать и снизить заболеваемость, смертность от управляемых причин, стабилизировать и увеличить ожидаемую продолжительность жизни.

Для реализации ведомственной целевой программы «Здоровый город» на базе муниципальных лечебно-профилактических учреждений города за счет средств бюджета города Новосибирска в 2012 году запланировано открытие 2 центров здоровья; проведено анкетирование населения с целью оценки суммарного риска развития заболеваний; издан научно-популярный обзор «Профиль здоровья города Новосибирска»; проводятся международные и российские мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни и многое другое.

Таким образом, в городе Новосибирске большое внимание уделяется развитию амбулаторно-поликлинической службы по разным направлениям, обеспечивающим повышение доступности и качества оказания медицинской помощи горожанам.

С.И. Макогон

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ПОСТУПАЮЩИХ НА СЛУЖБУ В ОРГАНЫ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

МСЧ МВД России по Алтайскому краю, г.Барнаул, Россия

Аннотация. Внедрение автоматизированного рабочего места врача-эксперта офтальмолога поможет повысить качество проведения медицинского освидетельствования при проведении военно-врачебной экспертизы граждан, поступающих на службу в органы внутренних дел.

S.I.Makogon

USE OF INFORMATION TECHNOLOGY IN A MEDICAL EXAMINATION TO ENLIST IN THE INTERNAL AFFAIRS

MSU Russian Interior Ministry in the Altai Territory, Barnaul, Russia

Abstract. Introduction of the automated workplace of the doctor-expert of the ophthalmologist will help to increase quality of carrying out physical examination at carrying out military-medical examination of the citizens arriving on service in law-enforcement bodies.

С 2006 г. в России начал реализовываться национальный проект «Здоровье», призванный коренным образом изменить уровень медицинского обслуживания граждан. В рамках проекта запланированы многочисленные мероприятия по совершенствованию и модернизации сферы здравоохранения. Суть этих мероприятий заключается в улучшении качества медицинской помощи, оптимизации органов управления лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ), повышении их технической оснащенности, внедрении новейших технологий диагностики и лечения, совершенствовании правовых основ деятельности.

Ведомственная медицина не стоит в стороне. Укрепление здоровья сотрудников и военнослужащих, сохранение их высокой трудоспособности и профессионального долголетия в интересах успешного и качественного выполнения стоящих перед органами внутренних дел и внутренними войсками служебных задач в сложных современных, часто экстремальных условиях – основная цель медицинской службы МВД России.

В общей системе мероприятий по медицинскому обеспечению личного состава органов внутренних дел и внутренних войск МВД России особое место занимает военно-врачебная экспертиза, которую осуществляют военно-врачебные комиссии, являющиеся экспертно-диагностическими учреждениями специального назначения. Комплектование подразделений и учреждений органов внутренних дел кадрами, годными по состоянию здоровья и физическому развитию к военной службе начинается с медицинского освидетельствования на военно-врачебной комиссии, позволяющее выявлять наличие отклонений в состоянии здоровья и рекомендовать систему лечебно-оздоровительных мероприятий для их коррекции.

В настоящее время в отечественном здравоохранении достигнуты значительные успехи: внедряются новые методы диагностики, лечения социально значимых заболеваний глаз и реабилитация больных, страдающих этими заболеваниями. Лечебные учреждения приобретают новое, сложное оборудование с возросшими возможностями, в практику врачей входит масса новых лекарственных средств. Совершенствуется система учета, статистики, отчетности. То есть многократно возрос поток информации на врачей, однако обработка и использование этой информации, как и много десятков лет назад в подавляющем большинстве случаев ведется старыми, примитивными, по сегодняшним меркам, методами.

В целях совершенствования организации проведения военно-врачебной экспертизы в органах внутренних дел внедрение в работу военно-врачебных комиссий персональных компьютеров позволит кардинально изменить систему учета освидетельствованных, улучшить качество оформления текущей документации, получать достоверную информацию, значительно сократив время на проведение этой работы.

В связи с этим назрел вопрос оптимизации медицинского освидетельствования и повышения качества оказания медицинской помощи на основе использования единого информационно-аналитического компьютерного комплекса.

На сегодняшний день происходит внедрение автоматизированного рабочего места офтальмолога военно-врачебной комиссии. В ходе внедрения на этом примере мы хотим обеспечить быстрый доступ к текущей, наиболее полной и достоверной информации, создать условия для обеспечения конфиденциальности информации согласно врачебной этике, избавиться от зависимости почерка врача и многократного, повторного ввода данных, избежать потерь информации. Дополнительно предусмотрена организация защиты к определенным видам информации с различной степенью доступа.

Таким образом, применение компьютерных технологий в учете, хранении и обработке медицинской информации позволит иметь полную информацию обо всех разделах работы офтальмолога, в связи с чем можно строить стратегию и тактику дальнейшего совершенствования военно-врачебной экспертизы.

А.Г. Мураховский, А.И. Бабенко, Е.А. Татаурова

АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕБНЫХ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН, Новокузнецк, Россия

Аннотация. В статье приводятся результаты анализа обращаемости взрослого населения по поводу заболеваний в амбулаторные и стационарные медицинские учреждения. Установлен характер реализации основных диагностических и лечебных технологий пациентам с ведущими нозологиями. Показано, что расчет востребованности медицинских технологий основан на результатах количественной оценки значимости мер диагностического и лечебного процесса.

A.G. Murakhovsky, A.I. Babenko, E.A. Tataurova

THE ANALYSIS OF DEMAND FOR TECHNOLOGY BY MEDICAL AND DIAGNOSTIC PROCESS TO OUTPATIENT CLINIC AND HOSPITAL HELP FOR ADULT POPULATION

RI for complex problems of hygiene and occupational diseases SB RAMS, Novokuznetsk, Russia

Abstract. In this article the result of analysis of negotiability by adult population cause diseases to outpatient clinic and hospital are brined. The

character for realization of basic diagnostic and medical technologies was formed to patients with direct nosologies. It's showed what the calculation of potential demand for medical technologies are base to result of quantitative assessment of meaningfulness measure for diagnostic and medical process.

В концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года приоритетным направлением развития отрасли названо первичное звено – амбулаторно-поликлиническая помощь. Однако еще лет 30 назад ведущая роль в оказании медицинской помощи отводилась стационарам. Конкурентную борьбу за «лидирующее место» в системе здравоохранения, а соответственно и за объемы и приоритет финансирования, между амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощью можно проследить как в советский, так и постсоветский период. Развитие стационарозамещающих технологий, а также консультирование и обследование поликлинических больных в стационарах рассматривалось как повышение качества медицинского обслуживания населения при снижении затрат.

Между тем обеспечение высоких показателей качества и доступности медицинской помощи, достижение эффективного использования ресурсов возможно за счет применения рыночных методов управления, включая экономический анализ. Алгоритм проведения экономического анализа в учреждениях здравоохранения начинается с анализа показателей, отражающих реальный спрос населения на стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь [1]. Однако этого недостаточно для определения перспективных направлений развития системы здравоохранения.

В соответствии с принципами стратегического планирования необходимо ориентироваться не на насущную потребность в объемах и технологиях медицинской помощи в настоящее время, а на потенциальную их востребованность в перспективе. При классическом планировании медицинской помощи все расчеты производятся на численность прикрепленного населения или на стационарную койку, и структура коечного фонда, набор специалистов учреждения определяют поток пациентов. При стратегическом планировании важна не структура коечного фонда, а характер патологии поступающих пациентов.

На сегодняшний день обращаемость населения за медицинской помощью в связи с заболеваниями регистрируется в соответствии с нозологическими формами по международной классификации болезней десятого пересмотра. Медицинская помощь, включая диагностические, лечебные, профилактические и реабилитационные мероприятия, оказывается в соответствии с утвержденными медицинским стандартам (федеральным, региональным, внутриучрежденческим), которые являются необходимым элементом современной организации и финансирования медицинской помощи. Эти стандарты дифференцируются в зависимости от возрастной категории (дети, взрослые), нозологической формы, фазы, стадии заболевания

и наличия осложнений. Соответственно этому реализуется комплекс технологий диагностического и лечебного процесса, учитывая выделение в системе организации медицинской помощи амбулаторно-поликлинического и стационарного (госпитального) звеньев.

По расчетам сотрудников Национального НИИ общественного здоровья РАМН [2] 20% пациентов требуется стационарная помощь. Реализация медицинских технологий (диагностических, лечебных, реабилитационных) в стационарах определяется характером потока пациентов, наличием у них определенных нозологических форм заболеваний и соответствует принятому медицинскому стандарту. При приеме пациента в стационар проводятся общие медицинские мероприятия в приемном и основном отделениях, лабораторная и инструментальная диагностика патологии и разнообразный комплекс основных лечебных мероприятий, включающих лабораторные и инструментальные исследования для контроля эффективности лечебного процесса. При развитии стационарной помощи все в большей степени наблюдается тенденция расслоения ее оказания по технологическому принципу. Это требует дифференцированного подхода к определению потока пациентов в учреждения подобного типа, что, как указывает В.И. Стародубов с соавторами [3], может служить важнейшим условием сбалансированности нормативов медицинской помощи, и определяется характером формирования потока пациентов, их состоянием, диагнозом основного заболевания, наличием профильных отделений.

Наиболее остро в последние годы стоит вопрос о развитии амбулаторно-поликлинического звена, на которое приходится до 80% всех обращений за медицинской помощью. Реализация медицинских технологий в амбулаторно-поликлиническом звене связана с обращаемостью населения за медицинской помощью, которая определяется, прежде всего, самими пациентами, и зависит от целого ряда факторов: территориальной доступности, наличия соответствующих кабинетов, врачей, диагностического оборудования, в целом привлекательности учреждения и организации амбулаторно-поликлинической помощи. В отличие от стационара поликлиники оказывают широкий спектр медицинских услуг: общий и профилактический осмотры, иммунизация, консультации, профилактические беседы, диагностика и лечение заболеваний, диспансерное наблюдение, реабилитация, в т.ч. с использованием стационарзамещающих технологий, дневных стационаров, стационаров на дому и т.п. Поток пациентов в этом звене здравоохранения разнообразен и формируется, прежде всего, не по диагнозам заболеваний (как при стационарной помощи), а по характеру медицинской помощи и реализации медицинских услуг. Это предопределяет необходимость дифференцированно рассмотреть востребованность медицинских технологий в амбулаторно-поликлиническом и стационарном звене здравоохранения.

Пилотным исследованием в данном направлении стала проведенная нами оценка востребованности медицинских технологий при амбулаторно-

поликлинической и стационарной помощи взрослому населению в территориальной поликлинике №2 города Омска и в больнице скорой медицинской помощи №2 города Омска.

Изучение характера обращаемости населения в поликлинику показало, что наибольшую значимость при медицинском обслуживании населения имеют болезни органов дыхания, органов кровообращения, органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка. Эти ведущие 8 нозологических групп заболеваний, на которые приходится 48,8% всех обращений в поликлинику по поводу болезни, и были взяты для анализа характера реализации медицинских технологий в амбулаторно-поликлинических условиях.

Анализ показал, что ведущими группами технологий при реализации диагностического процесса в поликлинике являются лабораторные клиничко-диагностические исследования и общедиагностические меры, составляющие 72,7% от всех диагностических технологий. Основными группами заболеваний, при которых диагностические технологии применяются, являются артериальная гипертензия, гастриты и дуодениты. Ведущими группами технологий при реализации лечебного процесса в поликлинике являются общие лечебно-диагностические меры, составляющие 68,6% от всех лечебных технологий. Основными группами заболеваний, при которых реализуются технологии лечебного процесса, являются артериальная гипертензия, сахарный диабет, ОРЗ и грипп, составляющие 71,1% от всей рассмотренной патологии. Можно констатировать, что в амбулаторно-поликлинических условиях специальные высокотехнологичные методы диагностики и лечения составляют незначительный объем.

Основу стационарного лечения (87,6%) составили 6 ведущих классов болезней: болезни мочеполовой системы (20,8%), системы кровообращения (18,9%), органов дыхания (9,2%), пищеварения (18,4%), эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (7,0%), а также травмы и отравления (13,3%). В процессе исследования были выделены основные 12 нозологических групп заболеваний, составляющих 55,6% всего объема пациентов и 62,2% всего количества койко-дней лечения. Реализация технологий производилась в соответствии с принятыми федеральными медицинскими стандартами для рассматриваемых групп заболеваний с разделением медицинской помощи на диагностический и лечебный процессы. В результате анализа было установлено использование в диагностическом процессе 12 основных технологий, а в лечебном – 17 технологий.

Оценка значимости реализации технологий диагностического процесса в стационаре показала, что по объему выполняемых процедур (производное из количества наименований и численности пациентов) наибольшую значимость имеют лабораторные клиничко-диагностические исследования. Их доля составляет 44,9% от всего количества диагностических технологий. По 16,5-16,9% диагностических технологий приходится на общие ме-

роприятия, проводимые в приемном и основном отделениях. Также определенную значимость имеют рентгенологические и функциональные исследования, составляющие соответственно 6,5 и 5,5%.

Ведущими группами технологий при реализации лечебного процесса в стационаре по объему выполняемых мероприятий (производное из количества наименований и численности пациентов) ведущими являются общелечебные меры и уход, на которые в данном стационаре приходится 38,0% всех лечебных технологий. 12,6% составляют реанимационные мероприятия и меры интенсивной терапии. Из чисто лечебных технологий можно также выделить оперативные вмешательства и анестезию, составляющие 4,0% удельного веса от всех мероприятий, и, в определенной степени, физиотерапевтические процедуры – 2,4%.

Таким образом, при анализе значимости заболеваний в организации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи и реализации медицинских технологий становится очевидной четкая дифференциация применения медицинских технологий на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах помощи пациентам. Установленная структура и востребованность медицинских технологий на основе оценки значимости реализации мер диагностического и лечебного процесса при соответствующем характере потока пациентов позволяет определить перспективы использования медицинских технологий и развитие сети и структуры учреждений и служб здравоохранения.

Литература:

1. Румянцева Е.Е., Ежов И.Ю. / Здравоохранение Рос. Фед. – 2010. – № 2. – С. 6-10.
2. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России / О.П. Щепин, И.А. Купеева, В.О. Щепин, Е.П. Карина. – М.: Медицина, 2007. – 360 с.
3. Стародубов В.И., Флек В.О., Сон И.М. и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 4. – С. 23-28.

К.И. Поляков

СИСТЕМА АКТИВНОГО МОНИТОРИНГА НЕ ВЫЯВЛЕННЫХ НА ФАЗЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Существует много новых лекарств. Но всем им трудно доверять, потому что на фазе клинических испытаний проверить можно

не все эффекты лекарственного средства. Мы предлагаем систему, которая оперативно отслеживает и анализирует случаи применения лекарственных средств. И на основании результатов лечения оценивает возможные побочные эффекты и взаимодействия нового лекарственного средства.

K. I. Polyakov

MONITORING SYSTEM ACTIVE NOT IDENTIFIED IN PHASE CLINICAL TRIALS BY ACTIONS AND INTERACTIONS OF NEW DRUG

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. There are many new drugs. But all of them hard to trust because the phase of clinical trials can not check all of the effects of the drug. We offer a system that efficiently monitors and analyzes the cases of drugs. Based on the results of treatment were assessed the possible side effects and interactions of the new drug.

Актуальность исследования: В современном мире информационных технологий, упрощающих жизнь, необходимо их наиболее полное использование и в медицине. В частности имеется возможность более полного использования автоматизированных рабочих мест врача и электронных историй болезни. Сейчас на рынок выбрасывается огромное количество лекарственных средств, условно считается, что они безопасных для человека и все побочные действия их выявлены на стадиях испытаний, но нельзя отрицать проблему не выявленных побочных эффектов лекарственных средств, и как следствие большое количество пострадавших от этого людей, как в результате относительно малого числа испытуемых задействованных в испытаниях, так и из-за халатности. Ниже предложена система ориентировочного выявления ситуаций, когда активное использование нового лекарственно средства приводит к появлению незапланированных осложнений или к увеличению сроков выздоровления у лиц с определённой сопутствующей патологией.

Цели исследования: Разработать систему способную на основании данных применения лекарственной терапии и исходов заболевания дать результат, как о возможных побочных эффектах определённого лекарственного препарата, так и о его взаимодействиях с другими лекарственными средствами.

Материалы и методы исследования: статьи и публикации.

Результаты исследования: Разработаны следующие положения для анализа ситуации по не выявленным осложнениям лекарственной терапии:

1. Рынок лекарственных средств обновляется, и врачи в своей практике применяют новые лекарственные препараты. Заполняя историю болез-

ни, врач обязан заполнять графы: <Назначения> и <Исход лечения>. Они являются обязательными для выявления корреляции между лекарственной терапией и сроками и обстоятельствами выздоровления, а так же осложнениями.

2. Использование электронных историй болезни и автоматизированных рабочих мест врача предполагает наличие базы данных историй болезни, хранящейся на сервере лечебно-профилактического учреждения.

3. Остаётся создать условия для синхронизации как можно большего числа баз данных с единым сервером, располагающимся в сети интернет. Для этого требуется программа осуществляющая выбор интересующих данных из базы историй болезни, которые хранятся на сервере в лечебно-профилактическом учреждении.

4. Упомянутая выше программа, отправляет данные по защищенному соединению на сервер в сети интернет.

5. На сервере в интернете данные обрабатываются статистически, определяется относятся ли они к одной выборке и т.д., используя методы современной статистики, например коэффициент корреляции.

Выводы: Таким образом, мы получаем новое средство мониторинга, решающее важную проблему своевременного определения осложнений и взаимодействий новых лекарственных препаратов «непроверенных временем». Данная методика может легко внедряться в лечебно-профилактические учреждения с различными программами, использующими базы данных, не модифицируя их, а значит, нет надобности полной замены программного обеспечения больницы или поликлиники.

И.А. Полянская, Т.А. Штернис

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кемеровская государственная медицинская академия, Россия

Аннотация. Проведен анализ деятельности 15 центров здоровья, функционирующих в Кемеровской области, за период 2010-2011 гг. Представлены основные показатели деятельности: укомплектованность медицинским персоналом, квалификация, количество посещений в центры здоровья по данным учетно-отчетной документации. Установлено, что взрослое и детское население Кемеровской области имеет два и более факторов риска развития хронической неинфекционной патологии. Приведены причины высокого уровня факторов риска среди лиц, обследованных в центрах здоровья, в том числе среди детского населения. Оптимизация деятельности центров здоровья предусматривает увеличение охвата населения профилактическими осмотрами, проводимыми в центрах здоровья, улуч-

шение взаимодействия центров с лечебно-профилактическими учреждениями, расширение спектра предоставляемых услуг.

I.A. Polyanskaya, T.A.Shternis

ACTIVITY OF THE CENTERS OF HEALTH IN THE KEMEROVO REGION

Kemerovo state medical academy, Russia

Abstract. The analysis of activity of 15 centers of health functioning in the Kemerovo region is carried out, during 2010-2011. The basic indicators of activity are presented quantity of the medical personnel, qualification and quantity of visitings in the centers of health according to the registration-accounting documentation. It is established that the adult and children's population of the Kemerovo region has two and more risk factors of development of a chronic noninfectious pathology. The reasons of high level of risk factors among the persons surveyed in the centers of health, including among the children's population are produced. Optimization of activity of the centers of health provides increase in coverage of the population the routine inspections spent in the centers of health, improvement of interaction of the centers with treatment-and-prophylactic establishments, expansion of a spectrum of given services.

Одним из наиболее перспективных направлений профилактической деятельности по формированию здорового образа жизни является активная работа центров здоровья, открытие которых было предусмотрено приказом Минздравсоцразвития России от 19.08.2009г № 597н.

В Кемеровской области функционирует 15 центров здоровья, в том числе 4 детских.

Структура Центров здоровья Кемеровской области представлена кабинетами: тестирования на аппаратно – программном комплексе – 15, инструментального и лабораторного обследования – 11, лечебной физкультуры – 11, школы здоровья – 12

, кабинет врача, прошедшего тематическое усовершенствование по формированию здорового образа жизни и медицинской профилактике – 15.

Укомплектованность врачебным персоналом в 2010 году составила 51,5%, в 2011 году показатель увеличился до 69,5%, темп прироста + 35%. Укомплектованность средним медицинским персоналом в указанный период времени возросла с 36,3% в 2010 году до 55,3% в 2011 году, темп прироста +52%. Темп прироста среди прочего персонала центров здоровья составил +17%, с 9% в 2010 году до 10,5% в 2011 году. Рост укомплектованности медицинским персоналом в период 2010-2011 гг. обусловлен открытием детских центров здоровья.

В сравнении с 2010 годом также вырос количественный показатель основных работников центров на 32%, в том числе врачей на 42%, средних медицинских работников на 27%. Совместители среди врачебного персо-

нала в 2011 году составили 60,4% (2010 год – 68%), среди средних медицинских работников – 43% (2010 год – 44%).

Квалификационные категории имеют 52% врачей (2010 год - 45%) и 40% среднего медицинского персонала (2010 год - 25%).

Общее количество обратившихся в центры здоровья граждан выросло на 31% (2010 год– 30199 человек, 2011 год – 39541 человек). Количество посещений увеличилось на 33% (2011 год – 40278 посещений, 2010 год – 30245 посещений). Из числа обратившихся 73% взрослого населения пришли самостоятельно. В то же время отмечен рост направленных из ЛПУ с 9% до 13,5%.

Соотношение здоровых и лиц с выявленными факторами риска среди взрослого населения в 2011 году составило 28% - 72% (44% - 56% в 2010 году). Рост выявляемости лиц, имеющих факторы риска развития заболеваний, обусловлен повышением квалификации врачебного персонала, улучшением интерпретации показателей показателей приборов.

Повторные посещения в центры здоровья в 2011 году составили 1,8%, в 2010 году - 0,2%.

Детские центры здоровья в Кемеровской области стали функционировать в 2011 году. Решение о посещении центра здоровья принимается в основном родителями - 41,7%. Соотношение здоровых и детей с выявленными факторами риска составляет 50,8% - 49,2% соответственно. Среди детей, посетивших центры здоровья, 84% было в возрасте 0 -14 лет, 16% - 15 – 17 лет.

Отмечено снижение удельного веса занятиями лечебной физкультурой взрослого населения среди лиц с выявленными факторами риска развития заболеваний с 12,4% в 2010 году до 9,8% в 2011 году, при этом общий охват лиц сохранился на прежнем уровне (6,9% в 2010 году и 7,0% в 2011 году соответственно). Охват занятиями лечебной физкультурой в центрах здоровья для детского населения в 2011 году был 17,5% от числа обратившихся и 35,6% от числа детей с выявленными факторами риска.

В центрах здоровья функционируют 12 школ здоровья, в которых обучено в 2011 году 6188 человек, в т. ч. детей – 501 человек. В школах здоровья проводится коррекция массы тела, питания, формирование навыков здорового образа жизни, в том числе закаливания, грудного вскармливания, а также отказа от вредных привычек. Отмечено снижение числа посещений в школы здоровья от числа обратившихся с 22,3% в 2010 году до 15,6% в 2011 году.

Основными причинами низкого охвата населения осмотрами в центрах здоровья являются:

1. неравномерность поступления диагностического оборудования в 2010 году, в результате чего сотрудники овладевали навыками работы самостоятельно, без инструктора;

2. несвоевременное направление пациентов врачами ЛПУ. Потоки пациентов из ЛПУ, не имеющих центров здоровья, не формируются, поскольку система оплаты посещений исключает заинтересованность другого учреждения направлять пациентов в центры здоровья (стоимость посещений удерживается из доходов по ОМС);

3. посещения взрослого населения обеспечивались за счет активной работы заведующих центрами здоровья на промышленных предприятиях, информации о них в средствах массовой информации;

4. низкая укомплектованность штатами и текучесть кадров;

5. простой оборудования в связи с частными поломками.

Причинами низкой обращаемости населения в центры здоровья являются:

1. низкая мотивация пациентов к профилактике заболеваний и ведению здорового образа жизни, особенно в молодом возрасте;

2. отдаленность центра от районов обслуживания, невозможность организации выездных мероприятий, т.к. имеется только один комплект оборудования.

Анализ структуры факторов риска, выявленных в ходе обследования в центре здоровья, показал, что взрослое население Кемеровской области имеет такие факторы риска, как избыточная масса тела и ожирение - 47,6%, артериальная гипертензия - 37,3%, гипергликемию - 12, 0%, гиперхолестеринемия - 12,5%, нерационально питаются 50,7% осмотренных, имеют гиподинамию - 52,3%, психоэмоциональное напряжение - 89,5%, курят 22,3% обследованных. Риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы наблюдается у 28,5% обратившихся, дыхательной системы - у 30,0%, стоматологических заболеваний - 36,0%.

Среди детского населения также выявляются дети, имеющие два и более факторов риска развития заболеваний. Анализ факторов риска выявил нарушение физического развития - 38%, увеличение массы жировой и скелетно-мышечной ткани - 16,9%, снижение содержания кислорода в крови - 5,6%, снижение или повышение уровня глюкозы в крови - 3,2%, пассивное и активное курение - 12,7%, нарушение осанки - 16,3%, риск развития заболеваний сердца - 37,5%, хронических заболеваний легких - 3,3%.

Анализ причин высокой распространенности тех или иных факторов риска среди взрослого населения и детского населения выявил отсутствие осведомленности населения о здоровом образе жизни, низкий уровень культуры населения, несоблюдение режима труда и отдыха, полноценного сна, употребление большого количества углеводов, фаст-фудов, полуфабрикатов, нежелание расставаться с вредными привычками, особенно лиц, злоупотребляющих алкоголем, табакокурением.

Причинами высокого уровня факторов риска являются последствия перинатальной патологии, несоответствие размеров школьной мебели росту

ребенка, что приводит к нарушению осанки. Кроме того, вредные привычки активно поддерживаются средствами массовой информации (реклама, фильмы, эстрада, различные шоу на телевидении).

Всем пациентам, обратившимся в центры здоровья, даются рекомендации по здоровому образу жизни, коррекции выявленных факторов риска путем составления индивидуальных планов.

С целью оптимизации деятельности центров здоровья по профилактике заболеваний предусмотрено заключение договоров с предприятиями и образовательными учреждениями на осмотр населения, проведены совещания, на которых рассмотрены вопросы организации работы гигиениста стоматологического, проведения двухэтапного тестирования на раннее выявление немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ, злоупотребления алкоголем, взаимодействия центров здоровья и наркологической службы.

М.М. Садовая

ФОРМИРОВАНИЕ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (МЕДИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА)

ООО «Техинком», г. Новосибирск, Россия

Аннотация. В статье представлена концептуальная функциональная модель высокотехнологичного медицинского учреждения, типологически решенная в виде медико-технологического центра, и предусматривающая функционирование по двум вариантам производственных циклов - смешанно-замкнутому и замкнутому.

М.М. Sadovaya

CONCEPTUAL FUNCTIONAL MODELING OF THE HIGH TECH MEDICAL FACILITY (MEDICAL-TECHNOLOGICAL CENTER)

“TechIncom” LLC, Novosibirsk, Russia

Abstract: Paper presents a conceptual functional model of the high tech medical facility, with typological solution of medical-technological center and two types of the industrial processes provided.

Введение

В современных условиях существующие и вновь проектируемые центры по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи требуют адаптации их архитектуры к специфике оказания медицинской помощи. В этой связи становится актуальным формирование особой функционально-

типологической модели комплекса высокотехнологического медицинского стационара, что связано с усложнением комплексного воздействия внешних факторов на эффективность функционирования комплексов, необходимостью гибкого взаимодействия государственных и частных структур в здравоохранении, необходимостью интенсификации лечебного процесса и постоянного повышения квалификации персонала без отрыва от работы [1].

Цель работы: Предложить перспективную форму типологического развития высокотехнологического медицинского учреждения и сформировать концептуальную организационно-функциональную модель такого учреждения.

Материалы и методы: архитектурно-градостроительный анализ высокотехнологических медицинских учреждений (ВМУ) на территории Сибирского Федерального округа и функциональное моделирование.

Результаты исследования:

Проведя анализ ряда ВМУ на территории Сибирского Федерального округа, таких как ФГБУ «НИИТО» Минздравсоцразвития России (г. Новосибирск), ФГЛПУ «Научно-Клинический центр охраны здоровья шахтеров» Росэнерго (г. Ленинск-Кузнецкий), Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени Ак. С.Н. Федорова (г. Новосибирск), Федеральный центр нейрохирургии Минздравсоцразвития РФ (г. Тюмень), Инновационный медико-технологический центр (г. Новосибирск), нами были выделены ключевые признаки-требования, определяющие направление формирования типологического развития современных ВМУ и оказывающие свое влияние на используемые архитектурно-планировочные решения: размещение ВМУ в условиях крупных либо крупнейших городов с развитой инфраструктурой, применение двух базисных вариантов проектных решений генеральных планов ВМУ; применение гибкой планировочной структуры в ходе проектирования объемно-планировочных решений и выполнение проекта основных лечебно-диагностических подразделений с учетом профицита площадей; включение в состав помещений ВМУ научно-производственных подразделений, обеспечивающих в том числе высокотехнологическую составляющую деятельности ВМУ; широкое применение фактологического пациент-ориентированного дизайна при проектировании объемно-планировочных и интерьерных решений ВМУ.

Учитывая вышесказанное, на современном этапе перспективной формой типологического развития специализированных ВМУ будет являться вариант в виде проектирования профильных высокотехнологических медико-технологических центров (МТЦ), в которых будут сочетаться амбулаторно-консультативный, лечебно-диагностический, реабилитационный, педагогический и научно-производственные процессы, концентрируемые вокруг основного вида деятельности учреждения – оказания профильной высокотехнологической медицинской помощи. Характерным имен-

но для таких центров будет внедрение в структуру учреждения педагогической составляющей, как инструмента непрерывного повышения квалификации специалистов; развитой инновационной научно-производственной базы, как инструмента обеспечения лечебного процесса современными экспериментально-исследовательскими и производственными возможностями, а также пациент-ориентированное формирование архитектурной среды здания [2, 3] и его прилегающих территорий.

При этом архитектурно-планировочные решения МТЦ в соответствии с принципом вертикальной интеграции, непосредственно определяющим типологические основы перспективных архитектурно-функциональных проектов, будут характеризоваться большим разнообразием функционально-планировочных блоков в составе МТЦ и большим разнообразием планировочных групп в составе функциональных блоков МТЦ, что обуславливает широкий спектр возможных вариантов при проектировании конечных МТЦ и большую гибкость его программно-функционального назначения и последующей модернизации в ходе стратегического планирования деятельности такого учреждения [4], дополненное фактологическим пациент-ориентированным дизайном планировочных решений клинических и параклинических подразделений. Для этого нами была сформирована организационно-функциональная модель МТЦ, в которой представлены все базовые подразделения, составляющие структуру такого центра: приемно-консультативный блок, диагностический блок, лечебный блок, палатный блок, научно-исследовательский блок, реабилитационный блок, хозяйственно-бытовой блок, административно-финансовый блок, учебно-методический центр.

Организационно-функциональная модель МТЦ в своем проекте должна учитывать не только названные выше требования к перспективному направлению типологического развития ВМУ до уровня МТЦ, но и давать характеристику будущего проекта по составу ключевых функций учреждения, предполагаемых к реализации в пределах границ архитектурно-планировочных блоков определенного назначения, структуры и планировочных схем. Поскольку функциональная схема дает информацию о структуре функциональных связей объекта, раскрывая функциональное содержание архитектурно-объекта и позволяет осуществить переход от функциональной к планировочной схеме [5], то формирование подобной модели позволит создать универсальную и динамически изменяемую функциональную программу проектирования объемно-пространственной структуры МТЦ в зависимости от целевых параметров, а также обеспечить возможности по дальнейшей модернизации таких центров в ходе их эксплуатации.

На основе предложенной организационно-функциональной модели можно сформировать объемно-планировочную структуру здания МТЦ, включая композиционно-планировочные решения функциональных блоков и палатных ячеек. При этом необходим обязательный учет производственно-функциональных процессов и их взаимосвязей, поскольку они оказывают

непосредственное влияние на размещение помещений различных подразделений и служб, а также учет возможности осуществления деятельности МТЦ по смешанно-замкнутому функциональному циклу обслуживания пациентов для обеспечения гибкости реализации композиционно-планировочных решений функциональных блоков подразделений, осуществляющих непосредственно клиническую составляющую деятельности МТЦ.

Если рассмотреть предложенную блочную структуру МТЦ по её функциональному назначению, то помещения в предложенной модели МТЦ сгруппированы на основе функциональных связей, требуемых для выполнения основной производственной функции МТЦ – осуществление лечебно-диагностического, реабилитационного и научно-производственного процессов. В связи с этим оптимальной композиционно-пространственной схемой для здания либо комплекса зданий МТЦ в градостроительных условиях свободной посадки будет являться расчлененная, а в условиях плотной городской застройки – целостная. Непосредственные общие связи должны быть организованы между следующими блоками: лечебный, палатный, реабилитационный, приемно-консультативный, диагностический и научно-производственный. Прочие блоки, несущие вспомогательную функцию, имеют опосредованную связь с блоками, в которых предусмотрено выполнение основной функции МТЦ: учебно-методический центр, административно-финансовый и хозяйственно-бытовой блоки.

Приемно-консультативный, палатный, лечебный, реабилитационный, научно-исследовательский, административно-финансовый и хозяйственный блоки целесообразно размещать в виде отдельно стоящих зданий, соединенных соответственно их функциональным связям. Включение в состав МТЦ реабилитационного блока может предполагать два варианта, в зависимости от производственного цикла учреждения: замкнутый либо смешанно-замкнутый цикл. При организации деятельности по замкнутому производственному циклу реабилитационный блок должен быть обязательно включен в состав подразделений МТЦ и предусматривается в виде отдельно стоящего здания, соединенного теплыми переходами с палатным блоком. В блоке реабилитации необходимо учитывать возможность объединения потоков стационарных и амбулаторных пациентов, что должно находить отражение в совместном использовании помещений для физиотерапии, психотерапии и специальных реабилитационно-терапевтических методов в соответствии с профилем МТЦ. Также в пределах реабилитационного блока необходимо размещать отдельную рекреационную зону для пациентов, проходящих реабилитационные мероприятия. В варианте организации деятельности по смешанно-замкнутому производственному циклу реабилитационный блок должен быть исключен из функциональной модели, а его функции отданы на аутсорсинг.

Выводы: Подобный подход к моделированию проекта МТЦ, помещения в котором сгруппированы на основе функциональных связей, требуемых для выполнения основной производственной функции МТЦ, позволит осуществлять оказание пациенту всех видов медицинской помощи

по профильной патологии, в том числе за счет возможности организации смешанно-замкнутого функционального цикла, что выгодно отличает подобный подход от истинно замкнутого функционального цикла, предусматривающего осуществление всех процессов лишь за счет собственных возможностей учреждения, и одновременно позитивно скорректировать психоэмоциональную составляющую пребывания пациента в условиях лечебного стационара.

Список использованной литературы:

1. Чеберева, О.Н. Принципы архитектурной модернизации комплексов медицинских соматических стационаров :на примере городских больниц Нижнего Новгорода / Ольга Николаевна Чеберева // дисс. канд. арх.: Н. Новгород, 2009. – С. 210.

2. Bauer, E. Healthy hospitals = happy patients / Esther Bauer // VHA. – Aug 2011. – [электр. ресурс]. – ссылка: <http://allianceonline.vha.com/feature/healthy-hospitals-happy-patients>

3. Hughes R.G., editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. [электр. ресурс]. – ссылка: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11562/>

4. Chefurka, T., Shaggs, R. Concepts in Flexibility in Healthcare Facility Planning, Design, and Construction / T. Chefurka, R. Shaggs // American Institute of Architects; – Academy journal. – AIArchitect. – 2002. – Oct. 28. [Электронный ресурс] – ссылка: http://muhc-healing.mcgill.ca/english/Speakers/chefurka_p.html

5. Фомина, В.Ф. Архитектурно-конструктивное проектирование общественных зданий: учебное пособие / В. Ф. Фомина. – Ульяновск: УлГТУ, 2007. – 97 с.

М.А.Садовой, Е.В. Мамонова, Л.С. Шалыгина

НАУКА И ИННОВАЦИИ КАК ОСНОВНОЙ ЭЛЕМЕНТ ДЛЯ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

*ФГБУ «Новосибирский НИИТО» Минздравсоцразвития РФ
ЗАО «Инновационный медико-технологический центр»,
г.Новосибирск*

Аннотация. В статье представлено обоснование необходимости дальнейшего развития научной и инновационной деятельности как основных направлений для внедрения медицинских технологий с целью повышения доступности и качества оказания высокотехнологичной медицинской помощи

M.A.Sadovoy, E.V.Mamonova, L.S.Shalygina

SCIENCE AND INNOVATION AS THE MAIN ELEMENT FOR STABLE DEVELOPMENT OF MEDICAL INSTITUTION, RENDERING HIGH-TECH MEDICAL CARE

*Novosibirsk research institute of traumatology and orthopaedics, Russia
Innovation medico-technological center, Novosibirsk, Russia*

Abstract. The grounds of necessity for further development of scientific and innovation activity as main trends for introduction of medical technologies to increase access and quantity of rendering high-tech medical care are presented in the article.

В последние годы в Российской Федерации активно совершенствуется организация системы здравоохранения. С одной стороны, растет ценность здоровья в системе приоритетов общества, отмечаются тенденции к снижению смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте. С другой стороны, благодаря развитию медицинских технологий существенно повышаются возможности медицинских служб реально влиять на показатели здоровья населения, о чем свидетельствуют значительные успехи в борьбе с наиболее опасными для жизни заболеваниями, достигнутые в западных странах еще в конце 20 века. В последние годы государством были сделаны крупные экономические вложения в здравоохранение. Реализуются большие государственные программы: национальный проект «Здоровье» и «Модернизация здравоохранения», в рамках которых совершенствуется высокотехнологичная медицинская помощь, медицинская помощь при сердечно-сосудистых, онкологических заболеваниях, ДТП, служба родовспоможения. Разработаны основы законодательства, дающие перспективу для развития здравоохранения.

Но накопленные проблемы остаются весьма значительными и это лишь первый шаг к приведению нашего здравоохранения к показателям медицины европейских стран. Чтобы сохранять и наращивать темпы развития здравоохранения, необходимо создать, по существу, новую систему здравоохранения, повысив ее научный, технологический, организационный и профессиональный уровни. Для этого приоритетным должно быть повышение роли и места научной и инновационной деятельности в здравоохранении.

В своем выступлении на Первом национальном съезде врачей России в октябре этого года Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев ключевой задачей обозначил: «Особое значение имеет высокотехнологичная медицина (мы это с вами понимаем), разработка и внедрение инновационных продуктов. Современные медицинские технологии, симуляционные центры, телемедицина открывают возможности для лечения очень сложных патологий, для производства лекарств, для увеличения продолжительности жизни.»

Это еще раз подтверждает, что научное и инновационное направление сегодня является одним из основополагающих для реализации главной цели государственной политики в области здравоохранения — повышение качества и доступности медицинской помощи, улучшение на этой основе показателей здоровья населения, увеличение продолжительности жизни, снижение смертности. Достижение этой цели предполагает сохранение стратегии приоритетного развития здравоохранения.

Одной из задач для достижения данной цели является повышение доступности оказания высокотехнологичной медицинской помощи с использованием современных медицинских технологий, реализация которой возможна при

— обеспечении бесплатного предоставления уже имеющихся видов высокотехнологической помощи в соответствии с установленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи;

— вложении крупных государственных инвестиций в материально-техническую базу медицинских организаций и создание сети современных центров высокотехнологичной помощи;

— стимулировании инвестиций бизнеса в инфраструктуру здравоохранения и инновационную деятельность на основе механизмов государственно-частного партнерства;

— финансовых вложениях в повышение профессионального уровня врачей и среднего медицинского персонала с акцентом на их постоянное переобучение и освоение передовых западных и отечественных медицинских технологий;

— выходе по ряду направлений высокотехнологичной медицинской помощи на рубежи высокоразвитых стран, расширение экспорта медицинских услуг;

— расширении инновационной деятельности для освоения новых медицинских технологий.

При этом важным при использовании медицинских технологий является максимальное сокращение временного отрезка от возникновения новой эффективной медицинской технологии или продукта, до ее внедрения в реальную медицинскую практику.

Согласно ФЗ N 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Это ставит перед нами задачу дальнейшей разработки и внедрения в практическое здравоохранение инновационных медицинских технологий на основе научных знаний.

Учитывая рост актуальности решения такой задачи, как развитие инновационной деятельности в сфере медицины, необходимо чёткое разделение понятий «научной» и «инновационной» деятельности. В настоящей статье будем исходить из следующих базовых определений:

— научная деятельность — это совокупность процессов, позволяющая получить научный результат с помощью государственных или частных инвестиций;

— инновационная деятельность — это совокупность процессов, позволяющая получить из научных результатов их потенциальные экономические эффекты.

Для первого из них продуктом является научное знание, оформленное в виде патента, статьи, научного отчета, диссертации; для второго – инновационный продукт с конкретной сферой его реализации конечной группой потребителей.

Под инновациями в медицине, как правило, понимаются оригинальные технологии производства или применения лекарственного препарата или диагностической технологии, прибора или метода с доказанным уровнем конкурентоспособности по отношению к существующим. К ним относятся новые молекулы, новые методы доставки, новые принципы диагностики и лечения. Необходимо отметить, что развитие таких направлений, как геномика, нанотехнологии ведет к появлению новых диагностических и терапевтических медицинских технологий, аналогов которых на текущий момент не существует.

Инновационная деятельность представляет собой сложный многошаговый процесс, элементы и структурные связи которого согласно принципам системного подхода должны рассматриваться в концепции многовариантности их описания и реализуемости. При этом конкретный вид элементов и подсистем инновационной деятельности, их структурные связи между собой и внешней средой должны определяться управляющими воздействиями из центра, ответственного за эффективность всего процесса инновационной деятельности. Имеющаяся в настоящее время структура инновационной деятельности показывает существующие разрывы в ее реализации с точки зрения участия отраслевых НИИ и учреждений здравоохранения в процессе ее деятельности. Она отражает одну из ключевых проблем, которая может быть сформулирована следующим образом.

При формировании инновационного продукта в медицине, в центре процесса стоят специалисты не в области медицины, а в области химии, физики, биологии, приборостроения и т.д. В этом случае специалист в медицинской сфере становится своеобразным заказчиком инновационного продукта, и включается в инновационный процесс в части формирования самой медицинской технологии и процедуры проведения всего спектра доклинических и клинических его исследований. Устранение данных разрывов требует от участников научной и инновационной деятельности в сфере

медицины формирования модели государственно – частного партнерства в процессе создания продукта, которая должна включить в себя организационные, финансовые элементы, а также специализированные с точки зрения медицины и здравоохранения площади и оборудование. Данная модель государственно-частного партнерства успешно опробована на примере Инновационного медико-технологического центра (Медицинского технопарка), который создан в г. Новосибирске.

Д.А. Севостьянов

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ИННОВАЦИЙ ПОСРЕДСТВОМ ИНВЕРСИВНОГО АНАЛИЗА

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Инновации в образовании – актуальная тема в педагогических исследованиях. Образовательная система любого уровня есть система иерархическая. Она наделена некоторыми свойствами, характерными для систем подобного рода. В частности, одно из таких свойств состоит в возможности возникновения инверсии между высшими и низшими уровнями. В данной статье анализируется роль инверсивных отношений в жизнеспособности образовательных систем. В ней оценивается влияние педагогических инноваций на развитие инверсивных связей в образовательных системах.

D.A. Sevostyanov

THE ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF PEDAGOGICAL INNOVATION THROUGH ANALYSIS OF INVERSIONS

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. Innovations in education is an actual topic in pedagogical studies. The educational system of any level is the hierarchical system. It has some properties that are characteristic for systems of this kind. In particular, one of such features is the possibility of the inversion between the higher and lower levels. In this article examines the role of the inversion of relations in the viability of education systems. The article assesses the impact of pedagogical innovations in the development of the inversion of relations in the educational systems.

В настоящее время одна из основных тенденций в современном образовании – внедрение инновационных образовательных технологий. Внедрение образовательных инноваций отныне принято отражать в отчетной документации кафедр и вузов, и таким образом возникает опасность распростра-

нения порочной практики «инновации ради инноваций». Между тем, очевидно, что внедрение любой инновации может быть целесообразно тогда и только тогда, когда в результате повышается эффективность обучения.

Выявление эффективности тех или иных инноваций производится в результате педагогического эксперимента. Однако сам по себе эксперимент уже представляет собой этап внедрения той или иной технологии, поскольку предполагает опробование ее на реальных обучающихся. Следовательно, предварительную оценку (прогнозирование) эффективности педагогических инноваций следует производить еще до таких экспериментов. Эффективным инструментом для такой оценки может служить инверсивный анализ.

Инверсивный анализ (анализ инверсивных отношений) – это метод организации научного исследования, который подразумевает исследование инверсивных отношений в иерархических системах. В свою очередь, *инверсией* здесь будет называться форма отношений в иерархической системе, при которой нижележащий элемент в иерархии приобретает в данной системе главенствующее значение, оставаясь при этом на своей изначальной невысокой иерархической позиции. Противоположное состояние, когда в системе главенствует именно тот элемент, который занимает вершину в иерархии, назовем отношениями *ордера*. Значение инверсивного анализа усугубляется тем, что практически любой системе присуща та или иная форма иерархической организации, а потому и инверсивные отношения получают повсеместное распространение.

В момент формирования иерархической системы в ней действуют отношения ордера, инверсивных же отношений, как правило, не наблюдается. Инверсии в системе возникают позднее, и по мере того, как инверсивные связи распространяются в системе, система меняет свой облик. В тот момент, когда инверсивные отношения в системе становятся сопоставимыми по значимости с отношениями ордера, система либо разрушается, либо, во всяком случае, ставится перед необходимостью коренной трансформации. Все это в полной мере касается как естественных, так и рукотворных систем.

К рукотворным системам, в частности, относится система образования, на каком бы уровне мы ее ни рассматривали: на государственном, региональном, или же на уровне отдельного учебного заведения. Отслеживать распространение в ней инверсивных отношений – важнейшая задача; если ею пренебрегать, то вполне возможна ситуация, когда самые благие намерения реорганизаторов оборачиваются сплошными потерями и провалами.

Развитие инверсий в системе зависит от того, какие организационные принципы действуют в ней. Организационные принципы определяют, почему, на каком основании тот или иной элемент в системе занимает именно эту, а не какую-либо иную иерархическую позицию. Эти принципы делятся на сущностные и атрибутивные. Сущностный принцип связан непосредственно с постоянными, неотчуждаемыми, имманентными свойствами со-

подчиненных элементов в данной системе. Атрибутивные принципы основаны на наличии преходящих, изменчивых свойств.

Важнейшим фактором, обеспечивающим функционирование любой социальной общности, является иерархическая система ценностей. Рассмотрим ее в качестве примера. Так, например, в иерархии ценностей высшую позицию может занимать ценность, обеспечивающая само существование данной системы – тут действует сущностный принцип. Но ценность – понятие сугубо социальное. Поэтому в этой же иерархии может действовать и мажоритарный принцип – высшую позицию в этом случае занимает ценность, которую разделяет большинство людей в данном социуме. Это – принцип атрибутивный, поскольку общественное мнение изменчиво, и то, что сегодня представляется большинству самым ценным, может впоследствии отодвинуться на второй и даже на третий план. Пока в этой, взятой для примера, социальной системе нет противоречий между атрибутивным и сущностным принципом, большинство считает важнейшими ценности, направленные на сохранение самой системы (например, культурные ценности). В системе, таким образом, сохраняются отношения ордера, а сама система сохраняет жизнеспособность. Но если на первый план выйдут некоторые другие ценности (например, ценности, связанные с индивидуальным потреблением), возникнут инверсивные отношения, и само существование такой системы окажется под угрозой. Следует добавить, что чем сложнее система, тем больше разнообразных организационных принципов действует в ней, тем легче возникают противоречия между такими принципами и тем больше вероятность развития инверсивных отношений.

Теперь обратимся к образовательным системам. Как и во всякой другой сложной системе, в них могут быть выделены компоненты, между которыми прослеживается иерархическая связь. А раз так, в данной системе обязательно действует ряд организационных принципов, между которыми могут возникать инверсивные отношения. Неотъемлемым компонентом образовательных систем является контроль знаний. В этой области уже несколько лет действует такое нововведение, как Интернет-экзамен online. В частности, это контроль знаний при помощи тестов FEPO. Как и любая форма контроля знаний, Интернет-экзамен обладает определенными достоинствами, хотя не лишен и недостатков. Как велики достоинства Интернет-экзамена и сколь существенны недостатки, определяется, в частности, структурой ценностей, принятых в данной образовательной системе. Проанализировав практику применения данной формы контроля знаний, мы можем определить и основные подходы к другим инновациям, введение которых является, вероятно, делом ближайшего будущего.

Важнейшим фактором, определяющим эффективность образования, в настоящее время считается овладение компетенциями, которые применительно к каждой изучаемой специальности представлены в Федеральном го-

сударственном образовательном стандарте. Каждая из компетенций формулируется как способность и готовность действовать в определенной предметной области. Действие образовательного стандарта имеет характер закона и не подлежит уже никакому обсуждению на местах. Следовательно, в качестве сущностного принципа в оценке качеств той или иной формы контроля знаний следует рассматривать организационный принцип, определяющий большую или меньшую степень соответствия формы контроля знаний компетентностному подходу. Назовем его «Принцип А».

Этим, впрочем, перечень сущностных принципов не исчерпывается. Дело в том, что непосредственно на модель специалиста, описанную в образовательном стандарте, работают далеко не все кафедры вуза. Значительная их часть фактически занята тем, чтобы подготовить студента к обучению на следующей кафедре в рамках образовательной вертикали. Так, знания анатомии студенту медицинского вуза важны не сами по себе, а лишь в контексте их дальнейшего применения в клинических дисциплинах. Следовательно, контроль знаний должен фиксировать, насколько данная подготовка состоятельна. Степень соответствия этой цели также отображается в сущностном принципе, который мы назовем «Принцип Б».

Однако в данном случае действуют и другие организационные принципы. Согласно одному из них, наибольшей ценностью обладает объективный контроль знаний, исключаяющий действие «человеческого фактора» (следует помнить, что «человеческий фактор» – это не обязательно плохо; вне положительного действия этого самого «человеческого фактора» отечественное образование было бы попросту похоронено в годы реформ). Это, следовательно, атрибутивный принцип – «Принцип В». Другой организационный принцип заключается в оценке большего или меньшего удобства машинной обработки результатов. Это – также атрибутивный принцип, поскольку машинная обработка не составляет самоценного фактора, а представляет собой фактор служебный. Это – «Принцип Г». Наконец, еще один организационный принцип затрагивает степень «инновационности» метода контроля знаний. Вообще новизна или «старость» элемента в иерархии составляет ведение сущностного (хронологического) организационного принципа, но в данном случае, учитывая неоднозначность самой трактовки «инновационности», этот принцип следует понимать как атрибутивный (его обозначим как Принцип Д).

Итак, перед нами два сущностных и три атрибутивных принципа. В случае, если действие сущностных принципов не противоречит атрибутивным, а атрибутивные принципы не противоречат друг другу, в данной системе действуют отношения ордера. Если же это не так, налицо инверсия, разрушающая систему изнутри. Увы, применение Интернет-экзамена выявляет именно такую форму отношений. Про студента, успешно сдавшего этот экзамен, можно с уверенностью сказать только одно: он способен и готов сдавать такие экзамены. К сожалению, в образовательном стандарте такой ком-

петенции нет и быть не может. Следовательно, согласно Принципу А, эта форма контроля несостоятельна.

Что касается выявления готовности для обучения на последующих кафедрах, тут также имеется несоответствие цели и результата. Кафедры работают, составляют свои рабочие программы и реализуют их в рамках конкретного вуза. Интернет-экзамен касается всех вузов сразу. Следовательно, его применение приводит к расчленению образовательной вертикали. С точки зрения Принципа Б, эта форма контроля также несостоятельна.

Однако атрибутивные принципы выводят данную форму контроля на первое место. «Человеческий фактор» (если ввести в действие полицейские меры надзора) в таком экзамене может быть сведен к минимуму. Следовательно, Принцип В придает этой форме контроля главенствующие черты. Удобство обработки результатов сомнений не вызывает, поэтому и Принцип Г заставляет говорить о том, что данная форма контроля предпочтительна. Наконец, этот метод составляет инновацию (поскольку основывается на современных информационных технологиях), и Принцип Д также выводит его на первое место. Применение Интернет-экзамена дает возможность составить позитивную отчетность о внедрении инновационных методов в обучение. Таким образом, три атрибутивных принципа противоречат двум существенным. Налицо инверсия, которая, если сделать данный метод контроля основным критерием качества подготовки студентов, способна уничтожить изнутри образовательную систему. Это живая иллюстрация того положения, что не каждой инновации следует радоваться. Применять методы контроля, которые технически очень удобны, инновационны и технологичны, но не позволяют выявить достижение образовательных целей, значит действовать подобно персонажу старого анекдота, который искал потерянные часы не там, где он их действительно обронил, а там, где светлее.

Такая ситуация может быть не только рассмотрена по результатам состоявшегося внедрения того или иного метода, она может быть и смоделирована, и спрогнозирована. Поэтому применение анализа инверсивных отношений следует признать уместным, когда анализируется целесообразность внедрения тех или иных педагогических инноваций.

В.С. Старых

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА УЧРЕЖДЕНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ИННОВАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

ГБУЗ «Кемеровская Областная клиническая больница», Россия.

Аннотация. Обсуждается понятие «инновационная деятельность». Приведён опыт использования творческого потенциала в учреждениях

практического здравоохранения для создания продукции интеллектуальной деятельности – основы инновационного процесса.

V.S. Starych

SUMMARY THE USE OF THE CREATIVE CAPACITY OF THE INSTITUTIONS OF PRACTICAL PUBLIC HEALTH IN THE INNOVATION PROCESS

GBUZ «Regional Hospital.» Kemerovo. Russia

Abstract. Discusses the concept of «innovation». The experience of the use of creativity in practical public health institutions to create products of intellectual activity - the basis of the innovation process.

Президент России провозгласил, и средства массовой информации напоминают: страна должна идти путём инновационного развития.

Однако внедрённое и широко применяемое в обществе новое слово «инновация» не содержится в словарях русского языка. Термин «innovation» в латинском языке означает - обновление или перемена [1]. Официально ещё не дано толкование понятию «инновационный процесс», но государство уже расходует на него большие средства. Подобное было, когда применили неизвестное народу слово «приватизация» и осуществили её, а потом стали давать ей определения и издавать законы. Олигархи России объясняют своё быстрое обогащение тем, что «оказались в нужное время в нужном месте». Поэтому, в связи с отсутствием чёткого толкования слова «инновация», каждый трактует это расплывчатое понятие по своему, в своих интересах.

Например, в интернете: «инновация» — это коммерциализованное новшество, обладающее высокой эффективностью, является конечным результатом интеллектуальной деятельности человека, его фантазии, творческого процесса, открытий, изобретений и рационализации. Современную трактовку «инновационной деятельности» даёт в 2012 году заведующий кафедрой гражданского и предпринимательского права РГАИС профессор И.С. Мухамедшин, подразделяя её на два этапа. Первый этап – создание интеллектуального продукта и обеспечение его правовой охраной, второй этап – практическое применение результата интеллектуальной деятельности [6].

В далёком 1976 году в «Медицинской газете» была опубликована наша статья под названием «Изобретательство – вид научного творчества» [4]. Теперь у просвещённых людей не вызывает сомнения, что создание интеллектуального научно-технического продукта, к примеру изобретения, и защита его охранным документом является элементом научной и инновационной деятельности.

Федеральный Закон Р.Ф. «О науке и государственной научно-технической политике» N 127-ФЗ от 23 августа 1996 года (с дополнением от 01.12.2007 N 308-ФЗ) предусматривает два вида научной деятельности:

научно-исследовательскую и научно-техническую. Согласно ему научно-техническая деятельность направлена на «...получение, применение новых знаний для решения технологических, инженерных, экономических, социальных, гуманитарных и иных проблем, обеспечения функционирования науки, техники и производства как единой системы». По нашему мнению, экономически наиболее ценная продукция научно-технической деятельности - изобретения и промышленные образцы.

Правительство предусматривает финансирование науки в ВУЗах, НИИ, Академгородках, Российской Академии Наук, у которой около 430 институтов. На исследования и разработки в них правительство расходует сотни миллиардов рублей в год. При этом доля России на мировом рынке высокотехнологичной продукции составляла менее 1% [7]. Модернизация в стране начата с дополнительных мощных финансовых вливаний в инновационные организации: технопарки, «Роснано», «Сколково». Творцы же высокоэффективных изобретений могут быть и в не научных учреждениях, где работают опытные специалисты с большой практикой. Поэтому нами давно прилагаются усилия к организации использования творческого потенциала учреждений практического здравоохранения, относящихся к сфере медицинских услуг населению, для создания изобретений с приобретением интеллектуальной собственности [10]. В департаменте здравоохранения Кемеровской области в 2002 году была начата работа по организации изобретательства в лечебно-профилактических учреждениях. В областной газете опубликована статья «Прирастать лучше умом», призывающая к активизации научно-технического творчества, к созданию и использованию запатентованной интеллектуальной продукции [8]. В последующем мы отошли от чиновного стиля работы, и нашли другой более эффективный путь организации инновационного процесса.

В результате, в учреждениях практического здравоохранения выявлено немало творческих специалистов, способных создавать новые технологии с абсолютной новизной. Так, несмотря на отсутствие бюджетного финансирования научно-технической работы в учреждениях практического здравоохранения, в кемеровской городской клинической больнице №3 им. М.А.Подгорбунского было создано более 75 научно-технических решений, защищённых патентами на изобретения, которые отмечены многочисленными дипломами конкурсов и серебряной медалью международной выставки в Санкт-Петербурге [9]. Плодотворно работают и другие медучреждения в Кемерово. Так поликлиника № 5 имеет шесть патентов на изобретения и на Московском международном салоне «Архимед-2011» получила бронзовую медаль. Активизировалось изобретательство и в других городах Кузбасса. Обладателем двух патентов стала даже больница Промышленновского района. В настоящее время мы проводим работу по стимулированию научно-технической деятельности в Кемеровской областной клинической больнице, в которой за два последних года получено восемь патентов на изобретения. При этом финансовое обеспечение инновационного процесса в лечебных учреждениях не отрегулировано.

Несмотря на приобретённый нами опыт уступки патента на медицинское изобретение ещё в 1996 году [3], на втором внедренческом этапе инновационного процесса выявлены проблемы, тормозящие применение изобретений в медицине. Они связаны, в первую очередь, с получением разрешений Минздрава на использование изобретений и разрешение Фармкомитета на применение лечебных средств, а также с организацией работы по широкому внедрению изобретений в стране и, особенно, с выходом на мировой рынок.

Каковы перспективы инновационного процесса в России можно увидеть в готовящихся законах и проектах. Так, в ожидаемом Федеральном законе «О государственной поддержке инновационной деятельности в Российской Федерации», проект который пока находится на рассмотрении в Государственной Думе, предусматривается, в частности, формирование дополнительной системы исполнительных органов власти, ответственных за инновационное развитие экономики РФ. Предполагается создание Федерального инновационного фонда для предоставления финансовой поддержки субъектам инновационной деятельности [6]. Проектом стратегии «Инновационная Россия - 2020» существенная роль отводится повышению эффективности науки, и одним из основных критериев использования государственных денег станут научные публикации и патенты. Несмотря на отмечаемую неэффективность отечественной науки, выход из тупика видят, например, в том, что «система организации науки должна вращаться вокруг таланта», а администрация научных учреждений – это «обслуга» [Ю.Медведев. 2011]. Международный закон Всемирной Организации Интеллектуальной Собственности гласит, что в интересах страны нельзя: «...импортировать технологии из-за рубежа, когда на тех же или более выгодных условиях такая же или эквивалентная технология может быть приобретена внутри страны» [13]. С вступлением России в ВТО пришла пора ценить тех, чьим умом обеспечивается начало инновационного процесса. Известно, что изобретение создаёт не учреждение, а человек. Поэтому он должен быть в фокусе поддержки, тогда творческие люди будут видеть не только целесообразность разработки ценных технологий, но и продолжать творчески работать в России. Эффективность прицельного инвестирования видна, когда под изобретения, например, Эдисона или Теслы в США открывались учреждения и выделялись большие средства, которые оборачивались миллиардными доходами. Невольно вспоминается, как две с половиной тысячи лет назад великий греческий философ Сократ мудро изрёк: «Изобретательский гений – отец богатства».

Таким образом, успешность осуществления инновационного процесса, в том числе в учреждениях практического здравоохранения, зависит, в первую очередь, от непосредственных творцов новейших технологий и их стимулирования, от своевременных благотворных законов и их исполнения, а также от рациональной организации использования полезной запатентованной продукции, в том числе на внутреннем и мировом рынках.

Литература:

1. Дворецкий И.Х.. Латинско-русский словарь. Издание второе. М. Издательство «Русский язык». 1976, с. 529.
2. Инновации как образ будущего. Еженедельник «Авант-Партнёр», Кемерово, № 1, 25 января 2011, с. 10 -11.
3. Журнал «Патенты и Лицензии». М. «Рынок лицензий». № 8, 1997.
4. Хатминский Ю., Старых В., Южаков В. «Изобретательство – вид научного творчества. «Медицинская газета». М. 1975, № 3469, с 3.
5. Медведев Ю. Человек инновационный. Российскую науку ожидают революционные перемены. Российская газета. 19 января 2011 г.
6. Мухамедшин И.С. Проблемы и перспективы правового регулирования инновационной деятельности в Российской Федерации. «Совершенствование законодательной и правоприменительной практики в области правовой охраны, защиты и использования результатов интеллектуальной деятельности. Научно-практическая конференция Роспатента». М. 10-11 октября 2012, с. 58-61.
7. Платонов В. Плоды российского интеллектуального дерева и их потребители. Журнал «Интеллектуальная собственность. Промышленная собственность». М. № 9. 2002, с. 41
8. Старых В.С. «Прирастать лучше умом». Газета «Край», Кемерово, № 30, 25 июля, 2003, с. 8.
9. Старых В.С., Ликстанов М.И. Организация творчества и защиты интеллектуальной собственности в учреждении практического здравоохранения. «Проблемные вопросы теории и практики охраны интеллектуальной собственности. Международная научно-практическая конференция, посвящённая 50-летию образования Комитета по делам изобретений и открытий при Совете министров СССР». Сборник докладов. Том 2. Москва. 2006, с. 327-335.
10. Старых В.С. Как стимулируют изобретателей в медицинских учреждениях. Журнал «Патенты и лицензии». М. №5, 2010, с. 52-54.

И.А. Титов, Г.И. Чеченин, Н.М. Жилина

ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА СИСТЕМ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ

*ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Россия*

Аннотация. В работе обоснована необходимость совершенствования последипломной подготовки медицинских специалистов с помощью раз-

148

работки и внедрения систем информационного обеспечения. Выявлены и ранжированы основные проблемы, определены доминирующие факторы, оказывающие влияние на образовательный процесс, оценен уровень подготовки и отношение преподавателей Новокузнецкого института усовершенствования врачей, а также врачей-курсантов к применению информационных технологий. Разработана и внедрена информационная модель и программно-аппаратный комплекс, описаны основные особенности, преимущества и эффективность предложенной модели.

I.A. Titov, G.I. Chechenin, N.M. Zilina

BACKGROUND AND DEVELOPMENT OF INFORMATION SYSTEMS SOFTWARE POSTGRADUATE TRAINING OF DOCTORS

GBOU DPO “Novokuznetsk State Institute of Advanced Medical” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Russia

Abstract. We justify the need to improve the graduate training of health professionals through the development and implementation of information management systems. Identified and ranked the main problems identified the dominant factors that influence the learning process, evaluate the level of training and teachers’ attitudes Novokuznetsk Postgraduate Medical Institute, as well as medical students to the use of information technology. Developed and implemented information model and the software and hardware system, describes the main features, benefits and effectiveness of the proposed model.

Актуальность исследования. Наряду со значимостью оснащения здравоохранения современным оборудованием, новыми лекарственными средствами, улучшением условий труда для повышения результативности отрасли не менее важны квалификация медицинских специалистов, их высокий профессиональный уровень, умение адекватно воспринимать инновации и способность внедрять и осваивать новейшие методики и оборудование.

В ряде работ (Г.Э. Улумбекова, 2010; Ю.М. Комаров, 2010) отмечается, что, несмотря на высокую обеспеченность врачами населения (врачей на 1000 населения) в нашей стране, качество и своевременность оказываемых услуг значительно ниже, чем во многих развитых странах, что в определённой степени свидетельствует и о более низкой квалификации врачей. Всё это подтверждает целесообразность совершенствования применения современных форм обучения в процессе последипломной подготовки врачей, что является очень важной задачей, без решения которой немыслимо развитие современной медицинской науки и здравоохранения (В.Е. Вязников, 2006; М.В. Холопов, 2009).

В связи с этим, становится актуальным поиск новых организационных форм и разработка программного комплекса, позволяющего интенсифици-

ровать учебный процесс на всех его уровнях, подняв, тем самым, интенсивность и качество обучения. Целенаправленное использование информационных технологий (ИТ) повышает качество образовательного процесса и сокращает затраты на него. Повышение профессионального уровня врачей с использованием ИТ является актуальной задачей не только образовательного процесса и практического здравоохранения, но медицинской науки.

Цель. Разработка информационного обеспечения организации последипломной подготовки врачей с использованием принципов технологии дистанционного обучения, направленного на повышение качества обучения врачей-курсантов (на примере Новокузнецкого института усовершенствования врачей) и эффективность деятельности медицинских работников.

Научная новизна исследования заключается в том, что получены новые данные, позволившие выявить и ранжировать проблемы, определить доминирующие ведущие факторы, оказывающие влияние на образовательный процесс, оценить уровень подготовки и отношение преподавателей Института, а также врачей-курсантов к применению информационных технологий и необходимости совершенствования организационных форм образовательного процесса.

Научно обоснованы принципы коррекции существующего информационного обеспечения организации образовательного процесса, путем создания единого информационного пространства Института, где ведущей составляющей является система дистанционного обучения, реализующая дифференцированные виды обучения и представляющая собой современное программное обеспечение, которое интенсифицирует учебный процесс, повышает качество образовательных услуг за счёт новых современных форм обучения.

Обоснованы принципы организации внедрения системы дистанционного обучения (ДО) в образовательный процесс Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей.

Практическая значимость заключается в разработке новой информационной модели, в рамках которой взаимодействуют как новая, так и существующие системы информационного обеспечения организации последипломной профессиональной подготовки (ППО). Предложенная система внедрена на нескольких кафедрах. За период внедрения и апробации проведено 5 циклов общего усовершенствования и профессиональной переподготовки (обучено 273 курсанта).

Получен ряд актов внедрения. Результаты исследования используются в деятельности одного из ведущих ЛПУ г. Новокузнецка: «Городская клиническая больница №29». Разработаны методические рекомендации для курсантов дистанционного обучения. Результаты исследования легли в основу предлагаемых способов взаимодействия медицинских сотрудников с информационными системами. Посредством современных информационных технологий были разработаны алгоритмы доступа к базам данным.

Особая роль уделена созданию независимого программно-аппаратного обеспечения, функционирование которого возможно в различных информационных средах (Microsoft Windows, LINUX, MAC OS).

Основные результаты исследования.

Разработано и внедрено программное обеспечение для проведения дистанционных курсов дополнительной и профессиональной подготовки врачей, подготовлены методические рекомендации по работе с системой для преподавателей (информация о том, как формировать курсы, наполнять базу тестовыми и ситуационными задачами, вести диалоговую переписку на форуме, отслеживать успеваемость курсантов по различным дисциплинам) и для курсантов (информация о том, как участвовать в дистанционных курсах, вести диалог с преподавателем, работать с тестовой системой, форумом).

Разработаны информационные модели, алгоритмы, на основе которых создано программное обеспечение, отвечающее требованиям универсальности. Для организации циклов без использования Интернета, а также проведения комбинированных циклов, сочетающих классическую и дистанционную технологии обучения, создана программная оболочка для работы с обучающими материалами, распространяемыми на DVD-дисках. Для проводимых дистанционных циклов изданы методические рекомендации для преподавателей и курсантов. Ведущими составляющими совершенствования системы последипломной профессиональной подготовки медицинских специалистов являются: внедрение принципов дистанционного обучения и адекватное программное обеспечение, представляющее собой единое информационное пространство Института.

Предложенная модель совершенствования последипломного профессионального образования предусматривает: взаимосвязь видов обучения (первичная переподготовка, общее усовершенствование, тематическое усовершенствование), организационно-технологические мероприятия, формы реализации знаний, адекватное информационное обеспечение.

В системе можно выделить несколько компонентов:

1. Ядро системы API (англ. Application programming interface, API) – фиксированный набор функций, обеспечивающий функциональные возможности для работы системы. На API система основывает свою работу – проверяет права доступа, производит запись в БД, отправляет электронные письма и т.д.

2. Модель представления, под которой подразумевается интерфейс взаимодействия с пользователем, набор правил для отображения информации. Он представлен двумя блоками – блок курсанта (конечного пользователя) и блок администратора.

3. Модули/расширения – программные компоненты, расширяющие базовые возможности системы, реализующие дополнительные функциональные возможности (например, форум, модуль опроса, тестовый модуль, экспертная система).

Оценка результатов тестирования знаний курсанта по текущему циклу включает в себя разработку тестовых вопросов по темам цикла и их ранжирование по уровням сложности (база знаний, полученная от экспертов специалистов необходимой предметной области), а также систему оценки ответов с ранжированием ответов на каждый вопрос и оценкой знаний по курсу в целом (правила вывода). В системе предусмотрена возможность удаленного тестирования: система расположена на централизованном сервере, позволяет получить доступ из любого города в любое время.

В экспертной системе пользовательского блока предполагается использование деревьев решений при возникновении у курсанта проблемы (непонятной темы) в изучении цикла: а именно, детализация проблемы на более простые составляющие, выявление «зон риска знаний» и их последовательное устранение. При этом «дерево решений» для проблемы представляет собой *семантическую сеть*, где номеру «проблема – причина» ставится в соответствие номер рекомендации об управляющих воздействиях.

Ядро (базовая система функций) представляет собой надстройку над профессиональной системой управления содержимым ТУРО 3 (сборка 4.0.5). На основе программной модели сформирован ряд собственных расширений, необходимых для функционирования, тестирования и отладки модулей приложения. Расширения определяют функциональность, которую предоставляет программа (модуль, библиотека), позволяя при этом абстрагироваться от того, как именно эта функциональность реализована. Взаимодействие программных компонентов осуществляется посредством API. Соблюдается классовая иерархия — высокоуровневые компоненты используют API низкоуровневых компонентов, а те, в свою очередь, используют API ещё более низкоуровневых компонентов. Такая методика разработки позволяет использовать созданные библиотеки одновременно в нескольких приложениях. Программное кодирование осуществлялось с использованием принципов объектно-ориентированного подхода.

С точки зрения пользователя, взаимодействие с системой осуществляется с помощью пользовательского и административного интерфейсов, при этом нет необходимости в установке какого-либо программного обеспечения, так как взаимодействовать с системой можно посредством любого интернет-браузера, например Internet Explorer, Firefox, Opera, Google Chrome и др. Разработанное программное обеспечение функционирует на сервере Apache, в то же время через данный сервер возможно обращение в СУБД. Таким образом, получаем многозвенную систему, где каждый узел занимается специализированной задачей. При этом, роль системы заключается как в формировании внутреннего содержания, хранения объектов данных, так и в представлении информации пользователю на основе системы прав и шаблонов.

Таким образом, создана система автоматизации дистанционного процесса обучения на базе Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей, отличительными возможностями которой явились:

1. Клиент-серверная архитектура, позволившая систематизировать процесс обучения.

2. Программно-аппаратно независимая среда выполнения, обеспечивающая универсальное взаимодействие с программной оболочкой, независимо от типа операционной системы пользователя.

3. Возможность осуществления полного цикла дистанционной подготовки, с помощью развитых средств телекоммуникации и специализированных модулей и расширений таких, как: форум, автоматизированный приём рефератов, онлайн-тестирование, формирование отчётов и др.

4. Возможность удалённой работы, посредством сети Интернет.

5. Персонализация обучения.

Все вышеперечисленное дало возможность реализовать предложенную модель на практике, осуществить интеграцию новой системы с уже функционирующим программным обеспечением, разработанным в Новокузнецком государственном институте усовершенствования врачей.

Заключение. Внедрение предложенной модели и программно-аппаратного комплекса показали свою эффективность (повышается производительность труда, экономятся материальные и временные ресурсы, ускоряется процесс циклического обновления знаний). Условный экономический эффект составляет 7 770 руб. на один курсанто/месяц. Очный этап обучения сокращается от 50 до 70% учебного времени. Полученный резерв времени используется для выполнения своих персональных научно-практических обязанностей в полном объёме.

Н.Л. Труфанова

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, Россия

Аннотация. В отечественной системе здравоохранения важной составляющей деятельности становится направление по охране и совершенствованию здоровья медицинских работников. В статье представлена оценка эффективности использования технологий профилактики и оздоровления медицинских работников, являющихся пациентами отделения лечебной и профилактической помощи сотрудникам Государственной Новосибирской областной клинической больницы.

N.L. Trufanova,

PERFORMANCE EVALUATION OF ORGANIZATIONAL AND FUNCTIONAL MODEL HEALTH PROFESSIONALS OF MEDICFL STUFF

Hospital FBUN «Novosibirsk Institute of Hygiene» Rospotrebnadzor, Novosibirsk, Russia

Abstract. The important part in the national health system is the area of medical staff protection. This article provides an assessment of the effectiveness of the use of technologies for prevention and rehabilitation of health on the basis of comparative performance of medical staff, who were patients of department preventive care medical staff of the Novosibirsk State Regional Clinical

В последние десятилетия в здоровье населения отмечался ряд негативных тенденций, явившихся результатом реформирования российского здравоохранения. Работающее население лишилось цехового принципа медицинского обеспечения - в особо неблагоприятной обстановке оказались работники с высоким профессиональным риском.

В отечественной системе здравоохранения важной составляющей деятельности становится направление по охране и совершенствованию здоровья медицинских работников.

Нами предложен алгоритм организационной оптимизации медицинского обслуживания медицинских работников, который заключается в сохранении преемственности между периодическими медицинскими осмотрами и динамическим наблюдением. На основе совершенствования этапов оказания специализированной медицинской помощи (периодические медицинские осмотры, динамическое наблюдение за лицами из группы риска, диагностика и лечение профессиональных заболеваний, реабилитация) силами оздоровительного центра, созданного в ЛПУ, что позволит разрабатывать адекватные как индивидуальные, так и коллективные программы профилактики профессиональных заболеваний данной категории работников.

Внедряемая нами организационно-функциональная модель включает три раздела: методическое обеспечение, структуру и функции, алгоритм деятельности.

В рамках первого раздела нами были определены основные методические принципы реализации «модели» первичной профилактики. В рамках II раздела, на основании разработанных принципов нами предложена и внедрена новая функциональная структура обеспечения модели первичной профилактики в системе амбулаторно-поликлинического звена. В рамках III раздела нами разработана новая технологическая схема «модели», состоящая из ряда этапов, представленная в виде нового способа укрепления профессионального здоровья медицинских работников.

Разработанные методические социально-гигиенические профилактические подходы к оценке и укреплению здоровья работающего населения позволили создать организационно-функциональную модель первичной профилактики в виде новой функционально-организационной структуры поэтапного обеспечения «здоровья здоровых». Новая разработанная организационно-функциональная модель первичной профилактики на примере ГНОКБ объединяет:

- оздоровительный центр ГНОКБ, являющийся новой организационной формой системы здравоохранения медицинских работников, основной задачей которого является организационно-методическая работа по разработке и внедрению оздоровительных технологий;

- профилакторий, обеспечивающий восстановление профессионального здоровья не только медицинским работникам с различными заболеваниями, но и практически здоровым медработникам без хронической патологии;

- отделение профилактики ГНОКБ, к прежним задачам которого добавляется оценка общего состояния здоровья и составление индивидуальной профилактической программы;

- лабораторная медицинская служба, представленная отделением функциональной диагностики и иммунологической лабораторией ГНОКБ, обеспечивающая необходимой информацией процесс оздоровления сотрудников;

- вычислительный (информационно-компьютерный) центр, предназначенный для оперативной обработки данных медицинских осмотров и создания банка данных в целях обеспечения преемственности между различными подразделениями медицинской службы;

Актуальными и практически значимыми становятся обоснование и оценка современных программ профилактических и оздоровительных технологий как на амбулаторно - поликлиническом, так и на стационарном этапах.

В процессе исследования были рассчитаны трудовые потери медицинской организации на примере группы врачей-пациентов. Был проведен анализ динамики дней временной нетрудоспособности сотрудников ГНОКБ за период с 2006 по 2010 гг., позволивший структурировать данные следующим образом. Число дней нетрудоспособности составило в 2006г. – 6654дн.; 2007г. – 6001дн.; 2008г. – 6058дн.; 2009г. – 5603дн., в 2010г. – 6953дн. Также была проанализирована динамика числа случаев временной нетрудоспособности сотрудников ГНОКБ в тот же период.

Выявленные при анализе трудовые потери позволяют определить экономический ущерб медицинской организации за 2010 г. Так, при средней стоимости 1 рабочего дня (ФОТ) = 700 рублей (средняя заработная плата по ГНОКБ в месяц составляет 15400 рублей). Экономический ущерб от заболеваний с временной утратой трудоспособности в 2010г. составил: $6963 * 700 = 4,9$ млн. рублей.

Программа профилактики и оздоровления медицинских работников в многопрофильной клинической больнице разрабатывалась на основе следующего алгоритма:

1) организация и проведение мониторинга здоровья медицинских работников специально сформированным отделением лечебной и профилактической помощи сотрудникам многопрофильной клинической больницы;

2) создание системы предварительных и периодических медицинских осмотров с целью раннего выявления и предупреждение развития общих и профессиональных заболеваний; выявления социально-значимых заболеваний, таких как онкологические, сердечно-сосудистые туберкулез и др.;

3) формирование мероприятий по снижению влияния вредных факторов на организм медицинского работника (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других, влияющих на качество жизни и труда, факторов);

4) формирование мероприятий, предупреждающих развитие соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, инвалидизации и смертности от неестественных причин, дорожно-транспортного травматизма ;

5) внедрение менеджмента здорового образа жизни (создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний медицинских работников, гигиеническое воспитание; снижение распространенности курения и потребления табачных изделий, снижение потребления алкоголя, профилактику потребления наркотиков и наркотических средств; привлечение медицинских работников к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления).

Данные проведенной оценки экономического ущерба при временной утрате трудоспособности в многопрофильной клинической больнице могут использоваться при разработке и обосновании программ профилактики и оздоровления медицинских работников. В современном менеджменте медицинской организации должны появиться обоснованные экономические стимулы к улучшению условий труда медицинского персонала, к ответственному снижению уровня внутрибольничных инфекций, производственного травматизма, профессиональных заболеваний, профилактике здоровья врача, медицинских сестер и специалистов немедицинских специальностей.

Таким образом, оптимизированная методология первичной профилактики неинфекционных заболеваний для укрепления профессионального здоровья работающих (на примере медицинских работников) включает:

- концептуальную основу (новую «функционально-мотивационную системную концепцию здоровья работающего человека», отражающую к системе «человек - среда - общество», широкое многообразие факторов, влияющих на здоровье (производственно-гигиенических, природно-климатических, социально-бытовых);

- средства измерения уровня здоровья (новый способ интегральной оценки здоровья человека) и восстановления здоровья медработников (новый способ повышения работоспособности человека);

- стратегию (новую «упреждающую» систему оздоровительных технологий) и тактику (новые организационные формы обеспечения первичной профилактики неинфекционных заболеваний) их использования.

- информационные технологии для обеспечения профилактического процесса путем создания банков данных и прогнозных моделей, позволяющих оценивать и прогнозировать уровни здоровья работающего человека.

Важным этапом внедрения программы профилактики и оздоровления медицинских работников в многопрофильной клинической больнице является проведение оценки эффективности использования технологий профилактики и оздоровления. Приведенные результаты подобной оценки являются исходными данными к совершенствованию процесса оценки эффективности профилактической деятельности.

А.К. Тургамбаева

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

АО «Медицинский университет Астана», Казахстан

Аннотация. Результат применения образовательных технологий в меньшей степени зависит от мастерства преподавателя, он определяется всей совокупностью её компонентов, что связано с повышением эффективности обучения и воспитания и, соответственно направлены на конечный результат образовательного процесса - это подготовка высококвалифицированных специалистов: имеющих фундаментальные и прикладные знания, способных успешно осваивать новые, профессиональные и управленческие области; гибко и динамично реагировать на изменяющиеся социально-экономические условия.

A. Turgambayeva

EDUCATIONAL TECHNOLOGY IS USED IN MEDICAL SCHOOL

JSC "Medical University Astana". Kazakhstan

Abstract. Result of the application of educational technology is less dependent on the skill of the teacher, it is determined by the totality of its components, which is associated with better training and education and, accordingly directed to the final result of the educational process - is to train highly qualified specialists: with fundamental and applied knowledge that can

successfully develop new, professional and managerial; flexibly and dynamically respond to changing socio-economic conditions.

В современных условиях глобализации образовательных рынков и становление общего образовательного пространства, высокое качество образования ассоциируется с целями Болонского процесса: академическая мобильность, признание дипломов, введение кредитных систем, инновационные технологии обучения и управления знаниями.

На сегодняшний день одной из основных целей профессионального образования является подготовка квалифицированного специалиста, способного к эффективной профессиональной работе по специальности и быть конкурентноспособным на рынке труда.

Традиционная подготовка специалистов, ориентированная на формирование знаний, умений и навыков в предметной области, всё больше отстаёт от современных требований. Основой образования должны стать не столько учебные дисциплины, сколько способы мышления и деятельности. Далее следует не только выпустить специалиста, получившего подготовку высокого уровня, но и включить его уже на стадии обучения в разработку новых технологий, адаптировать к условиям конкретной производственной среды, сделать его проводником новых решений, успешно выполняющим функции менеджера.

Изменяющаяся социально-экономическая ситуация в современном Казахстане обусловила необходимость модернизации образования, переосмысление теоретических подходов и накопившейся практики работы учебных заведений. В ВУЗах предусмотрены такие приоритеты образования, как доступность, качество, эффективность.

Реализации этих приоритетных требований способствуют педагогические инновации. Инновации в образовательной деятельности – это использование новых знаний, приёмов, подходов, методов для получения результата в виде образовательных услуг, отличающихся социальной и рыночной востребованностью. Изучение инновационного опыта показывает, что большинство нововведений посвящены разработке методов обучения.

Так, за рубежом, прежде всего в США, интерес к образовательным технологиям возник в середине XX века, когда появились первые программы аудиовизуального обучения, т.е. обучения с помощью технических средств. Термин «образовательные технологии», появившийся в 1960-х гг., означает построение педагогического процесса с гарантированным результатом. Педагогика давно искала пути достижения если не абсолютного, то хотя бы высокого результата в работе с воспитанниками и постоянно совершенствовала свои средства, методы и формы. Длительное время считалось, что достаточно найти какие-то приёмы или методы – и желаемая цель будет достигнута [1,2]. Постепенно со временем накоплено много опыта, средств, методов и форм обучения, но результаты их применения были не всегда однозначны.

С целью повышения качества подготовки специалиста, активизации познавательной деятельности студентов, раскрытия творческого потенциала, организации учебного процесса с высоким уровнем самостоятельности преподаватели АО «Медицинский университет Астана» применяют в работе следующие образовательные технологии: личностно-ориентированное обучение, проблемное обучение, тестовые формы контроля знаний, блочно-модульное обучение, метод проектов, кейс-метод, кредитно-модульная система оценки, обучение в сотрудничестве, разноуровневое обучение, проведение бинарного урока, дистанционное обучение.

На сегодняшний день, изменились функции преподавателя и обучающегося - преподаватель становится консультантом-координатором (не выполняет информирующе-контролирующую функцию), а обучающемуся предоставляется большая самостоятельность в выборе путей усвоения учебного материала.

Таким образом, образовательные технологии дают широкие возможности дифференциации и индивидуализации учебной деятельности. Результат применения образовательных технологий в меньшей степени зависит от мастерства преподавателя, он определяется всей совокупностью её компонентов, что связано с повышением эффективности обучения и воспитания и, соответственно направлены на конечный результат образовательного процесса - это подготовка высококвалифицированных специалистов: имеющих фундаментальные и прикладные знания, способных успешно осваивать новые, профессиональные и управленческие области; гибко и динамично реагировать на изменяющиеся социально-экономические условия.

Список использованных источников

1 В.В. Гузев // Планирование результатов образования и образовательная технология. - М.: Народное образование, 2000.-240с.

2 Г.Н. Жуков, П.Г. Матросов, С.Л. Каплан //Основы общей профессиональной педагогики: Учебное пособие. /Под общей ред. проф. Г.П. Скамницкой. - М.: Гардарики, 2005. - 382 с.

О.В. Филатова, Е.А. Финченко

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КЛАСТЕРА В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
России*

*Новосибирский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии, Россия*

Аннотация. Российская Федерация располагает огромным потенциалом природных лечебных ресурсов, расположенных на большой террито-

рии лечебно-оздоровительных местностей и курортов. Ориентация на новые подходы к управлению региональной системой санаторно-курортной помощи требует использования методов системного анализа для структурирования информационного обеспечения и конечных результатов деятельности санаторно-курортных учреждений.

O.V. Filatova, E.A. Finchenko

INFORMATION SUPPORT OF THE ORGANIZATION SANATORIUM CLUSTER IN NOVOSIBIRSK REGION

Novosibirsk State Medical University, Russia

Novosibirsk research institute of traumatology and orthopaedics, Russia

Abstract. Our country has a great potential of natural medicinal resources, located in a large area therapeutic places and resorts. An orientation of new approaches to the management of the regional system of sanatorium care requires the use systems analysis to structure the information supply and outcome of the sanatorium and resort institutions.

Российская Федерация располагает огромным потенциалом природных лечебных ресурсов, расположенных на большой территории лечебно-оздоровительных местностей и курортов, и их дальнейшее эффективное использование и развитие может рассматриваться как дополнительное инвестирование в здоровье человека.

По мнению ряда специалистов, в частности Е. А. Алехиной, Н. Г. Истошина, В. И. Стародубова и др. [1], правильно считать использование санаторно-курортного комплекса частью российского здравоохранения, поскольку, по их мнению, высокая медицинская и социальная эффективность санаторно-курортного лечения дает хороший профилактический эффект, а накопленный опыт отечественной санаторно-курортной практики во многом превосходит зарубежный. Об этом говорят основные каноны бальнеологии, бальнеотехники, организации курортного дела, основные механизмы действия и способы применения с лечебной целью природных факторов, разработанные отечественными учеными-медиками.

Еще одним аргументом в пользу данного подхода являются понятия «санаторно-курортная помощь», или «санаторно-курортное лечение», которые заключаются в направлении пациента на курорт по необходимости при реализации государственных или ведомственных социальных медицинских программ на бесплатной или льготной основе для реабилитации после перенесенного заболевания, которые характеризуются как виды лечебно-профилактической помощи, оказываемой в специализированных стационарных организациях, основанных на применении, главным образом, природных лечебных факторов.

Ориентация на новые подходы к управлению региональной системой санаторно-курортной помощи требует использования методов системного

анализа для структурирования информационного обеспечения и конечных результатов деятельности санаторно-курортных учреждений.

Решение данного вопроса имеет немаловажное значение для действующего санаторно-курортного комплекса и влечет за собой на практике реализацию совершенно разных, часто противоречащих друг другу, требований к структуре, качественным характеристикам, формам управления производством и реализацией санаторно-курортного продукта.

Среди актуальных проблем развития санаторно-курортных комплексов выделено отсутствие представления у государственных органов и региональных властей как у потребителей услуг по санаторно-курортному лечению реального представления о количественном и качественном составе санаторно-курортных организаций в регионах Российской Федерации (Алехина Е.Ю., 2007; Разумов А.Н., 2009) [2].

С целью систематизации лечебно-оздоровительных местностей и курортов, природных лечебных ресурсов и всех санаторно-курортных организаций, расположенных на территории России и субъектов федерации с 2009 года Минздравсоцразвития введен в эксплуатацию программно-информационный комплекс «Государственный реестр курортного фонда Российской Федерации» [3].

Однако, несмотря на наличие детализированной базы данных (доступ к ней имеют только зарегистрированные пользователи, а именно, руководители санаторно-курортных организаций и государственные органы управления. Практические врачи при направлении пациентов на санаторно-курортное лечение не владеют информацией о наличии мест в санаториях региона, расположенности, направлениям лечения, природных лечебных факторах, которыми располагает та или иная санаторно-курортная организация (Ветитнев А.М., 2007) [4].

Для решения этой проблемы необходимо создание единой системы информационного обеспечения функционирования и развития санаторно-курортного комплекса региона. Система информационного обеспечения санаторно-курортного комплекса создается в целях формирования единого информационного пространства, обеспечения актуальной информацией органов государственной власти субъекта Российской Федерации на примере Новосибирской области, органов местного самоуправления, врачей медицинских организаций, населения о рекреационных и санаторно-курортных возможностях региона, состоянии природных лечебных ресурсов, об условиях их использования, а также о субъектах санаторно-курортного комплекса.

Предлагаемая система информационного обеспечения формирования регионального санаторно-курортного кластера позволит определить стандарты, предоставляющие услуги в соответствии с действующими стандартами оказания санаторно-курортной помощи, и создать модель системы информирования врачей и пациентов об объектно-ориентированных видах и методах санаторно-курортного лечения в Новосибирской области.

Список литературы.

1. Алехина, Е. Ю. Проблема популяризации санаторно-курортного лечения в России / Е. Ю. Алехина // Курортные ведомости. – 2007. – № 6. – С. 7.
2. Санаторно-курортное и восстановительное лечение: сборник нормативно-методических материалов / сост. А. Н. Разумов, Л. В. Иванова. – М.: МЦФЭР, 2004.
3. Приказ МЗ и СР РФ от 6 августа 2007 года N 522 «О ведении государственного реестра курортного фонда Российской Федерации»
4. Ветитнев, А. М. Курортное дело / А. М. Ветитнев. – М.: КНОРУС, 2007. – С. 19.

Г.Н. Царик, А.С Сергеев, В.К. Цой, В.М. Ивойлов ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Администрация Кемеровской области, Кемеровская
государственная медицинская академия, Россия*

Аннотация. «Концепция развития здравоохранения Кемеровской области на период до 2020 года» определяет основные направления государственной политики Российской Федерации по улучшению здоровья и повышению качества жизни граждан, представляет системный подход регионального решения проблем отрасли.

Реализация Концепции в полном объеме предусматривает создание комплексной системы здравоохранения, скоординированной с планами социально-экономического развития области на период до 2020 года, что позволит улучшить здоровье и качество жизни населения.

Планируется обеспечить медицинскую помощь, оказываемую в условиях амбулаторных учреждений, стационаров, дневных стационаров, стационаров на дому, должного качества и в рекомендуемых объемах.

G.N. Tsarik, A.S. Sergeev, V.K. Tsoy, V.M. Ivoylov PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF REGIONAL HEALTH CARE

*Administration of the Kemerovo region, Kemerovo state medical
academy, Russia.*

Abstract. The concept of development of health care of the Kemerovo region for the period till 2020 determines the main directions of a state policy of the Russian Federation by improvement of health and improvement of quality

of life of citizens, represents a system approach of the regional solution of problems of branch.

Implementation of the Concept in full provides creation of the complex health system coordinated with plans of a social and economic development of the region for the period till 2020 that will allow improving health and quality of life of the population.

It is planned to provide the medical care rendered in the conditions of outpatient establishments, hospitals, day hospitals, hospitals at home due quality and in recommended volumes.

Разработанная в целях реализации основных направлений государственной политики Российской Федерации по улучшению здоровья и повышению качества жизни граждан «Концепция развития здравоохранения Кемеровской области на период до 2020 года» представляет системный подход регионального решения проблем отрасли.

Реализация концепции началась с проведения структурно-технологической модернизации регионального здравоохранения для обеспечения доступности и повышения качества медицинской помощи.

Укрепление вертикали управления здравоохранением, посредством совершенствования действующих и создания новых региональных правовых и экономических условий, обеспечило повышение эффективности деятельности системы здравоохранения на основе интеграции и максимального использования ресурсов.

Создание межтерриториальных медицинских объединений (ММО) оптимизировало оказание медицинской помощи и способствовало преодолению диспропорций в ее доступности по видам и объемам в муниципальных образованиях.

Внедрение текущего и стратегического планирования, стандартизации медицинской помощи, обеспечение единства действий в проведении эффективной инвестиционной и инновационной политики предопределили решение приоритетных проблем муниципального здравоохранения.

В лечебных учреждениях ММО появились условия для внедрения новых медицинских и медико-организационных технологий, включая телемедицину.

Успешно формируется единое информационное пространство для оперативного управления системой муниципального здравоохранения в структуре ММО и мониторинга показателей эффективности его деятельности.

Развитие профилактики, формирование здорового образа жизни; расширение восстановительного лечения и реабилитационной функции поликлиник; ранняя диагностика, своевременное лечение заболеваний; организация консультативно-диагностических отделений, оснащение их необходимым диагностическим медицинским оборудованием; проведение вы-

ездной работы; развитие института общей (семейной) практики; поддержание оптимальной численности медицинских кадров на основе целевой подготовки и повышения квалификации; введение дополнительных мер социальной поддержки и усиление роли среднего медицинского звена в лечебной и профилактической деятельности способствуют совершенствованию первичной медико-санитарной помощи.

Важная роль отводится укреплению материально-технической базы и оснащению скорой медицинской помощи аппаратурой спутниковой навигации; развитию и совершенствованию организации работы скорой специализированной помощи; доукомплектованию и поддержанию оптимальной численности медицинских кадров СМП; разработке и внедрению оптимальных маршрутов доставки больных в стационар; перераспределению сфер профессиональной деятельности между врачебным и средним медицинским персоналом.

Проводится структурная реорганизация и оптимизация работы межтерриториальных специализированных центров и отделений; унифицируются критерии результативности и оценки эффективности их деятельности.

Развивается система оказания помощи женщинам и детям, интегрируются усилия по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи, развитию служб планирования семьи и безопасного материнства, взаимодействию родовспомогательных учреждений с общей лечебной сетью.

Осуществляется комплекс мер по укреплению и дальнейшему развитию служб по борьбе с туберкулезом, психическими, наркологическими заболеваниями, болезнями, передаваемыми половым путем, и другими социально-значимыми заболеваниями.

Принимаются действенные меры по снижению смертности населения в трудоспособном возрасте от управляемых причин: отравлений, несчастных случаев и травм, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Разрабатываются и внедряются мероприятия, направленные на повышение эффективности медицинской помощи работающим, снижение трудовых потерь по производственно-обусловленным заболеваниям.

В целях повышения доступности медицинской помощи создаются условия для развития частного сектора здравоохранения и частногосударственного партнерства. Повышение эффективности государственных инвестиций в здравоохранение обеспечивается использованием механизмов государственно-частного партнерства, административной и налоговой поддержки.

Расширяется телемедицинская сеть для проведения дистанционной консультативно-диагностической и лечебной деятельности.

Сформирована система непрерывного повышения качества медицинской помощи. Управление этой системой обеспечивается на всех уровнях.

С целью повышения эффективности управления отраслью в Кемеровской области создан межведомственный корпоративный общественный орган – Медицинский Совет Кемеровской области (МСКО).

Разработан и внедрен механизм оплаты медицинской помощи в системе ОМС, способствующий оптимизации затрат.

Мониторинг общественного здоровья и эффективности организации медицинской помощи, в рамках реформирования и реализации концепции развития регионального здравоохранения, показывает, что уровни младенческой и материнской смертности за последние десять лет снизились в 2,2 и 4,5 раза; социально-значимых заболеваний: венерических – на 8,1%, психических и наркологических расстройств – 6,4% и 15,7% соответственно.

Частота первичной инвалидности в трудоспособном возрасте в 2011 году составила 56,1 на 10 000 населения соответствующего возраста, что на 14,6% ниже уровня 2010 года.

Потребность населения в медицинской помощи обеспечивается широкой сетью лечебно-профилактических учреждений государственного, муниципального, ведомственного и частного сектора.

На начало 2012 г. мощность амбулаторно-поликлинических учреждений составляла 243,6 врачебных посещения; обеспеченность больничными койками – 91,3; численность врачей – 45,0, средних медицинских работников – 96,3 на 10 тысяч населения.

Консолидированные вложения в здравоохранение области в 2011 году исчислялись 29,3 млрд. рублей, что на 22,6 процентов больше, чем в 2010 году. Стоимость территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи выражалась 20,4 млрд. рублей – на 13,6 процентов больше, чем в 2010 году.

Общие расходы здравоохранения в расчете на жителя соответствовали 9108,5 рублей; по территориальной программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи – 6007 рублей.

В рамках реализации «Концепции развития здравоохранения Кемеровской области на период до 2020 года» в 2011-2012 г.г. на базе двух многопрофильных больниц проведена апробация парагоспитальной службы.

В состав парагоспитальной службы входят подразделение экстренной медицинской помощи, патронажная служба, служба восстановительного лечения.

Подразделение экстренной помощи включает:

- отделение коррекции неотложных состояний, обеспечивающее комплекс мероприятий, направленных на восстановление и поддержание нарушенных функций жизненно важных органов, возникших вследствие заболеваний, травм и других причин, постановку диагноза, определение дальнейшего маршрута пациента: перевод в профильный стационар (отделение) интенсивного лечения, стационар на дому, хоспис, на амбулаторное лечение;
- службу доставки (бригада скорой медицинской помощи), обеспечивающую в пределах транспортной доступности максимально быструю доставку пациента в отделение коррекции неотложных состояний;

- службу маршрутизации, определяющую организацию индивидуальных маршрутов пациентов, выписанных из стационара интенсивного лечения, из отделения коррекции неотложных состояний, по этапам необходимой медицинской, оздоровительной, медико-социальной помощи.

Патронажная служба создается для временного оказания медицинской помощи на дому больным с острыми или хроническими заболеваниями в стадии обострения средней степени тяжести на этапе постгоспитального лечения, после пребывания в отделении коррекции неотложных состояний и больным, направленным на лечение врачом поликлиники, без предварительного стационарного лечения.

Служба восстановительного лечения и реабилитации обеспечивает восстановление функциональных резервов человека, повышение уровня его здоровья и качества жизни, сниженных в результате болезни или неблагоприятного воздействия факторов среды и жизнедеятельности посредством применения преимущественно немедикаментозных методов. Данный вид лечения используется как на амбулаторном, так и стационарном этапах.

Реализация проекта способствовала уменьшению нагрузки участковой службы. Вызовы СМП к хроническим больным стали единичными и сократились на 18,9%-32,0%. На 14,5-15,0% уменьшилась смертность на дому лиц в возрасте до 65 лет. Госпитализация в стационар с круглосуточным пребыванием сократилась на 8,0-8,6%. Рост количества больных, пролеченных в домашних условиях составил 21,2-24,0% при средней продолжительности лечения 9,0-9,3 дня.

Экономический эффект в результате ранней выписки из стационара равен 141599,6 руб.-437440 руб. Сокращение пребывания больных в стационаре на 3-4 дня увеличивает полученный эффект до 1,3-1,7 млн. руб. в год.

Удовлетворенность пациентов технологиями парагоспитальной службы составляет 97,3-98,5%.

Реализация Концепции в полном объеме предусматривает создание комплексной системы здравоохранения, скоординированной с планами социально-экономического развития области на период до 2020 года, что позволит улучшить здоровье и качество жизни населения.

Предполагается снижение:

- смертности от болезней системы кровообращения не менее, чем на 13,6%; от несчастных случаев, отравлений и травм – на 12,3%; общей смертности – на 14,7%;

- уровней заболеваемости социально-значимыми болезнями в 1,9 – 2,8 раза, в том числе онкологическими – в 1,4 раза;

- уровня профессиональной заболеваемости – в 6 раз.

Планируется обеспечить медицинскую помощь, оказываемую в условиях амбулаторных учреждений, стационаров, дневных стационаров, стационаров на дому, должного качества и в рекомендуемых объемах.

И.А. Цыцорина, Т.А. Мыльникова, Л.С. Шалыгина,
Е.А. Финченко

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТИЗМА, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
России*

*Новосибирский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии, Россия*

Аннотация. В статье рассматривается динамика основных показателей травматизма и болезней костно-мышечной системы у детского населения Новосибирской области (НСО). В работе использованы данные официальной статистической отчетности 2007-2011 гг.

С 2007 по 2011 гг. уровень детского травматизма увеличился на 15,2% на фоне неуклонного снижения численности детского населения НСО. Уровень заболеваемости болезнями костно-мышечной системы имеет тенденцию к снижению. За исследуемый период частота распространения этой патологии снизилась на 18,6%.

I.A. Tsytzorina, T.A. Mylnikova, L.S. Shalygina, E.F. Finchenko EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF TRAUMATISM, MUSCULOSKELETAL DEFORMITIES IN CHILDREN OF THE NOVOSIBIRSK REGION

Novosibirsk state medical university, Russia

Novosibirsk research institute of traumatology and orthopaedics, Russia

Abstract. The article deals with the basic indexes of traumatism and musculoskeletal deformities in children of the Novosibirsk region (NR). Official statistic data for 2007-2011 are used.

Since 2007 to 2011 the level of children traumatism has increased by 15,2% on the background of permanent decreasing of children population in NR. The morbidity level of musculoskeletal deformities trends to reduction. For the investigated period frequency of prevalence of this pathology has reduced by 18,6%.

Введение. Травматизм и болезни опорно-двигательного аппарата занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и инвалидности детского населения. Число детей с заболеваниями костно-мышечной системы, обусловленными врожденными пороками развития и наследственно-системными болезнями ежегодно увеличивается. Динамика травматизма

также характеризуется ростом. Актуальность проблемы определяется еще и тем, что характер травм у детей имеет тенденцию к утяжелению, растет количество тяжелых повреждений [1, 9]. В связи с чем, травматизм и болезни костно-мышечной системы остаются важнейшей социально-гигиенической проблемой, обусловленной высоким уровнем распространенности, инвалидности и смертности [2, 4, 10].

Таким образом, проблема организации медицинской помощи больным с травмами и повреждениями опорно-двигательной системы с каждым годом приобретает все большее значение и требует дальнейшего развития и совершенствования [3, 5].

Цель исследования - провести комплексную оценку основных показателей травматизма и болезней костно-мышечной системы у детского населения НСО.

Материалы и методы исследования. Анализ демографических показателей проведен на основании данных официальной статистики Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по НСО за 2007-2011 гг. Сравнительный анализ динамики изучаемых показателей за пять лет проведен на основании статистических материалов «Основные показатели здравоохранения НСО. Педиатрия» за 2007-2011 гг., формы № 57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин», утвержденной постановлением Госкомстата РФ от 29.06.1999 № 49 за 2007-2011 гг. [6, 7, 8].

Результаты исследований и их обсуждение. В процессе анализа демографических показателей установлено, что численность населения НСО на 01.01.2012 составила 2 665 911 человек, из них детей (от 0 до 17 лет включительно) - 461 865 человек, или 17,3% от всего населения. С 2007 г. по 2011 г. количество детей и подростков (461 865 против 481 056) сократилось на 4,0%. Удельный вес детского населения в общей численности населения также непрерывно снижался с 18,2% в 2007 г. до 17,3% в 2011 г.

В 2011 г. в структуре зарегистрированной заболеваемости у детей травмы и другие несчастные случаи составили 4,5%, занимая четвертое место после болезней органов дыхания, инфекционных болезней и болезней глаз; у подростков - 8,7% занимая третье место после болезней органов дыхания и инфекционных болезней. В то же время в структуре первичных обращений в связи с заболеваниями этот класс болезней у детей занимает третье место, составляя 5,4% после болезней органов дыхания и инфекционных болезней; у подростков - второе место, составляя 13,4% после болезней органов дыхания.

Динамика травматизма и других несчастных случаев среди детского населения НСО за 2007-2011 гг. представлена в таблице 1.

Показатель травматизма у детей от 0 до 17 лет включительно в 2011 г. составил 118,7 на 1000 соответствующего населения. В динамике за период с 2007 г. по 2011 г. распространенность травм среди детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно увеличилась на 15,2%, в том числе, у детей от 0 до 14 лет - на 13,6%; у подростков - на 27,2%.

Показатель первичной заболеваемости составил 118,5 на 1000 соответствующего населения. За исследуемый период уровень первичной заболеваемости увеличился на 15,4%, в том числе, у детей в возрасте от 0 до 14 лет - на 13,5%, у подростков - на 27,7%.

Таблица 1

**Показатели травматизма и других несчастных случаев среди детского населения Новосибирской области за 2007 - 2011 гг.
(на 1000 детского населения)**

Показатели Возраст	общая заболеваемость (на 1000 населения)					первичная заболеваемость (на 1000 населения)				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Дети от 0 до 17 лет	100.7	103.8	105.8	99.1	118.7	100.3	103.4	105.5	98.9	118.5
Дети от 0 до 14 лет	92.5	93.5	96.7	91.5	107.0	92.3	93.2	96.5	91.3	106.8
Подростки от 15 до 17 лет	128.4	142.3	145.4	136.9	176.4	127.1	141.5	144.5	136.5	175.9

Удельный вес первичной заболеваемости у детей и подростков на протяжении последних лет стабильно составляет 99,7% на фоне ее непрерывного роста.

В структуре травматизма у детей и подростков в 2011 г. преобладали уличные травмы, составившие 44,5%, второе место занимали бытовые травмы – 43,7%, третье - школьные - 5,9%. Однако в период с 2007 г. по 2010 г. на первом месте находились повреждения, полученные в быту - 45,6%, на втором - уличные – 43,5%, третьем месте стабильно занимают школьные - 4,8%. В целом можно отметить, что на протяжении последних лет структура травматизма характеризуется относительным постоянством.

В динамике за пять лет прослеживается отчетливая тенденция роста уличного травматизма - на 12,3%, в том числе у мальчиков - на 7,7%, бытового - на 9,0%, в том числе у мальчиков - на 6,5%, школьного – на 23,7%, в том числе у мальчиков - на 21,3%.

При сравнении структуры различных по виду травм, полученных детьми разного пола, установлено, что по всем видам травм среди пострадавших преобладали мальчики (60%). Доля повреждений опорно-двигательного аппарата у мальчиков, полученных на улице, составила 60,6%, в условиях быта - 58,5%, на спортивных состязаниях - 70,6%, значительно превышала таковую у девушек (39,4%, 41,5% и 29,4% соответственно). Такое соотношение прослеживается на протяжении последних лет.

Распределение повреждений по их характеру показало значительное преобладание поверхностных травм и ушибов – 35,7%, 15,6% составили вывихи и растяжения, 15,3% – переломы костей верхней конечности. От-

крытые травмы стабильно занимают четвертое место – 14,8%, с определенным постоянством регистрируются переломы костей нижней конечности – 6,9%, переломы позвоночника – 2,6%. В структуре первичной обра- щаемости представителей разного пола установлено, что по всем видам по- вреждений преобладали мальчики. В динамике за пять лет структура травм по характеру повреждений характеризуется относительным постоянством.

В 2011 г. в структуре зарегистрированной заболеваемости у детского населения НСО болезни костно-мышечной системы составили 2,4%, зани- мая десятое место; у подростков - 5,6%, занимая пятое место.

Динамика распространенности болезней костно-мышечной системы среди детского населения НСО за 2007 - 2011 гг. представлена в таблице 2.

Таблица 2

**Показатели заболеваемости болезнями костно-мышечной систе-
мы среди детского населения Новосибирской области за 2007-2011 г.г.
(на 1000 детского населения)**

Показатели \ Возраст	общая заболеваемость (на 1000 населения)					первичная заболеваемость (на 1000 населения)				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Дети от 0 до 17 лет	80.5	74.9	71.1	63.2	65.5	30.9	28.1	30.8	25.7	27.1
Дети от 0 до 14 лет	68.8	64.2	60.4	53.2	55.6	28.3	25.4	27.6	22.8	24.1
Подростки от 15 до 17 лет	120.1	114.9	117.1	112.3	114.6	40.0	38.3	44.6	39.7	42.2

В 2011 г. показатель общей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы у детей от 0 до 17 лет включительно составил 65,5 на 1000 соответствующего населения. За последние 5 лет частота распростра- ненности этой патологии у детей снизилась на 18,6%, в том числе, у детей от 0 до 14 лет - на 19,2%, у подростков - на 4,6%. В структуре общей за- болеваемости болезнями костно-мышечной системы доля деформирующих дорсопатий составила 47,9%, артропатий – 18,8%, остеопатий и хондропа- тий – 3,4%. На все эти нозологические формы приходится 70,1% случаев заболеваний данного класса. В динамике с 2009 г. отмечается рост уровня деформирующих дорсопатий - на 12,4%; артропатий - на 10,6%; стабилиза- ция показателей по остальным нозологиям.

Более чем в 40,0% случаев патология костно-мышечной системы у детского населения диагностируется впервые в отчетном году. Так, в 2011 г. у детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно показатель первичной за- болеваемости составил 27,1 на 1000 соответствующего населения. В дина- мике за 2007-2011 г.г. уровень впервые зарегистрированной заболеваемо- сти этого класса снизился на 12,3%, у детей от 0 до 14 лет - на 14,8%, а у подростков отмечается рост первичной заболеваемости на 5,2%. В структу-

ре впервые выявленной патологии деформирующие дорсопатии составили 42,0%, артропатии – 22,1%, остеопатии и хондропатии – 3,3%. На все эти нозологические формы приходится 67,4% случаев впервые зарегистрированных заболеваний данного класса у детей от 0 до 17 лет включительно.

Несмотря на то, что уровень заболеваемости болезнями костно-мышечной системы снижается, по отдельным нозологиям отмечается рост регистрации заболеваемости. Так, с 2009 г. число больных с артропатиями увеличилось на 35,0%, с деформирующими дорсопатиями на 16,7%, с остеопатиями и хондропатиями на 11,1%.

Удельный вес регистрируемой первичной заболеваемости у детского населения за исследуемый период в среднем составляет 59,7% на фоне ее незначительного снижения.

Таким образом, проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы.

Выводы.

1. На фоне снижения численности детского населения НСО сохраняется тенденция роста детского травматизма, более быстрыми темпами растет подростковый травматизм. Структура травматизма у детей и подростков по характеру повреждений, полу и возрасту характеризуется постоянством.

2. Анализ динамики показателей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы детского населения НСО выявил снижение первичной и общей заболеваемости, однако по отдельным нозологиям (деформирующие дорсопатии, артропатии) отмечается рост регистрации заболеваемости, а у подростков отмечается рост первичной заболеваемости.

3. Выявленные закономерности и тенденции травматизма и болезней костно-мышечной системы у детского населения НСО требуют дальнейшего совершенствования первичной травматолого-ортопедической службы НСО.

Список литературы.

1. Агаджанян В.В. Политравма: перспективы исследования проблемы / В.В.Агаджанян // Политравма. 2007. - № 3. - С. 5 – 7.

2. Вялков А.И. Современные проблемы состояния здоровья населения Российской Федерации / А.И. Вялков // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. - № 1. – С. 10-12.

3. Малахов О.А. Пути развития и совершенствования детской травматолого-ортопедической помощи в Российской Федерации / О.А. Малахов, Ю.И. Поздникин, К.С. Соловьева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2004. - № 4. - С. 3 – 10.

4. Миронов С.П. Состояние и перспективы развития научных исследований в области травматологии и ортопедии / С.П. Миронов // Рос. мед. вестн. – 2002. - № 1. – С. 55-58.

5. Миронов С.П. Состояние ортопедо-травматологической службы в Российской Федерации и перспективы внедрения инновационных технологий в травматологии и ортопедии / С.П. Миронов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2010. - № 4. - С. 10 - 12.

6. Материалы Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Новосибирской области «Численность населения по полу и возрасту по состоянию на 01 января 2007 – 2012 гг.

7. Основные показатели здравоохранения Новосибирской области. Статистические материалы. Педиатрия. - 2007-2011. Новосибирск 2008 – 2012 г.

8. Форма № 57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин», утвержденная постановлением Госкомстата РФ от 29.06.1999 № 49.

9. Шамсудинова Д.З. Проблемы организации специализированной ортопедо-травматологической помощи детям в регионе и возможные пути их решения / Д.З. Шамсудинова, Д.В. Пивень, Л.В. Селиверстова // Сибирский медицинский журнал. 2009. - № 7. - С. 160 - 162;)

10. Юрьев В.К. Роль травматизма в структуре смертности населения сельского района / В.К. Юрьев, Т.А. Волкова // Современные проблемы социальной педиатрии и организации здравоохранения: Сб. научн. трудов / Под ред. проф. В.И. Орла. СПб., 2006. - С. 179-181)

Т.И. Чебакова, И.В. Кришталь, И.Н. Чебаков

ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ В ДИНАМИКЕ ЗА 45 ЛЕТ

МБУЗ г. Новосибирска «Детская городская стоматологическая поликлиника», Россия

Аннотация. С переходом на рыночные отношения детская стоматология, которая полностью зависела от государственного обеспечения, оказалась в сложных условиях. В особо сложном положении оказалась школьная стоматология, вопросы которой, по ситуации, стали решаться на территориальном уровне. В статье показана эффективность лечебно-профилактической работы в организованных детских коллективах города Новосибирска в динамике за 45 лет.

T.I. Tchebakova, I.V. Krishtal, I.N. Tchebakov

PEDIATRIC DENTISTRY SERVICES, PROVIDED FOR CHILDREN IN ORGANIZED INSTITUTIONS OF THE CITY OF NOVOSIBIRSK (A DYNAMIC APPROACH, BASED ON THE DATA OF THE 45 YEARS PERIOD)

“ City Children’s Dental Clinic”, Municipal Clinic, Novosibirsk, Russia.

Abstract. After Russia’s transition to the market economy the children’s dentistry, which previously had been entirely financed by the State budget,

faced significant challenges of a difficult situation. The system of a dental care provided for children at secondary schools was influenced significantly with the changes that took place, since the regional budget became the only source of it's financing. The article covers the aspects of the efficiency of dental treatment and preventive methods implemented by pediatric dentists in organized children's facilities in Novosibirsk throughout the period of 45 years.

В настоящее время возрастает роль медицины профилактической, уделяя особое внимание первичному звену в здравоохранении. В детской стоматологии этим первичным звеном является школьный стоматологический кабинет.

Развитие школьной стоматологии зависело от динамики обеспеченности населения детскими стоматологами.

С 1964г. по 2010г. количество стационарных стоматологических кабинетов увеличилось в 33 раза при повышении обеспеченности детскими стоматологами за этот же период в 5,3 раза.

В истории развития школьной стоматологической службы можно выделить 5 этапов.

На начальных этапах развития школьной стоматологии города дети получали стоматологическую помощь по обращаемости. Школьная стоматология до 2000 года находилась в постоянном активном развитии по организации стоматологических кабинетов в школах. С 1990 года учащимся проводилось стоматологическое лечение в рамках плановой санации с формированием групп для диспансеризации. С 2003 года в школьную стоматологию внедряются специалисты стоматологические среднего звена – гигиенисты стоматологические, а с 2005 года формируются школьные стоматологические участки, включающие в себя несколько школ.

В ходе развития школьной стоматологической службы города Новосибирск за 45 лет охват плановой санации увеличился в 22,4 раза.

При работе стоматологического кабинета в школе ведутся учетно-отчетные формы (санационная карта школьника, рассчитанная на все годы обучения, паспорт класса, паспорт школы), которые позволяют провести анализ динамики стоматологического статуса школьников, изучить стоматологическую заболеваемость детей и проанализировать эффективность лечебно-профилактической работы (таблицы 1,2).

Для понимания важности вопроса индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний при диспансеризации школьников, было проанализировано изменение стоматологического статуса учащихся школы № 50 города Новосибирска в динамике за 5 лет в двух группах:

- 1 группа – дети, в количестве 25 человек, получающие мероприятия по индивидуальной программе профилактики стоматологических заболеваний в рамках диспансеризации школьников;

- 2 группа – дети, в количестве 25 человек, которые отказались от лечебно-профилактических мероприятий в школьном стоматологическом кабинете (таблица 3).

Таблица 1

**Сводный паспорт лечебно-профилактической работы школьникам
города Новосибирска в динамике за 45 лет**

	Годы									
	1964		1980		1990		2000		2010	
		%		%		%		%		%
Распространенность кариеса	2610	98	14803	96	18383	93	6467	91,4	578	83,8
Кол-во учащихся в школах, имеющих стационарные стоматологические кабинеты	3600		19520		30600		77400		80499	
Осмотрено	2664	74	15420	85,5	19767	64	68808	88,9	66814	83
Отказ от лечения	166	6,9	2621	17	2839	14	6788	9,9	349	5,2
Нуждалось в санации	2411	90,5	13199	78	13798	69,9	4162	60,5	28663	42,8
Санировано от нуждающихся	1928	80	10578	80,1	11107	80,5	34842	83,7	25166	87,8
Ранее санированные	216	9	1696	11	4546	23	2305	33,5	27327	40,9
Дети с интактными зубами	101	3,8	524	3,4	1344	6,8	4128	6	10824	16,2
Интенсивность поражения кариесом	4,2		3,64		2,73		2,33		2,44	
Осложнения кариеса		25		16,4		9,4		5,3		4,34
Кол-во удаленных постоянных зубов на 1000 учащихся	58		21,0		13,8		7,4		2,43	

Таблица 2

Изменение структуры компонентов КПУ в динамике

№		Годы									
		1964		1980		1990		2000		2010	
1	КПУ	4,2±0,11		3,64±0,02		2,73±0,01		2,33±0,01		2,44±0,01	
2	Компонент К	2,9	70%	1,36	37,6%	0,7	25,6%	0,6	25,8%	0,74	30,3%
3	Компонент П	1,17	27%	2,2	60%	2,0	73,3%	1,7	73%	1,68	68,8%
4	Компонент У	0,13	3%	0,08	2,4%	0,03	1,1%	0,03	1,2%	0,02	0,9%

Результаты профилактических мероприятий в рамках диспансеризации школьников в динамике за 5 лет

Изучаемые параметры	I группа	II группа	% изменений
Всего обследовано	25	25	
КПУ 1999 год	2,1±0,22 К - 0,4 (19%) П - 1,7 (81%) У - 0	2,85 ±0,18 К - 2,5 (87,75%) П - 0,3 (10,5%) У - 0,05 (1,75%)	26,3%
КПУ 2004 год	3,2 ±0,31 К -0,6 (18,75%) П-2,6(81,25 %) У - 0	8,45±0,20 К - 6,1 (72,2%) П - 2,15 (25,4%) У - 0,02 (2,4%)	62,1%
Прирост кариеса	1,1 ±0,19	5,6±0,28	4,5 раза при p<0,01
% осложнений кариеса постоянных зубов	0	8,28%	8,28%
% зубов, подлежащих удалению	0	1,18%	1,18%
Редукция прироста кариеса зубов	60%		

Анализ эффективности проведения профилактических мероприятий с определенной кратностью в рамках диспансеризации школьников, с включением в работу гигиенистов стоматологических, показал возможную редукцию кариеса постоянных зубов у 12 –летних школьников до 60%.

В городе Новосибирске уровень оказания стоматологической помощи детям в т.ч школьникам не одинаков. Стоматологическая помощь оказывается по обращаемости, в рамках плановой санации и диспансеризация с участием гигиенистов стоматологических.

Для изучения уровня заболеваемости в зависимости от методов организации стоматологической помощи в школах, была проанализирована динамика интенсивности поражения зубов в 7 и 12 –летнем возрасте у одних и тех же детей через 5 лет в трех исследуемых группах, где в 1 группе проводилось лечение детей по обращаемости; во 2 группе проводилось лечение детей в рамках плановой санации; в 3 группе проводилось лечение детей в рамках диспансеризации наряду с работой гигиениста стоматологического (таблица 4).

Анализируя интенсивность поражения зубов и ее структуру у детей 7 летнем возрасте определяется схожесть показателей в группах, что показывает одинаковый уровень оказания стоматологической помощи дошкольни-

кам, а к 12 летнему возрасту отмечаются различные показатели прироста кариеса и изменение соотношения компонентов структуры КПУ в зависимости от организации стоматологической помощи в школах.

Таблица 4

Интенсивность поражения зубов и структура её компонентов у 7 и 12 летних детей в динамике с 2005 – 2010 гг.

№	Группа	7 лет (первый класс) 2005 г.				12 лет (шестой класс) ,2010 г.			
		КПУ	Структура КПУ	КПУ	Структура КПУ	КПУ	Структура КПУ	КПУ	Структура КПУ
1	1 группа	4,93	К 0,5 П 0,14 У 0,0098	0,64± 0,27	78,1% 21,9%	3,26	К 1,78 П 1,41 У 0,0001	3,19± 0,54	55,8% 44,2%
2	2 группа	4,74	К 0,5 П 0,16 У –	0,66± 0,25	75,8% 24,2%	2,48	К 0,6 П 1,71 У –	2,31± 0,50	26% 74%
3	3 группа	4,58	К 0,4 П 0,12 У-	0,52± 0,12	76,9% 23,1%	1,61	К 0,16 П 1,13 У –	1,3± 0,17	13% 87%

Данные показывают: прирост кариеса в первой группе составил 2,55; во второй группе – 1,65; в третьей группе – 0,78, что свидетельствует о значительном снижении прироста кариеса постоянных зубов в 3,2 раза в группе, где в период прорезывания постоянных зубов активно проводились мероприятия по профилактике кариеса зубов гигиенистами стоматологическими, которые были включены в работу школьного стоматологического кабинета.

При развитии школьной стоматологии определяется эффективность лечебно-профилактической работы, кадровая эффективность и экономическая.

В настоящее время школьная стоматология города Новосибирска подготовлена к реформированию, к внедрению гигиенистов стоматологических в работу с детьми в организованных детских коллективах, определена и отработана преемственность в работе стоматологических бригад, разработана и внедрена структурно – функциональная модель детского стоматологического сертификата.

Г.И. Чеченин, Е.В. Клементьева

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ – ПРИОРИТЕТНОЕ И РЕЗУЛЬТАТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МБУ ЗОТ «Кустовой медицинский информационно–аналитический центр»,

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»

Минздрав РФ, Россия

Аннотация. Проведен сравнительный анализ диспансеризации взрослого населения крупного промышленного города и её влияние на результативность. Представлены результаты анализа за период с 2004-2011 годы.

G.I. Chechenin, E.V. Klementieva

CLINICAL EXAMINATION POPULATION - PRIORITY AREA AND EFFECTIVENESS OF HEALTHCARE MODERNIZATION

MBU ZOT “Sectional medical information-analytical center”

GBOU DPO “Novokuznetsk State Institute of Advanced Medical”

Ministry of Health of the Russian Federation, Russia

Abstract. The comparative analysis of prophylactic medical examination of adult population of a large industrial city and its influence on productivity is carried out. Results of the analysis from 2004-2011 are presented.

Актуальность. Известно, что содержательная сущность понятия «модернизация» предполагает получение нового качества в любой системе, на любом объекте. В системе охраны здоровья появление нового качества связано с результативностью системы – это сокращение предотвратимых потерь общества по медико-биологическим аспектам (снижение предотвратимой смертности, уровня инвалидизации населения, первичной заболеваемости, болезненности, заболеваемость с временной утратой трудоспособности и др.). Оказывается, недостаточно оснастить медицинские организации новым оборудованием, улучшить условия в больничных учреждениях, повысить заработную плату, увеличить финансирование на лекарственное обеспечение, оснастить компьютерами и т.п. Чего-то не хватает! Требуется поиск новых путей и современных подходов разрешения проблем, вплоть до смены парадигмы и формирования новой методологии системы охраны здоровья населения, адекватной современному уровню развития общества с использованием принципов системного подхода, что и предстоит выполнить в ближайшем будущем в нашей стране. Системный подход, как раз, и предусматривает соблюдение триединства – прошедшего, настоящего и будущего, при разрешении возникших проблем. В данном сообщении, ис-

пользуя опыт прошлого, мы обратим внимание на пятигрупповую диспансеризацию населения по поводу заболеваний, которая в 80-годах прошлого века была одобрена и рекомендована ВОЗ для широкого внедрения в других странах. Однако, в перестроечный период, внимание к ней существенно ослаблено и заменено на дополнительную диспансеризацию.

Цель настоящего исследования – провести анализ и дать оценку результативности диспансеризации взрослого населения в крупном промышленном центре городского муниципального округа Новокузнецк.

Решались следующие задачи:

1. Провести анализ процесса диспансеризации взрослого населения в динамике за период 2004-2011 гг.
2. Оценить результативность диспансеризации взрослого населения и среди лиц трудоспособного возраста, в том числе среди мужчин и женщин.
3. Изучить взаимосвязи между охватом диспансеризацией населения по поводу заболеваний и её результативностью.

Материалы и методы. Для исследования использовались следующие материалы автоматизированных информационных систем (АИС): «Организация диспансеризации», «Анализ смертности», «Заболеваемости с временной утратой трудоспособности» из накопленных электронных баз данных за период 2004-2011 гг.

Статистическая обработка материала проводилась в статистическом пакете SPSS (версия 17.0), Microsoft Excel (2007). Для определения наличия и степени зависимости между переменными применяется коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s).

Результаты.

Среднегодовой объём диспансеризуемых лиц с хроническими заболеваниями составил 58 394±8 265 человек. Динамика охвата диспансерным наблюдением взрослого населения и лиц трудоспособного возраста, в том числе среди мужчин и женщин (на 100 человек соответствующего населения), представлена на рисунках 1, 2.

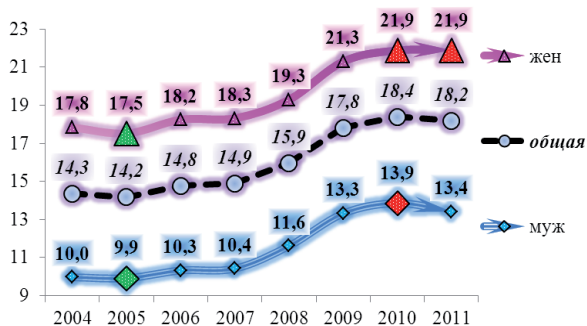


Рисунок 1. Динамика диспансеризации взрослого населения общая и с разбивкой по полу

Из данных, представленных в рисунке 1, видно, что диспансеризация как всего (средняя кривая), так и мужского (нижняя) и женского населения имеет положительную тенденцию. Последние 3 года она стабилизировалась. В то же время, следует обратить внимание на то, что доля женщин, состоящих на диспансерном учёте, почти в 2 раза выше, чем мужчин.

Важно было определить уровень диспансеризации среди лиц трудоспособного возраста.

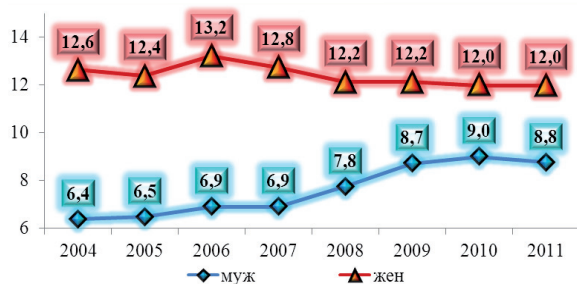


Рисунок 2. Динамика диспансеризации трудоспособного населения по полу

На рисунке 2 мы видим, что уровень диспансеризации (число состоящих под наблюдением на 100 человек соответствующего контингента) существенно ниже, чем среди всего взрослого населения. Динамика диспансеризации женщин не меняется и, в среднем, составляет $12,4 \pm 0,4$ человек. В диспансеризации мужского населения отмечен рост на 37%.

Динамика относительных показателей диспансеризации (на 100 человек) и смертности (на 1000 человек) за исследуемый период представлена на рисунках 3, 4.

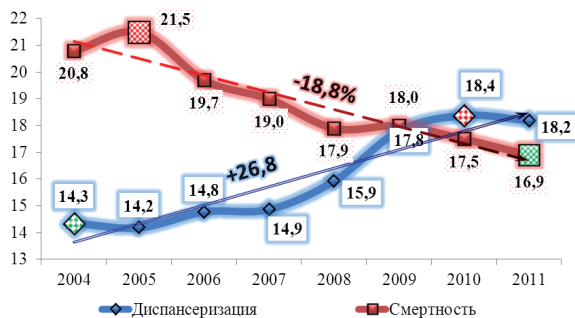


Рисунок 3. Динамика диспансеризации и смертности взрослого населения г. Новокузнецка

Показатель диспансеризации увеличивается на 26,8%, а показатель смертности снижается на 18,8%. Максимальный показатель смертности

был зафиксирован в 2005 году, в этом году был самый низкий показатель диспансеризации. Можно предположить, что смертность зависит от диспансеризации: чем выше диспансеризация, тем ниже смертность.

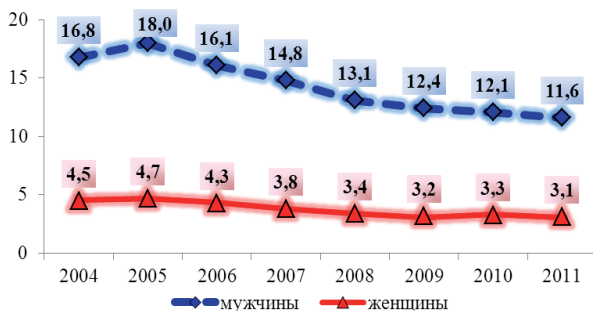


Рисунок 4. Динамика смертности трудоспособного населения по полу

Показатель смертности у женщин трудоспособного возраста (рисунок 4) на протяжении 8 лет остаётся стабильным, в среднем, $3,8 \pm 0,6$. Среди мужского населения смертность в несколько раз выше, чем у женщин. Максимальная доля смертности была в 2005 году (18), с этого года начинается снижение до 11,6 (на 35,5% с 2005 г. по 2011 г.).

Корреляционный анализ между уровнем диспансеризации и смертностью населения соответствующих контингентов показал следующее:

– у мужчин коэффициент ранговой корреляции Спирмена = $-0,946$. Корреляция значима на уровне $0,01$. Чем выше диспансеризация, тем ниже смертность;

– у женщин коэффициент корреляции Спирмена = $0,723$. Корреляция значима на уровне $0,05$. Слабая зависимость.

Проведенный корреляционный анализ между уровнем диспансеризации и заболеваемостью с временной утратой трудоспособности выявил:

– у мужчин коэффициент ранговой корреляции Спирмена = $-0,986$. Корреляция значима на уровне $0,01$. Чем выше диспансеризация, тем ниже заболеваемость с ВУТ;

– у женщин коэффициент ранговой корреляции Спирмена = $0,53$. Корреляция не значима. Зависимости нет.

Выводы.

1. Диспансеризация взрослого населения возрастает. Среди трудоспособного населения растёт диспансеризация у мужчин (на 37%), а у женщин – стабилизируется.

2. Сравнение относительных показателей диспансеризации и смертности показывают вероятную зависимость между ними, так как с увеличением диспансеризации смертность снижается.

3. Динамика смертности мужского трудоспособного населения снижается. Смертность у женщин стабильна, ниже почти в четыре раза, чем у мужчин.

4. Зависимость смертности и диспансеризации у мужчин более значима, чем у женщин. Чем выше диспансеризация, тем ниже смертность.

5. Динамика заболеваемости с ВУТ трудоспособного населения у мужчин и женщин снижается.

6. Зависимость ЗВУТ и диспансеризации трудоспособного возраста у мужчин существует: чем выше диспансеризация, тем ниже заболеваемость с ВУТ, так как $r_s = -0,986$, а у женщин – очень слабая ($r_s = 0,53$).

Таким образом, из вышеизложенного следует сделать заключение о целесообразности более широкого внедрения системы диспансеризации лиц по поводу заболеваний и считать приоритетным направлением при модернизации системы охраны здоровья.

Список литературы

1. Среда обитания, состояние здоровья населения г. Новокузнецка в 2008-2009 гг. : коллективная монография / [под ред. профессора Г. И. Чеченина]. – Новокузнецк : МАОУ ДПО ИПК, 2010. – 427 с. – ISBN 978-5-7291-0487-1.

2. Чеченин, Г.И. Диспансеризация взрослого населения г.Новокузнецка за период 2004-2011 гг. / Г.И. Чеченин, Н.М. Жилина, Н.Н. Максимова, Е.В. Клементьева // Перспективы развития технологий переработки вторичных ресурсов в Кузбассе. Экологические, экономические и социальные аспекты: сб. науч. тр. IV Всеросс. науч.-практ. конф. с международ. уч., 10-12 октября 2012 г. / НФИ КемГУ ; под общ. ред. Ф.И. Иванова. – Новокузнецк: Новокузнецкий институт (филиал) ФГБОУ ВПО «Кемеровский государственный университет», 2012. – С. 28-39. – ISBN - 8353-0808-8.

Е.Г. Шведов, Ю.И. Бравве, А.И. Бабенко

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАН, ПОДЛЕЖАЩИХ ПРИЗЫВУ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

*ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем
гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН, Новокузнецк,
Россия*

Аннотация. В статье приводятся результаты медицинского освидетельствования граждан, подлежащих призыву на военную службу. Указываются причины, ограничивающие годность к военной службе.

E.G. Shvedov, Yu.I. Bravve, A.I. Babenko

IMPROVEMENT OF MEDICAL EXAMINATION OF CITIZENS, WHO ARE SUBJECT TO THE MILITARY SERVICE IN NOVOSIBERIAN REGION.

RI for complex problems of hygiene and occupational diseases SB RAMS, Novokuznetsk, Russia

Abstract. The results of medical examination of citizens, who are subject to the military service in Novosibirian region, are proposed in article. It's indicated the reasons which limited for disposable at the military service.

Формирование здоровья подростков, в частности юношей, является одним из факторов, определяющих обороноспособность государства. Как указывают многие исследователи (В.Н. Ядчук с соавторами [4], С.Г. Ахмерова с соавторами [1], А.Л. Баранов с соавторами [2], Е.С. Подгорнова [3] и др.), изучавшие состояние здоровья призывников, в последние годы резко сократилось число лиц, годных к несению военной службы.

Результаты медицинского освидетельствования граждан, подлежащих призыву на военную службу в Новосибирской области за период 2009-2012 гг. показали, что в среднем «годными» к военной службе (категория А) признаются 34,0% освидетельствованных юношей призывного возраста. Исключение составил 2011 год, когда таковых было лишь 29,0%. «Годными к военной службе с незначительными ограничениями» (категория Б) считаются 23,2-23,8% призывников. Таким образом, 57,2-57,8% этого контингента населения могут быть призваны на военную службу. В 2011 г. их доля была ниже, составив 51,8%.

Полученные результаты медицинского освидетельствования по Новосибирской области несколько хуже, чем в среднем по РФ, когда 67,1-68,4% призывников имеют уровень здоровья, позволяющий им быть призванными на военную службу.

В свою очередь, «ограниченно годными» (категория В) являлись лишь 35,6-36,3% лиц призывного возраста, за исключение 2011 года, когда 41,2% освидетельствованных призывников были отнесены к данной категории.

«Временно не годными» к военной службе (категория Г) признаются 4,9-5,1%, в 2011 г. удельный вес таковых составил несколько больше – 5,4%.

Таким образом, 40,7-41,2% освидетельствованных лиц призывного возраста не могут в настоящее время быть призваны на военную службу по состоянию здоровья. «Полностью не годными» являются 1,5-1,6% юношей.

Основными причинами, незначительно ограничивающими годность к военной службе (категория Б), являются болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также заболевания эндокринной системы, нарушения обмена веществ и расстройства питания, выявленные у 27,2 и 22,8% освидетельствованных призывников. Меньшая доля приходится на

болезни глаза, нервной системы и органов кровообращения от 9,1 до 12,0% по каждому классу.

Среди причин, ограничивающих годность к военной службе на данном этапе освидетельствования, 19,4% приходится на болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Другие классы патологии имеют меньшую значимость: 11,1% составляют психические расстройства, 9,8% – болезни органов пищеварения, 9,3% – болезни нервной системы, 8,5% – болезни органов дыхания и 8,1% – болезни системы кровообращения, 6,5% – болезни кожи и подкожной клетчатки, 6,1% – болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ и расстройства питания, 5,7% – болезни глаза. Следует обратить внимание на определенную долю 3,8 и 3,2% врожденных аномалий и травм.

Характерно, что 8,0-10,0% данных заболеваний призывников выявляются впервые. Это может свидетельствовать, с одной стороны, о развитии у них патологии в период от постановки на военный учет до призыва на военную службу, с другой – о недостатках медицинского наблюдения за призывниками.

Изучение всех личных дел граждан, признанных призывными комиссиями районов и городов области ограниченно годными, негодными или временно не годными к военной службе, показало, что в 36,3% случаев решение было принято неверно, и они могут быть признаны годными к военной службе, в т.ч. с незначительными ограничениями. При оценке деятельности медицинских призывных комиссий установлено, что:

- военными комиссариатами региона проводится недостаточный контроль за ходом обследования и лечения граждан, подлежащих призыву на военную службу;

- территориальные медицинские призывные комиссии не проводят углубленного анализа результатов медицинского освидетельствования граждан;

- врачами, участвующими в освидетельствовании граждан, некачественно оформляются врачебно-экспертные документы, не соблюдаются методики обследования, объемы и сроки клинико-инструментальных исследований.

В этой связи предлагается органам здравоохранения региона повысить охват диспансерного наблюдения юношей допризывного и призывного возраста и обеспечить подготовку квалифицированных кадров (врачей-специалистов) для работы в медицинских комиссиях по освидетельствованию призывников.

Военным комиссариатам области необходимо: обеспечить жесткий контроль за качеством и своевременностью обследования (лечения) граждан, направленных в лечебные учреждения по решению призывных комиссий, а также за качеством оформления и ведения протоколов, актов исследования состояния здоровья и другой врачебно-экспертной документации; итоги лечебно-оздоровительной работы среди граждан, постав-

ленных на воинский учет и призыве на военную службу, не реже 2 раз в год выносить на рассмотрение органов местного самоуправления с участием органов управления здравоохранения, просвещения, образования, внутренних дел и других заинтересованных организаций и учреждений, занимающихся вопросами подготовки граждан к военной службе; обеспечить эффективное взаимодействие отделов военного комиссариата и медицинских учреждений органов здравоохранения по вопросам медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе; установить персональную ответственность штатных медицинских работников и врачей-специалистов, привлекаемых к медицинскому освидетельствованию, за качественное проведение медицинского освидетельствования граждан, подлежащих призыву на военную службу, исключить случаи необоснованного предоставления освобождений и отсрочек от призыва на военную службу по состоянию здоровья.

Список литературы:

1. Ахмерова С.Г., Мустаев Р.З., Абдуллин А.Х. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 6. – С. 26-29.
2. Баранов А.А., Ильин А.Г., Антонова Е.В. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 4. – С. 28-32.
3. Подгорнова Е.С. – Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новокузнецк, 2008. – 21 с.
4. Ядчук В.Н., Чичерин Л.П., Работкин О.С., Михневич А.В. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 6. – С. 23-25.

В.Е. Шибанов, С.В. Астраков, О.В. Алешко, А.В. Карпов,
М.Ю. Романенко, А.В. Голубков, С.В. Тогобицкая

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДОСТУПНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА НА ОСНОВЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Целью информатизации системы здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи населению на основе автоматизации процесса информационного взаимодействия между учреждениями и организациями системы здравоохранения. Объединение медицинских организации такого крупного мегаполиса как Новосибирск в единое информационное поле, в рамках единых стандартов ме-

184

дицинской информации, стандартов оказания медицинских услуг, стандартизации программного обеспечения позволяет перейти к более высокому уровню российского здравоохранения.

V.E. Shibanov, S.V. Astrakov, O.V. Aleshko, A.V. Karpov,
M.Y. Romanenko, A.V. Golubkov, S.V. Togobitskaya

IMPROVING ACCESS TO ORGANIZATION OUTPATIENT CARE POPULATION OF THE CITY OF NOVOSIBIRSK ON INFORMATION TECHNOLOGY

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. The purpose of information system of health care is increasing the availability and quality of medical care by automating the process of information exchange between institutions and organizations of the health system. Association of medical organizations such as Novosibirsk largest metropolis in a single information field, under uniform standards of medical information standards for health services, standardization of the software allows you to upgrade to a higher level of the Russian health care.

С мая 2010 года по май 2012 Главным управлением здравоохранения мэрии города Новосибирска был традиционно организован социологический опрос посетителей всех поликлиник города. Общее количество опрошенных составило 12100 человек (проводится 2 раза в год).

Результаты опроса представили возможность тщательно проанализировать динамику состояния доступности и качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической службе, так, например, уровень удовлетворенности пациентов организацией работы поликлиник с октября прошлого года снизился на 7%. Больше трети пациентов не в полной мере удовлетворены тем, каким образом была организована работа поликлиник (увеличение на 4%) и 18% полностью неудовлетворенных (увеличение на 3%).

Удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи в поликлиниках на прямую перекликается с оценкой организации обслуживания в поликлиниках и также сократилась относительно октября 2009 г. Доля полностью удовлетворенных снизилась с 53 до 46% (на 7%), не полностью удовлетворенных и полностью неудовлетворенных качеством лечения увеличилось – с 35 до 38 (на 3%) и с 12 до 16% (на 4%) соответственно. Первоочередной проблемой остаются очереди к врачам, как к терапевтам, так и к «узким» специалистам (53%). На втором месте по числу нареканий отмечена работа регистратуры (21%). Основные жалобы пациентов - это очереди, отсутствие оперативности в работе, потери карточек. Порядка 16% опрошенных пациентов поликлиник отметили невнимательное отношение со стороны медицинского персонала, в том числе врачей.

Вывод из этого один - в системе амбулаторно-поликлинического обслуживания населения накопились серьезные проблемы, требующие радикального решения.

Первая по значимости проблема - устаревшая система управления потоками пациентов начиная с регистратуры, что приводит к очередям и вызывает закономерное недовольство населения. Кроме этого, отмечается низкий уровень планирования и организации работы врача, в том числе участкового, слабая мотивация медицинского персонала к работе с информационными технологиями, недостаточный объем и низкая эффективность профилактической работы с населением и низкий уровень информатизации амбулаторно-поликлинической службы. Для решения существующих проблем, Главным управлением здравоохранения при поддержке департамента связи и информатизации мэрии Новосибирска было принято решение по разработке и внедрению Автоматизированной Информационной Системы «Городская электронная регистратура» (АИС ГЭР) в 2010 году.

Модернизация в первичном звене здравоохранения города Новосибирска, и это главная особенность проекта, начала проводиться централизованно, затрагивая все аспекты работы 58-ми амбулаторно-поликлинических учреждений города, а так же станцию скорой медицинской помощи, организацию первичной медико-санитарной помощи жителям города, медико-техническое оснащение учреждений и обеспечение организации порядка их финансирования.

На первом этапе АИС ГЭР создавалась для повышения удобства и доступности записи на прием к врачам, сокращения очередей пациентов в регистратуры поликлиник. Теперь, кроме привычного звонка и личного обращения в регистратуру, у горожан появилась дополнительная возможность записаться на прием к специалистам посредством единого телефонного номера, через Интернет и в ближайшей перспективе через платежные терминалы, установленные на улицах Новосибирска. Система позволяет осуществлять равномерное распределение потоков пациентов в ЛПУ, управлять этими потоками в режиме реального времени.

Особенность проекта заключается в том, что формируемая в Новосибирске система работает в режиме реального времени, позволяя использовать любые доступные технологии записи к врачу (для старшего поколения привычный «звонок по телефону» на единый многоканальный номер, для среднего поколения – интернет технологии и информационные киоски, для молодого поколения – технологии мобильной связи и систем передачи данных.)

При этом остаются и традиционные возможности- прийти лично в поликлинику, позвонить непосредственно в регистратуру поликлиники.

Основные этапы внедрения:

- Создание единой информационной системы записи к врачу;
- Обучение регистраторов городских поликлиник;

- Создание единой инфокоммуникационной сети медицинских учреждений;
- Создание городского центра обработки вызовов;
- Создание технологических сервисов записи к врачу (Интернет, терминалы);
- Мониторинг работы и социологические исследования ;
- Расширение сервисов для населения.

Проведенный в период с октября 2011 года по май 2012 года мониторинг общественного мнения об уровне доступности медицинской помощи населению при обращении в регистратуры лечебно-профилактических учреждений города Новосибирска в связи с внедрением автоматизированной информационной системы «Городская электронная регистратура» показал следующие результаты:

- доля звонящих на номер Городской единой регистратуры (ГЕР), за шесть месяцев работы, увеличилась в 4,9 раза;
- количество пациентов, потративших меньше времени на запись к врачу, пользуясь ГЕР, увеличилось за шесть месяцев в 5,5 раза;
- Количество пациентов, у которых возникли предложения по улучшению доступности записи к врачу через Интернет, увеличилось за шесть месяцев в 6,1 раза;
- Количество пациентов, которых устраивает существующая система работы поликлиники, увеличилось за шесть месяцев в 5,6 раза.

Объединение лечебно-профилактических учреждений такого крупного мегаполиса как Новосибирск в единое информационное поле, в рамках единых стандартов медицинской информации, стандартов оказания медицинских услуг, стандартизации программного обеспечения позволяет подойти к созданию:

- актуального медицинского регистра населения, а в рамках его и регистры по основным группам нозологий (онкология, сахарный диабет, бронхиальная астма и др.) как взрослого, так и детского населения;
- а так же представляет возможность реального перехода к «подушевому» принципу финансирования поликлиник;
- создаёт условия для эффективного проведения диспансеризации, вакцинации и других задач национального проекта «Здоровье», направленных на профилактику заболеваний и пропаганду здорового образа жизни;
- условия для взаимодействия со всеми участниками системы здравоохранения: стационарами, станциями скорой медицинской помощи, центрами здоровья.;
- условия для оптимизации работы структурных подразделений амбулаторно-профилактических учреждений и создание возможности оперативного обмена информацией как между собой, так и с учреждениями скорой медицинской и стационарной помощи в целях повышения качества медицинского обслуживания населения;

- и осуществить переход к электронным картам пациентов.

Естественный процесс оснащения российских врачей современными средствами информационной поддержки, направленный на повышение эффективности и качества лечебной работы, а также на снижение вероятности врачебных ошибок – может и должен приобрести форму и статус государственной политики. Если во главу угла информатизации будет поставлена задача информационной поддержки процесса взаимодействия врача и пациента, то эта работа с необходимостью приведет к реализации единого подхода к информатизации системы охраны здоровья граждан России. (Блюм В. С., Заболотский В. П., 2008 г.)

НОВЫЕ СТРАТЕГИИ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Т.А. Аверьянова

УПРАВЛЕНИЕ КАДРОВЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Управление кадровым обеспечением, независимо от форм собственности медицинских организаций, приобретает особую значимость на современном этапе развития российского здравоохранения. На основе общих закономерностей выстраиваются новые принципы и методы управления кадровым обеспечением отрасли с учетом рыночных условий хозяйствования.

Вопросы управления процессом кадрового обеспечения находят свое отражение во всех представленных концепциях и программах модернизации отечественной системы здравоохранения. Поэтому представляется актуальным рассмотрение методологических подходов к управлению современным процессом кадрового обеспечения здравоохранения.

T.A. Averyanova

MANAGEMENT OF PERSONNEL PROVISION IN NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. Management of personnel provision independent from the form of ownership of medical organizations is of particular importance at the present stage of development of the Russian public health care system. The new principles and methods of management of personnel provision including the market conditions of economic management are built on the basis of general laws.

Management issues of the process of personnel provision are reflected in all the presented concepts and programs of modernization of the national public health care system. Thus, it seems important to consider the methodological

approaches to the management of the current process of management of personnel provision.

Кадровое обеспечение отрасли здравоохранения представляет собой деятельность, основанную на совокупности методов и приемов по обеспечению покрытия чистой потребности в медицинском персонале, в качественном и количественном соотношении, с учетом места и времени. Также включает - эффективный подбор и найм персонала в соответствии со стратегическими и тактическими целями организации. Данная деятельность интегрируется с многоуровневой системой подготовки и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров и мероприятиями, направленными на развитие кадрового потенциала медицинских организаций.

В контексте концепции управление кадровыми ресурсами здравоохранения кадровое обеспечение отрасли рассматривается как часть данной концепции. При этом важно установить целеполагающие и координирующие функции управления кадровым обеспечением, определить методы управления процессом кадрового обеспечения в здравоохранении.

При предлагаемом методологическом подходе система целей представляется базой для определения состава функций управления кадровым обеспечением. Для формирования функций управления необходимо выявление их объектов и носителей. Носителями функций управления кадрового обеспечения выступают: руководство Министерства здравоохранения РФ и Министерств здравоохранения субъектов РФ, руководители учебных заведений средне-образовательных школ, среднего специального и высшего медицинского образования, руководители медицинских организаций (главные врачи), руководители структурных подразделений медицинских организаций (отделений, служб) и руководители служб управления персоналом.

Объектами управления являются медицинские организации (на уровне разработки организационных структур, штатных расписаний, квалификационных характеристик и иной нормативной документации, регламентирующей деятельность сотрудников).

Современная концепция управления персоналом предполагает развитие приоритетов социализации деятельности работников, которые включают развитие мотивационных систем, форм охраны здоровья медицинских работников, их условий труда и жизнедеятельности. При этом особое внимание должно уделяться формированию организационной культуры медицинской организации, развитию процесса информатизации системы здравоохранения. Следует отметить, что важно не только подготовить кадры и адаптировать выпускников в профессии, но больше всего усилий должно быть сегодня направлено на сохранения кадров в профессии и продление их активного, здорового, профессионального долголетия.

Данные нововведения, рассматриваются как факторы, ведущие к изменению подходов к управлению кадровым обеспечением в здравоохранении и необходимости введения элементов процессного управления в рассматриваемую деятельность. Управление процессом кадрового обеспечения осно-

ываается на структуризации функциональных блоков, определяющих последовательность и саму структуру кадрового обеспечения.

А. Процесс кадрового обеспечения.

1 блок – Получение и анализ маркетинговой информации о состоянии рынка труда (отрасль здравоохранения: все медицинских организаций (независимо от формы собственности) и их инфраструктура). Определение потребности в кадровых ресурсах. Планирование качественной потребности в кадровых ресурсах. Выбор методов расчёта количественной потребности в кадровых ресурсах. Планирование количественной потребности в кадровых ресурсах. Планирование государственного заказа на подготовку и переподготовку кадров. Планирование заказа на подготовку и переподготовку кадров, обучающихся на основе самофинансирования.

2 блок – Профориентационная деятельность. Подготовка медицинских и фармацевтических кадров в учебных заведениях среднего специального и высшего медицинского образования. Подготовка менеджеров здравоохранения. Послевузовская профессиональная подготовка и переподготовка медицинских кадров. Распределение и адаптация выпускников.

3 блок – Разработка и использование инструментария обеспечения потребности в кадровых ресурсах медицинских организаций. Отбор медицинского персонала. Обеспечение медицинским персоналом медицинских организаций.

Б. Процесс кадрового обеспечения (как функция сохранения кадров в профессии) реализуется совместно с процессом развития кадрового потенциала медицинской организации.

4 блок - Развитие медицинского персонала. Планирование развития карьеры и служебных перемещений. Организация и проведение корпоративного обучения.

5 блок – Использование медицинского персонала. Определение результатов и содержания труда на рабочих местах; Производственная социализация. Введение персонала, его адаптация в трудовой деятельности. Упорядочение рабочих мест. Паспортизация рабочих мест. Обеспечение безопасности труда. Высвобождение персонала.

6 блок – Мотивация результатов труда и поведения медицинского персонала. Управление содержанием и процессом мотивации труда в медицине. Управление конфликтами и изменениями в медицинской организации. Использование монетарных побудительных систем (оплата труда, участие персонала в прибылях и капитале). Использование немонетарных побудительных систем (групповая организация, социальные коммуникации, стиль и методы руководства, регулирование рабочего времени). Формирование организационной культуры медицинской организации.

7 блок – Правовое и информационное обеспечение процесса управления кадровым обеспечением и медицинским персоналом. Правовое регулирование трудовых взаимоотношений. Учёт и статистика кадрового обеспечения и движения медицинского персонала. Формирование и управление кадровым резервом. Информирование коллектива и внешних организаций

по кадровым вопросам. Разработка кадровой политики медицинской организации.

Управление процессом кадрового обеспечения ведется на основе координации взаимосвязанных деятельности по планированию кадровых ресурсов, по подготовке и переподготовке медицинских кадров, по управлению кадровым потенциалом медицинской организации. При данном методологическом подходе используется программно-целевой метод управления. Главной задачей является разработка федеральных, региональных и муниципальных программ кадрового обеспечения здравоохранения, на основании которых выстраиваются функции и задачи служб управления персоналом в медицинских организациях всех форм собственности и формируются общественные координационные советы при Министерствах здравоохранения субъектов РФ.

Таким образом, современное видение управления кадровым обеспечением основывается на методе процессного управления, что позволяет выстраивать сам процесс кадрового обеспечения в здравоохранении, направленный на результат. При данном подходе появляются возможность разрабатывать логистику сопровождающих процесс ресурсных потоков и возможность координировать деятельности всех участников процесса. Использование программно-целевого метода позволяет выстраивать рациональную политику кадрового обеспечения и формировать бюджеты для ее реализации.

Кроме того, в международной практике изменилась парадигма управления персоналом. Сложилась устойчивая инновационная цепочка «управление кадрами» - «управление человеческими ресурсами» - «управление человеческим капиталом» - «управление людьми». Изменяются функции служб по работе с персоналом, в крупных организациях появляются HR-службы, деятельность которых направлена на развитие организационной культуры и развитие индивидуальных особенностей индивидов в профессии. Данные изменения формируют новые вызовы для отрасли здравоохранения, обосновывают необходимость перемен, поиск новых подходов к управлению кадровым обеспечением отрасли.

Е.Е. Амангелдиев, Р.Р. Аубакиров

ФОРМУЛЯРНАЯ СИСТЕМА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН, КАК ИННОВАЦИОННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

АО «Медицинский университет Астана», Казахстан.

Аннотация. В данной статье рассмотрены проблемы адекватного закупки и использования лекарственных средств в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, а именно нерациональное использование бюджета здравоохранения, недостаточная степень рациональности в

использовании лекарственных препаратов. Польза внедрения в практику здравоохранения стран формулярной системы.

E.E. Amangeldiyev, R.R. Aubakirov

FORMULARY SYSTEM IN KAZAKHSTAN, AS INNOVATIVE TOOL FOR OPTIMIZING DRUG PROVISION

JSC «Medical University Astana», Kazakhstan.

Abstract. This article considers the problem of adequate procurement and use of medicines in hospitals and outpatient clinics, namely, inappropriate use of the health budget, insufficient degree of rationality in the use of drugs. It also studies the benefit of introduction the formulary system into the practice of health.

Несмотря на позитивные тенденции в вопросах финансирования и имеющийся опыт упорядочения обращения лекарственных средств (ЛС) в Республике Казахстан, имеющиеся технологии не позволяют полностью решить вопросы адекватного закупа и использования лекарственных средств в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях. Некоторые типичные проблемы системы лекарственного обеспечения представлены ниже.

В настоящее время перед уполномоченным органом здравоохранения имеется ряд проблем в части лекарственного обеспечения. В условиях умеренно-достаточного финансирования имеет место нерациональное использование бюджета здравоохранения, результатом чего является нехватка необходимых лекарств, при этом закупаются порой мало- и неэффективные, устаревшие ЛС, производятся закупки дорогостоящих лекарств при наличии на рынке более дешевых генерических замен. (по данным информационного лекарственного центра проекта «ЗдравПлюс», в Казахстане, 78% ЛС на фармацевтическом рынке не являются основными (жизненно важными)).

Кроме того, лекарства в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях используются нерационально, типична полипрагмазия (на амбулаторном уровне одновременно больные получают независимо от диагноза в среднем 4 препарата одновременно, в условиях стационара – 7-8), избыточно часто используется инъекционный путь введения (до 25% от всех назначений), необоснованно назначаются антибиотики (48% от всех назначений в общей популяции больных в Казахстане), до 80% всех назначений врачей практически ничем не обоснованы, а базируются на исторически сложившихся традициях, личных алгоритмах и устаревших сведениях.

В результате преобладания нерационального подхода к терапии стоимость медикаментозного лечения в Казахстане существенно превышает разумные (обоснованные) пределы. Так, по данным исследования по про-

грамме HAI – WHO (2004), проведенным информационным лекарственным центром, лечение пневмонии (только медикаменты – 7 дней) обходится в сумму, равную заработной плате, получаемой низкооплачиваемым бюджетным работником (дневная з/п - 300 тенге), за 2,1 дня лечение пептической язвы (10 дней) за 8 дней (в Новой Зеландии, Австралии, Испании - 0,25 дня работы), артериальной гипертензии (2 недели) – 2,3 дня работы, лечение артрита – 7,3 дня работы.

При назначении лекарственных препаратов врачами обычно используется неточная и устаревшая информация, зачастую данные, носящие рекламный характер. Показано, что запросы врачей в основном определяются деятельностью фармацевтических фирм. Концепция доказательной медицины практически незнакома отечественным врачам.

Нерациональность или, вернее, недостаточная степень рациональности в использовании лекарственных препаратов – типичная черта, проявляющаяся в той или иной степени практически во всех странах. Одновременно, следует отметить, что во всем мире увеличивается число случаев заболеваемости и смертности, связанных с ошибками фармакотерапии и побочным действием лекарств. Нет оснований, думать, что эта проблема минувла Казахстан, хотя корректной региональной информации относительно частоты побочных реакций в настоящее время не существует.

Фармацевтический рынок Казахстана стремительно развивается, за последние годы количество зарегистрированных ЛС (в т.ч. изделий медицинского назначения и медицинской техники) составило более 10 тыс. наименований (большая часть представлена непатентованными (генерическими) ЛС). Однако по некоторым данным, только – 5 - 7% из них обладают реальной (доказанной) эффективностью и лишь 1% - уникальным действием.

Разобраться в таком огромном количестве лекарственных препаратов с разной эффективностью практически не представляется возможным без применения специальных механизмов, четко регламентирующих порядок выбора, назначения и использования ЛС.

Вышеперечисленные проблемы могут быть решены путем государственных, управленческих и образовательных мер, одной из которых является внедрение в практику здравоохранения страны формулярной системы (ФС) .

К настоящему времени ФС Казахстана функционирует. ФС включает в себя ряд компонентов, наиболее распространёнными являются: формулярный список лекарств (формуляр), формулярный справочник, стандарты качества лечения (фармакотерапии) и/или клинические протоколы ведения больных, программу (систему) оценки использования лекарств, программу мониторинга побочных эффектов и др. Организационно ФС включает Республиканскую формулярную комиссию Министерства здравоохранения Республики Казахстан, региональный уровень, представлен областными формулярными комиссиями, уровень лечебно-профилактических

учреждений, представлен формулярно-терапевтическими комиссиями. В рамках ФС Национальный лекарственный формуляр, издан формулярный справочник; создан Список орфанных медицинских технологий; осуществляется централизованный закуп лекарственных средств; разработаны целевые программы лекарственного обеспечения населения Республики Казахстан, перечни лекарственных средств для лиц, имеющих право на льготный/бесплатный отпуск лекарств, а также перечень аналоговой замены, перечень лекарственных средств, подлежащих безрецептурному отпуску и др.; организация (внедрение) и проведение фармакоэкономических и фармакоэпидемиологических исследований на республиканском и региональном уровнях.

Национальный формуляр РК носит обобщенный характер по отношению к региональным формулярам, имеет рекомендательный характер.

Национальный формуляр имеет функциональные отличия от формуляров ЛПУ и формуляров региональных. Национальный формуляр или формулярное руководство определяет оптимальные методы фармакотерапии с позиции доказательной медицины. Это собственно формулярный список (обобщение региональных) и руководство по применению препаратов, включенных в него, обеспечивающее стандарты лечения и протоколы ведения больных в части фармакотерапии.

Национальный формуляр является одним из основных инструментов внедрения и успешного функционирования формулярной системы, как справочное руководство, включающее в себя основные положения системы обеспечения эффективной и безопасной лекарственной терапии.

В основе формуляра лежат согласованные и принятые на международном или/и государственном уровне практические рекомендации (протоколы/стандарты) лечения. Национальный формуляр должен обеспечивать доказательно обоснованный подход к ведению рациональной фармакотерапии.

Внедренная в РК формулярная система приносит следующие позитивные результаты:

- внедрены принципы медицины, основанные на доказательствах, в практику здравоохранения;
- четко регламентирован порядок отбора ЛС в Формуляр на основании доказанных в клинических исследованиях данных по эффективности, безопасности препаратов и клинико-экономического анализа;
- определены основные принципы включения препаратов в список основных (жизненно важных), перечни лекарственных средств льготного, безрецептурного отпуска и др.;
- исключение небезопасных и неэффективных лекарств позволяет снизить уровень заболеваемости и смертности; сократить продолжительности лечения и пребывание пациентов в стационаре;

Таким образом, в результате использования инновационного инструмента в РК появились надлежащие изменения в системе лекарственного обеспечения в Республике Казахстан, а Формулярная система получила признание экспертов ВОЗ.

С.В. Домахина

УСЛОВИЯ И ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВЕННОГО И КАЧЕСТВЕННОГО КАДРОВОГО БАЛАНСА СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное автономное образовательное учреждение среднего профессионального образования Новосибирской области «Новосибирский медицинский колледж», Россия

Аннотация. В статье освещаются возможные пути достижения баланса кадрового ресурса специалистов со средним профессиональным медицинским образованием. Анализируются достижения в области качества подготовки специалистов, освещаются основные факторы, влияющие на показатели трудоустройства, и намечаются пути улучшения системы среднего профессионального медицинского образования.

S.V. Domakhina

THE CONDITIONS AND WAYS TO ACHIEVE QUANTITATIVE AND QUALITATIVE STAFF BALANCE AMONG PARAMEDICAL WORKERS OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN NOVOSIBIRSK REGION

State autonomous educational institution secondary vocational education of Novosibirsk region "Novosibirsk Medical College", Russia

Abstract. The article dwells upon the possible ways to achieve balance in staff resources among specialists with secondary vocational medical education. It analyzes the progress in the sphere of specialist training, the main factors that affect the employment rate and tells about the ways of improvement in the system of secondary vocational medical education.

Сегодня среднее профессиональное образование как никогда востребовано обществом и экономикой. Его роль в деле подготовки кадров и социализации молодежи трудно переоценить. В структуре занятых в экономике нашего региона специалисты со средним профессиональным образованием составляют свыше 73% от общего количества занятых в экономике. Но, несмотря на достаточно высокий показатель, отмечается значительная диспропорция между рынком труда и структурой образования. Поэтому проблема количественного и качественного кадрового баланса средних медицинских работников в системе здравоохранения Новосибирской области приобретает первостепенное значение.

Подготовку специалистов среднего профессионального медицинского образования в Новосибирской области обеспечивают 6 государственных автономных образовательных учреждений двух типов (колледжи и техникумы) по 8 специальностям. Программа модернизации образования поставила перед образовательными учреждениями СПО основную задачу – изменение качества подготовки специалистов со средним медицинским образованием. Для реализации данной задачи были проанализированы качественные и количественные показатели кадрового баланса средних медицинских работников в системе здравоохранения Новосибирской области и намечена концепция решения данных проблем с позиции уже имеющихся достижений.

Анализ качественных показателей системы СПО продемонстрировал:

- Рост числа новых направлений подготовки более чем в 2,5 раза;
- Рост обеспеченности учебного процесса новой программной продукцией на 30% ежегодно;
- Увеличение доли новой продукции в общем объеме учебно-методического материала на 20 % ежегодно;
- Рост числа инновационных образовательных программ в соответствии с заказом социальных партнеров;
- Рост информатизации и обновления компьютерных классов, рост показателей пополнения библиотечного фонда;
- Рост обеспеченности должного уровня профессиональных компетенций преподавательского состава;
- Привлечение новых потребителей образовательных услуг;
- Рост доли вновь заключенных договоров.

В соответствии с ФГОС нового поколения реализация основной профессиональной образовательной программы должна обеспечиваться доступом каждого обучающегося к

базам данных и библиотечным фондам, формируемым по полному перечню дисциплин ОПОП.

В соответствии с требованиями стандарта по направлению совершенствование информационной образовательной среды в учебном заведении:

- Введена в действие зона Wi-Fi в учебных корпусах;
- Обеспечен доступ к интернет-ресурсам;
- Имеет место 100% лицензионное обеспечение офисных, компьютерных и антивирусных программ;
- Обеспечен доступ к электронным библиотечным ресурсам;
- Оснащен образовательный процесс электронными учебными изданиями;
- Используются мультимедиа-технологии в образовательном процессе.

Трудоустройство как измеряемый показатель качества подготовки специалистов составил в нашем учебном заведении 83%, что по сравнению с общероссийским уровнем 56% достаточно хороший показатель. Основными факторами, влияющими на показатели трудоустройства, являются:

- Соучастие работодателей в образовательном процессе;
- Наличие инновационных образовательных программ дополнительного профессионального образования;
- Персонификация подготовки специалистов для ЛПУ по количеству, качеству, профилю;
- Индивидуализация программ обучения и проведения практики;
- Сетевое взаимодействие при реализации образовательных программ с ЛПУ;
- Использование дистанционных образовательных технологий;
- Обучение по интегрированным образовательным программам;
- Применение принципов СМК в организации образовательного процесса.

Но, несмотря на достигнутые результаты, остаются достаточно характерные проблемы системы среднего профессионального медицинского образования НСО:

- демографическая проблема;
- несоответствие фактического состояния системы здравоохранения социально-экономическим и профессиональным ожиданиям выпускников;
- малоэффективные механизмы привлечения и закрепления выпускников в системе здравоохранения;
- неспособность работодателей формировать четкие требования к квалификации специалистов;
- отсутствие профессиональных стандартов деятельности среднего медицинского персонала системы здравоохранения;
- инертная позиция работодателя при взаимодействии с образовательными учреждениями в рамках совместной образовательной деятельности;
- отсутствие системы сертификации профессиональной квалификации;
- слабые механизмы реагирования медицинских образовательных учреждений всех уровней на изменения требований рынка труда к специалистам;
- отсутствие системы независимой оценки качества профессионального образования потребностей в специалистах по количеству, качеству и профилю подготовки;
- отсутствие (приверженность формальным процедурам) независимой оценки качества профессионального образования.

С учетом имеющихся проблем намечены «точки роста» или пути улучшения системы среднего профессионального медицинского образования:

- Формирование эффективной организации ресурсов системы среднего профессионального медицинского образования через:

- прогнозирование потребности в специалистах по количеству и структуре;

- создание ресурсных центров среднего профессионального медицинского образования;

- объединение производителей и потребителей кадров в образовательно-производственные кластеры с целью повышения качества образования;

- исследования стратегий трудового поведения выпускников системы СПО;

- обновление и модернизация материально-технической и учебно-производственной базы образовательных учреждений;

- формирование системы закрепления выпускников.

Формирование эффективной организации ресурсов среднего профессионального медицинского образования возможно через:

- Повышение привлекательности программ профессионального образования системы здравоохранения Новосибирской области

- Модернизация региональной (отраслевой) государственно-общественной системы оценки качества среднего профессионального медицинского образования:

- разработка региональных профессиональных стандартов по специальностям сестринское и лечебное дело;

- проведение процедуры независимой оценки качества подготовки кадров для отрасли (сертификация квалификаций выпускников с участием работодателей).

- Финансово-экономическое обеспечение:

- приведение в соответствие с требованиями к качеству норматива финансирования профессиональной подготовки по специальностям.

В результате реализации мероприятий по улучшению:

1. Будет достигнут необходимый динамический количественный и качественный баланс кадрового спроса и предложения на рынке труда в системе здравоохранения НСО.

2. Система среднего профессионального образования сможет:

- оперативно удовлетворять потребности системы здравоохранения в специалистах соответствующего профиля;

- эффективно использовать средства регионального бюджета на подготовку специалистов;

- стабильно увеличивать показатели трудоустройства выпускников и закрепления специалистов в ЛПУ.

М.А. Колесникова, А.О. Диреев, А.М. Новиков

ОРГАНИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО КАДРОВОГО АГЕНТСТВА НА ПРИМЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФСОЮЗНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ НГМУ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Статья посвящена вопросам организации трудоустройства студентов медицинских вузов РФ в профильные учреждения на примере ОППО студентов НГМУ. Описан пример участия профсоюзной организации студентов в отстаивании прав членов своей организации, а также пути внедрения внутреннего кадрового агентства в практику современного университета.

M.A. Kolesnikova, A.O. Direev, A.M. Novikov

ORGANIZATION INTERNAL RECRUITMENT AGENCIES FOR EXAMPLE PUBLIC PRIMARY TRADE UNION ORGANIZATION OF STUDENTS NGMU

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. The article deals with the organization of employment of medical students of the Russian Federation to the hospital as an example of public primary trade union organization of students NGMU. Describes an example of the participation of the trade union organization of students in defending the rights of members of the organization, as well as ways to implement internal staffing agency in the practice of the modern university.

Летом 2011 года поступило много жалоб в ОППО студентов НГМУ по поводу проблем с трудоустройством студентов НГМУ в лечебные учреждения города Новосибирска. ОППО студентов НГМУ решила изучить данный вопрос детально.

Был организован совместно с администрацией НГМУ круглый стол с привлечением представителей исполнительной и законодательной власти НСО, руководителей лечебных учреждений города Новосибирска, преподавательского состава НГМУ, юристов, студентов, ординаторов и т.д., в итоге которого была принята резолюция. Было выявлено несоответствие в некоторых документах: согласно ст. 69 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Лица, не завершившие освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, и лица с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на долж-

ностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти»; пунктом 5.2.22 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации (утв. постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. N 321) предусмотрено полномочие министерства самостоятельно принимать порядок допуска лиц, не имеющих законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, к занятию медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием. Однако такой порядок до сих пор не принят. Данное обстоятельство сильно затрудняет практическую реализацию нормы, закрепленной в ст. 69 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Порядок приема на работу физического лица в качестве среднего медицинского персонала предусматривает наличие сертификата, который не выдается без наличия диплома о получении среднего медицинского образования. Получается, что есть противоречия в двух действующих документах, которое ограничивает возможность студентов медицинских вузов подрабатывать, обостряет проблему нехватки кадров среди среднего медицинского персонала в ЛПУ РФ. Студенты НГМУ столкнулись с данной проблемой, продолжили поступать обращения в Профсоюз студентов НГМУ. Мы, как орган студенческого самоуправления, защищающий права студентов, решили принять участие в решении данного вопроса.

На основании вышеизложенного было отправлено письмо в общественную приемную председателя партии "Единая Россия", премьер-министра Владимира Путина г.Новосибирска с просьбой оказать содействие в решении вопроса о внесении изменений в постановление № 30 от 22.01.2007 Правительства РФ «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности» или Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих", руководствуясь Постановлением Минтруда РФ от 09.02.2004 N 9 (ред. от 25.10.2010) "Об утверждении Порядка применения Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих" п. 8, в части допуска студентов старших курсов к сертификационным экзаменам на замещение должностей среднего медицинского персонала в ЛПУ или разрешение на замещение данных должностей без наличия сертификата.

На сегодняшний день в НГМУ есть комиссия по допуску лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также имеющих высшее медицинское или высшее фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала, в которую соискатель может подать заявление по установленной форме. На основании заявления Соискателя, после установления соответ-

ствия уровня образования Соискателя требованиям приказа Минздравсоцразвития России № 239н, Комиссия назначает дату прохождения тестового контроля и оценки практических навыков в профильных подкомиссиях по соответствующим специальностям. Таким образом, каждый студент теперь может официально устраиваться на работу согласно представленным им документам.

Для обеспечения студентов НГМУ полной информацией о наличии свободных мест в лечебных учреждениях города Новосибирска ОППО студентов НГМУ была разработана система информирования членов своей организации. В социальных сетях в рабочей группе организации размещается информация о наличии свободных и освободившихся мест: лечебные учреждения могут напрямую обратиться в организацию и оставить все данные по требующимся специалистам, также любой из студентов, который освобождает рабочее место, может оперативно сообщить об этом в ОППО студентов НГМУ. Информация сразу размещается в группе, также информация есть у членов ОППО студентов НГМУ, осуществляющих прием студентов (прием ведется с понедельника по пятницу). С 2012 года начинает реализовываться новая система: каждый из желающих оставляет свои данные, как только появляется предложение, соответствующее его запросу, студенту вся информация приходит на электронную почту или путем смс. Благодаря данной системе оповещения (электронной) увеличивается скорость и качество обеспечения лечебных учреждений медицинским персоналом.

В дальнейшем планируется развивать это направление: создать единое электронное кадровое агентство, которое предполагает кроме стандартных данных соискателя включить прикрепление портфолио, что сделает качество и скорость подбора кадров лечебных учреждений быстрее, эффективнее, прозрачнее, а также позволит развивать «здоровую конкуренцию» с целью стимулирования самообразования и повышение своего профессионального уровня членов медицинского сообщества НСО.

И.В. Пачгин, И.А. Друшляк

ОБ ОПЫТЕ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Кемеровской области, Россия*

Аннотация. Повышение доступности медицинской помощи зависит от лекарственного обеспечения медицинских организаций. Эффективный фармацевтический менеджмент снижает финансовые риски и повышает удовлетворенность населения медицинской помощью.

I.V.Pachgin, I.A.Drushlyak

THE EXPERIENCE OF PHARMACOLOGICAL SUPPORT MONITORING IN MEDICAL ORGANIZATIONS OF KEMEROVO REGION

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Kemerovo Territory, Russia

Abstract. The growth of medical care availability depends on pharmacological support of hospitals. Effective pharmaceutical management decreases financial risks and increases the level of citizen's content with medical services.

Несмотря на реформы здравоохранения, в системе организации оказания медицинской помощи остаются проблемы, среди которых лекарственное обеспечение является одной из самых сложных.

Необходимо повысить эффективность использования финансовых ресурсов отрасли для обеспечения медицинских организаций лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и расходными материалами.

Опыт работы в системе обязательного медицинского страхования показывает, что в штате территориального фонда ОМС должны быть службы, контролирующие процесс лекарственного обеспечения, а в их составе клинические фармакологи.

На территории Кемеровской области с 2004 года согласно принятому «Положению о проведении мониторинга лекарственного обеспечения и цен на лекарственные препараты» проводится анализ использования средств бюджета и обязательного медицинского страхования, направленных на обеспечение населения необходимыми медикаментами. Система оценки строится на основе единых методов сбора, регистрации и обработки информации, с последующим определением эффективности использования финансовых средств и разработкой мероприятий по совершенствованию лекарственного обеспечения.

Целью мониторинга является совершенствование организационных технологий лекарственного обеспечения при оказании гражданам медицинской помощи, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи.

Задачи мониторинга:

- оценка действующей в медицинской организации формулярной системы и фармацевтического менеджмента;
- осуществление контроля за соблюдением порядка ценообразования отдельными субъектами обращения лекарственных препаратов;
- сопоставление финансовой составляющей лекарственной помощи с действующими на территории тарифами в системе обязательного медицинского страхования;

— установление структуры затрат на медикаментозную составляющую (лекарственные препараты, расходные материалы, изделия медицинского назначения, реактивы, дезсредства и др.).

Периодичность проведения мониторинга – 1 раз в полугодие. Позиции лекарственных препаратов, подлежащих анализу, утверждаются совместным приказом департамента охраны здоровья населения и территориального фонда обязательного медицинского страхования. В состав рабочих групп входят специалисты территориальных органов управления здравоохранением, страховых медицинских организаций, территориального фонда ОМС. Рабочие группы проводят мониторинг в медицинских организациях, определенных приказом, и анализируют первичные документы, а именно счета-фактуры, товарные накладные, протоколы согласования цен.

В процессе проверки анализируются наличие в штате медицинской организации клинического фармаколога, действующей формулярной комиссии, утвержденного формуляра лекарственных препаратов. Кроме того, оценивается соответствие запаса медикаментов в аптеке установленным нормативам, наличие раздельного учета лекарственных препаратов по источникам финансирования.

Мониторинг завершается формированием таблиц, в которых присутствуют наименования лекарственных препаратов с указанием формы выпуска, количества закупленных стандартов, цены закупа, а также рассчитанная минимальная и максимальная цена по территории.

Для получения сопоставимых данных о стоимости медикаментов, введено понятие «средняя стоимость» - это средневзвешенная величина, учитывающая вес каждого из слагаемых, для которого рассчитывается среднее значение.

После формирования свода указанных параметров, специалистами территориального фонда ОМС выполняются расчеты по эффективности использования медицинскими организациями финансовых средств.

По результатам анализа выявляются медицинские организации, в которых часть лекарственных средств приобреталась по ценам, в той или иной степени превышающим средние цены по области.

Итоги мониторинга доводятся до сведения заместителя Губернатора Кемеровской области по вопросам здравоохранения, начальника департамента охраны здоровья населения, начальников территориальных управлений здравоохранением.

Результаты мониторинга позволили разработать систему мероприятий по совершенствованию лекарственного обеспечения медицинских организаций.

Так, с 2008 года в Кемеровской области действует «Порядок организации обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения учреждений здравоохранения, функционирующих в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области», представляющий собой упорядоченную систему закупки, транспортировки, хранения и использования медикаментов.

За период 2008 г. – 9 мес. 2012 года территориальным фондом ОМС заключены государственные контракты с поставщиками на сумму 2,9 млрд. руб., экономия от начальной цены на торги составила 368 млн. руб. Достижение экономии финансовых средств произошло благодаря интеграции ресурсов в системе централизованного обеспечения медицинских организаций лекарственными препаратами.

Следующим направлением совершенствования системы лекарственного обеспечения стало внедрение персонифицированного учета лекарственных средств в медицинских организациях.

Таким образом, система мониторинга лекарственного обеспечения и цен на лекарственные средства позволяет оценить эффективность использования медицинскими организациями финансовых средств и разработать мероприятия по совершенствованию лекарственного обеспечения.

С.М. Хлынин, О.В. Куделина

НОВЫЕ СТРАТЕГИ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Сибирский государственный медицинский университет, Россия

Аннотация. Для рационального использования ресурсов системы здравоохранения необходима подготовка организаторов здравоохранения и экономисты-менеджеров. Образовательный процесс должен осуществляться на основе новых государственных стандартов, позволяющих сформировать конкурентоспособного врача, владеющего инновационными технологиями управления медицинской помощи и эффективного использования ресурсов.

С. М. Khlynin, O.V.Kudelina

NEW STRATEGIC RESOURCE SUPPORT HEALTHCARE COMPANIES

Siberian State Medical University, Russia

Abstract. The training of the public health managers and economist-managers is necessary for the rational use of public health resources. The educational process must be based on the new state standards, permitting to form the competitive doctor, who knows the innovative technologies in the public health management and effective use of resources.

Положительные тенденции в здравоохранении России, начавшиеся с реализации национального проекта «ЗДОРОВЬЕ» сопровождаются улучшением ресурсного обеспечения отрасли. Это ощущается на всех уровнях управления здравоохранением, ЛПУ, и, что главное, они доходит в некото-

рой мере до врача и пациента. И, несмотря на долгие ожидания, к их эффективному использованию система оказалась не готова. Не определены актуальные проблемы, не поставлены цели, задачи, которые необходимо решить за счет улучшения ресурсного обеспечения.

Новые стратегии должны заключаться в максимальной прозрачности управления ресурсами и доведением ресурсов, в том числе финансовых до основных производителей медицинской помощи, врачей и заведующих отделениями.

К основным проблемам здравоохранения относятся: низкое качество медицинской помощи (КМП), недостаточная доступность, нехватка ресурсов. Начавшиеся с 90-х годов преобразования в здравоохранении, связанные с развитием обязательного медицинского страхования (ОМС) и отхода от строгой бюджетной модели не принесли желательных положительных результатов. И это связано, главным образом, с недостатком качественных ресурсов, особенно кадров, и в первую очередь организаторов здравоохранения, экономистов менеджеров.

Министерство здравоохранения России считает необходимой модернизацию всей системы среднего медицинского, высшего медицинского и последиplomного образования. Выполнение такой задачи подразумевает внедрении новых стандартов 3 поколения переработку учебных программ, оснащение и развитие инфраструктуры медицинских образовательных учреждений, повышение квалификации преподавательского состава. Главным объединяющим критерием будет являться выполнение единых государственных образовательных стандартов, сопряженных с профессиональными стандартами оказания медицинской помощи.

В системе здравоохранения Томской области в настоящее время занято около 7 тыс. врачей и более 10 тыс. среднего медицинского персонала, из них в учреждениях подчинения Минздрава России 85,6% и 84,4% соответственно. Обеспеченность населения врачебными кадрами на протяжении последнего десятилетия возрастала и составила в 2010 г. 66,6 на 10 тыс. населения, превышая среднероссийский уровень. Однако обеспеченность средним медперсоналом неуклонно снижается: с 106,8 в 2004 г. до 98,9 на 10 тыс. населения в настоящий момент [1,2]. Несмотря на увеличение количества медицинских работников в сельской местности, уровень обеспеченности медперсоналом сельских больниц существенно отличается от городских лечебно-профилактических учреждений [4].

Особенно важно отметить острую нехватку, особенно молодых специалистов в здравоохранении. Средний возраст врачей в г. Томске составляет $48,3 \pm 2,31$ лет, в районах области $54,8 \pm 3,14$ лет. Возрастные характеристики среднего медперсонала выглядят следующим образом: в Томске – $54,3 \pm 2,95$ лет, в районах – $58,2 \pm 4,12$ лет. Диспропорция есть и при распределении внутри системы оказания медицинской помощи: излишняя концентрация в стационарных учреждениях, и нехватка в амбулаторно-поликлиническом звене [3]. Коэффициент совместительства медработников в составляет 1,3,

что ниже, чем в целом по России (1,5), соотношение врачей и среднего медперсонала - 2,1. Отмечается снижение укомплектованности врачебным и средним медперсоналом. Дефицит врачебных кадров в области достигает 13,4%, среднего медперсонала – 22,1%.

Молодые врачи не стремятся работать в районах области в виду недостаточно развитой инфраструктуры, низким уровнем социального благополучия. Поэтому одним из вариантов привлечения выпускников в сельскую местность может стать целевая подготовка студентов. Райцентры могут контролировать успеваемость будущего специалиста, заранее готовить место его будущей работы, а также необходимые жилищные и другие социальные условия. Другим способом может быть организация летних практик для студентов вуза. Так департамент здравоохранения области заключил Соглашение о намерениях с СибГМУ о летней производственной практике студентов в ЦРБ районов Томской области

Важным аспектом является развитие системы непрерывного медицинского образования, которая подразумевает постоянное обновление знаний, умений и навыков врача. Получение новых теоретических знаний может быть оценено, например, с помощью кредитных баллов, которые бы назначались врачу при его участии в профильных научных конференциях и семинарах, выступлениях с докладами, написании научных статей и др. Наряду с этим профессиональная жизнь врача должна быть сопряжена с расширением спектра навыков и выполняемых медицинских услуг. Каждый специалист может продолжать обучение в своей сфере или смежных областях медицины, добавляя к базисным лицензиям, полученным после окончания вуза и ординатуры, дополнительные лицензии («допуски») на осуществление новых видов деятельности. Таким образом, открываются возможности для непрерывного профессионального образования и совершенствования как в области основной специальности, так и в других смежных областях. Все это могут предложить, прежде всего, медицинские вузы.

Образовательные стратегии медуниверситетов должны отражать реальные потребности отрасли. Прогнозирование потребностей модернизации здравоохранения области легло в основу проектирования различных междисциплинарных образовательных программ в СибГМУ. Для того чтобы сформировать личность врача, необходим непрерывный многолетний курс обучения, грамотно выстроенная идеология, преемственность подходов, сочетающие необходимые элементы теоретической, научной и практической подготовки и направленные на формирование клинического мышления молодого специалиста.

Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья принимает активное участие в подготовке и переподготовке кадров. Ведется подготовка организаторов здравоохранения в рамках ординатуры. Расширены тематики последипломной подготовки, разработаны новые программы с привлечением зарубежных специалистов. В частности, в разделе «Информационные технологии в здравоохранении» использованы мате-

риалы лекций, любезно предоставленные профессором Р. Энгельбрехтом (Германия, Мюнхен) и учебные пособия по медицинской информатике Института медицинской информатики Университета Брауншвейга. В рамках международного сотрудничества с Форумом Коха-Мечникова происходит академический обмен, что позволяет приглашать немецких специалистов для чтения лекций и проведения семинаров. Одновременно с этим, сотрудники кафедры могут обменяться опытом с немецкими коллегами, повысить свою квалификацию во время участия на конференциях и семинарах в ведущих медицинских организациях Германии.

Тематическое и общее усовершенствование ежегодно на кафедре проходят более 150 человек, из них 30-40% являются главными врачами различных учреждений и организаций здравоохранения области.

На факультете экономики и управления в здравоохранении с 2003 г. студенты проходят обучение по специальности 080502.65 – экономика и управление на предприятии (в здравоохранении). Содержание подготовки в соответствии с учебным планом включает все виды необходимой подготовки, а также учебные, производственные и преддипломные практики, государственный междисциплинарный экзамен «Теоретические основы экономики и управления в здравоохранении» и защиту выпускной квалификационной (дипломной) работы. Выпущено более 200 специалистов, причем для большей части из них, новая специальность стала второй.

Для аккредитации представлена образовательная программа подготовки бакалавров, по направлению «Производственный менеджмент», закончена работа над программой «Инновационная деятельность», которые предстоит запустить в 2011-12 гг. Такими специалистами вполне могут стать экономисты-менеджеры, подготавливаемые на нашем факультете, поскольку они получают не только полный объем экономических знаний, но также изучают организацию здравоохранения и общественное здоровье, погружаясь при этом в среду медицинских традиций одного из старейших медицинских вузов Сибири. Помимо этого, было отмечено, что наиболее востребованы наши выпускники в частном здравоохранении (аптеки, в том числе сельские, стоматологические клиники, медицинские объединения и т.п.), а также в управленческих структурах городского и областного здравоохранения, где наиболее активно используются новые инновационные подходы при ведении хозяйственной деятельности.

Под руководством Минздрава России в настоящее время специалисты-эксперты и профильные медицинские сообщества заканчивают подготовку нового поколения порядков и стандартов оказания медицинской помощи при основных социальнозначимых заболеваниях и патологических состояниях, в том числе для амбулаторно-поликлинического звена. Предлагаемые стандарты не только отвечают уровню современных медико-биологических знаний и гарантируют качество предоставляемой медицинской помощи, но и являются экономически обоснованными, что позволяет им носить обязательный, а не рекомендательный характер. Таким образом, на этапе ву-

зовской подготовки будущего врача необходима преемственность образовательных стандартов со стандартами оказания медицинской помощи.

Остается актуальной проблема взаимодействие медицинских вузов и практического здравоохранения [3,4]. Совместно с советом ректоров медицинских вузов необходимо закончить создание правовой основы, регламентирующей работу клинических баз образовательных учреждений. В самое ближайшее время необходимо перейти к планированию кадровой политики в каждом субъекте РФ на основе Федерального регистра медицинских работников и разработанных нормативных документов, в том числе касающихся целевого приема студентов.

Реализуется государственную программу подготовки кадров. Она должна опираться на региональные программы с учетом территориальных особенностей кадрового обеспечения. Поэтому, разработка инновационной программы подготовки кадров на территории Томской области является приоритетной для СибГМУ и Департамента здравоохранения области. Медицинский вуз становится активным участником процессов инновационного развития здравоохранения.

Список литературы

1. Здравоохранение Томской области в 2010 году. Статистический сборник. – Томск: ОГУЗ «Бюро медицинской статистики», 2011. – 67 с. - С. 15-17.
2. Медицинские кадры Томской области в динамике за 2003-2008 годы. Статистический сборник. – Томск: ОГУЗ «Бюро медицинской статистики». – 2009. – С. 6-14.
3. Орешин А.А., Куделина О.В., Хлынин С.М. Перспективы развития медицинской помощи на территории Томской области // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 6. – С. 48-50.
4. Орешин А.А., Куделина О.В., Калинин Д.Е., Хлынин С.М. Развитие системы обязательного медицинского страхования: проблемы и перспективы // Проблемы управления здравоохранением. – 2008. – № 2. – С. 5-8.
5. Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health with special applications for low- and middle-income countries Editors: Dal Poz, M.R., Gupta, N., Quain, E., Soucat, A.L.B. Geneva: WHO, 2009. – 188 p.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Г.В. Артамонова, Т.С. Баженова

НУЖНА ЛИ СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ?

*Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, г. Кемерово, Россия*

Аннотация. Современные принципы управления с использованием международных стандартов ИСО серии 9000 положены в основу повышения результативности научно-медицинской организации. Разработана модель процессов управления научно-исследовательской медицинской организации. Представлены результаты опыта внедрения системы менеджмента качества в конкретной организации.

G.V. Artamonova, T.S. Bazhenova

DO QUALITY MANAGEMENT SYSTEM MEDICAL RESEARCH FACILITY?

*Research Institute of Complex Problems of cardiovascular disease, SB
RAMS, Kemerovo, Russia*

Abstract. The modern management principles basing on international ISO 9000 standards served as foundations to improve the effectiveness of a medical research organization. The model of medical research organization management processes has been elaborated. The practical results of the quality management system introduced in the described organization are presented.

Эффективность научно-исследовательской медицинской деятельности определяется способностью учреждения достойно отвечать современным вызовам государства, которые ориентируют на применение инновационных систем управления. Таким средством достижения установленного уровня качества и повышения эффективности деятельности является система менеджмента качества, соответствующая требованиям международных стандартов ИСО серии 9000 [1] широко используемая в передо-

вых компаниях, производствах, в сфере образования России и медицинской деятельности [2-6].

В сфере научной деятельности, подобный метод управления практически не применяется в силу творческого характера труда научных работников, государственного бюджетного финансирования, отсутствия единых количественных и качественных критериев оценки результата (научного продукта) и видов научных исследований (фундаментальные, прикладные, экспериментальные).

Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (далее институт) образован в 2009 году на базе Кемеровского кардиологического центра. К основным видам деятельности института относится научно-исследовательская и лечебно-профилактическая. Кроме того, институт осуществляет лицензированную образовательную (последипломная подготовка) деятельность и является аккредитованной базой для международных клинических исследований. Научная деятельность включает фундаментальные и прикладные исследования в области проблем сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Клиника института имеет 165 коек. Проводятся высокотехнологичные медицинские вмешательства при ССЗ, количество которых ежегодно свыше 4000.

В организационной структуре института выделяют научные, медицинские и обеспечивающие деятельность подразделения. Доля научных работников составляет 32,7%, медицинских – 52,9%. В возрастной структуре преобладают сотрудники в возрасте до 46 лет (72%), в том числе до 30 лет – 25,9%. Работники в возрасте 46-55 лет составляют 19,9%, старше 55 лет – 8,1%. В институте работает академик РАМН, 24 доктора и 68 кандидатов наук. Кадровый состав свидетельствует о значительном потенциале организации.

В первый год работы института в новой структуре высветились основные проблемы управления деятельностью. Они были в основном связаны с несовершенством документооборота (16%), слабым взаимодействием между отделами (15%), недостатками в обеспечении ресурсами (15%), нечетким представлением своих должностных обязанностей (11%) (по результатам анкетирования основных сотрудников института).

На основе анализа опыта систем управления руководством института принято решение об использовании международных стандартов ИСО серии 9000 и определены основные цели системы менеджмента качества в институте: повышение удовлетворенности потребителей и качества услуг; упорядочение и организованность всех процессов; разработка и реализация долгосрочной стратегии развития учреждения; сокращение всех видов потерь и издержек; повышение технологической и исполнительской дисциплины; совершенствование системы управления и повышение ее эффективности.

Становление СМК в институте осуществлялось в четыре этапа. Первый этап включал диагностику существующей системы управления инсти-

туда и определение её соответствия требованиям международного стандарта ISO 9001:2008 (изучение документации, опрос ведущих сотрудников института, обход подразделений). В результате выявлены положительные стороны, области деятельности, требующие улучшения. Из числа сотрудников института сформирована команда для продвижения СМК, с которой проведено обучение (второй этап). Третий этап предполагал разработку системы документации по менеджменту качества в организации, для создания иерархической системы документооборота всей организации.

Эффективное и результативное функционирование системы обеспечения качества может быть достигнуто посредством внутреннего аудита и внутреннего контроля с анализом деятельности (четвёртый этап), что ориентирует организацию на поиск возможностей улучшения.

При формировании модели СМК института использован *процессный подход*, то есть деятельность представлена в виде связанных между собой процессов. Модель СМК института включает четыре группы процессов:

- процессы управленческой деятельности руководства (стратегическое планирование);
- процессы жизненного цикла (научно-исследовательский и лечебно-диагностический процесс, тактическое планирование);
- обслуживающие процессы (обеспечение ресурсами, информационно-техническое обеспечение, управление документацией и записями, управление персоналом, управление инфраструктурой, управление оборудованием и средствами измерения, управление производственной средой);
- процессы измерения, анализа и улучшения (оценка удовлетворенности потребителя, проведение внутреннего аудита, мониторинг процессов).

На каждый процесс определён владелец и участники, которые формируют ход процесса и готовят документацию, регламентирующую порядок управления процессом, организуют проведение мероприятий по достижению соответствия установленным требованиям.

Согласно стандарту ISO 9001:2008 целью мониторинга (измерения) процессов СМК является оценка способности института достигать запланированных результатов. Для оценки достижения запланированных результатов разработаны специальные критерии, с помощью которых можно выявить проблемы и оперативно назначить корректирующие действия для повышения эффективности функционирования процесса. Методы, критерии результативности, частота мониторинга определены в документированных процедурах, описывающих процессы.

Все процессы СМК института оцениваются по 68 критериям результативности, из которых один раз в месяц – 4% критериев, один раз в квартал – 50%, один раз в 6 месяцев – 15%, один раз в 12 месяцев – 31%.

Внутренний аудит СМК проводится 1 раз в 6 месяцев. По результатам трёх внутренних аудитов отмечается положительная динамика снижения числа несоответствий и замечаний, увеличение числа предложений к улучшению, что говорит о том, что в институте идет процесс непрерывного совершенствования системы управления.

Удовлетворённость потребителя по научной продукции составила 100% (по заключению заказчика), по лечебно-диагностической деятельности - 93,7% (по мнению пациента в результате социологического опроса), что соответствует целевым результатам СМК института.

Не реже одного раза в год руководители подразделений проводят анализ выполненных мероприятий по достижению целей (результатов) в области качества, что является основой для ежегодного отчёта о выполнении плана работы подразделения. Полученные фактические результаты владельцы процессов сравнивают с запланированными. В случае несоответствия фактических и плановых результатов устанавливаются причины (а также возможности по улучшению процесса), по каждой из них составляется план мероприятий.

Результативность СМК подвергается анализу со стороны высшего руководства и оценки членов УС. Стратегические цели СМК института на 2011 г. были достигнуты, выполнено 96% мероприятий стратегической карты.

Необходимо учесть, что результативность СМК зависит от социальной составляющей системы в коллективе (организационной культура, удовлетворенность трудом сотрудников, завоевание общественного доверия, усиление социальной ответственности и др.). В связи с чем, в системе планирования деятельности подразделений института основополагающими являются определение каждому сотруднику своей роли в достижении конкретной цели организации, разработки индивидуальных планов работы сотрудника.

По результатам внешнего (надзорного) аудита уполномоченной организацией NQA система управления деятельностью в НИИ КПССЗ СО РАМН соответствует требованиям стандарта BS EN ISO 9001:2008 (Система Менеджмента Качества).

Опыт внедрения СМК в институте доказал целесообразность принятого решения и позволяет сделать следующее заключение.

Создание системы управления организацией, ориентированной на внедрение современных технологий и методов менеджмента качества, является залогом устойчивого функционирования научно-исследовательского медицинского учреждения в современных условиях. Приоритет принципа постоянного улучшения качества и повышения результативности СМК обеспечивает достижение основной цели организации.

При внедрении СМК приходит понимание, что управление не ограничивается функциями руководства. Командой высшего руководства осуществляется анализ и оценка существующего положения, а рядовые работники выполняют управленческие функции через процессы СМК (процесс коллективного управления друг другом). Учет особенностей организации и обобщение имеющегося опыта внедрения стандартов ISO 9001:2008 позволяет разработать и внедрить собственную систему качества. Процесс управления ресурсами такого типа учреждений, многоуровневая система документооборота, проектный характер научных исследований требует формализации и разработки критериев оценки мыслительной деятельности научного

сотрудника, создания серьезной инфраструктуры информационного обеспечения организации, что требует отдельного их анализа.

Литература:

1. Международный стандарт ISO 9001:2008 «Системы менеджмента качества – Требования» (Четвертое издание 2008-11-15, перевод NQA-Russia).- с. 17.

2. Кицул И.С. Возможности и ключевые факторы успеха применения стандартов серии ИСО 9000 / И.С. Кицул, Н.Ф. Князюк// Заместитель главного врача.- 2008.- №2.- с.53-61.

3. Вялков А.И. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении на современном этапе/ А.И. Вялков, Р.А. Хальфин, Е.Л. Никонов // Главврач.- 2009.- №3.- с. 16-25.

4. Вялков А.И. Теоретические и организационно-методические основы рисков в медицинской практике / Вялков А.И., Кучеренко В.З.// Проблемы управления здравоохранением. – 2006. - №2 (27) – С.52-57.

5. Бекишев В.А. Что необходимо знать руководителю здравоохранения о риск-менеджменте/ В.А. Бекишев// Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения.- 2011. – №10 (121).- с.13-17.

6. Князюк Н.Ф. Проектирование системы менеджмента рисков информационной безопасности медицинской организации на основе требований международного стандарта ISO/IEC 27005:2001 /Н.Ф. Князюк, И.С. Кицул // Врач и информационные технологии. – 2012. – №1.- с. 39-48.

А.В. Райх, А.А. Дубровин, Г.И. Чеченин

ПРИМЕНЕНИЕ ШАБЛОНОВ, ОСНОВАННЫХ НА ФЕДЕРАЛЬНЫХ СТАНДАРТАХ И ПОРЯДКАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ В МИС

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Росздрава, Россия

Аннотация. Применение врачом шаблонов, основанных на федеральных стандартах и порядках оказания медицинской помощи, для описания приема пациента при работе с электронной медицинской картой позволяет существенно повысить информативность медицинской записи, выдерживать федеральный стандарт и порядок оказания медицинской помощи при обслуживании пациента, сократить время на оформление медицинской документации.

A.V. Reich, A.A. Dubrovin, G.I. Chechenin

APPLICATION TEMPLATES BASED AT THE FEDERAL STANDARDS OR PROVIDE MEDICAL HELP IN THE PREPARATION EHR IIA

*State educational institution of additional budget education
“Novokuznetsk State Institute
Advanced Medical», Russia*

Abstract. Application of templates by physician based on federal standards or care, to describe the patient’s acceptance for e-health records can significantly improve informational content of medical records, to sustain the federal standard and procedure of care for patient care, to reduce the time for registration of medical records and documentation.

Актуальность.

Согласно федеральному закону 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст. 37 медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями.

Внедрение в современные медицинские информационные системы поддержки шаблонов основанных на принятых стандартах позволит улучшить качество медицинского приема и информативности медицинской записи.

Цель.

Создать шаблоны для электронной истории болезни, основанные на федеральных стандартах и удовлетворяющие порядкам оказания медицинской помощи, позволяющие информировать пациента о возможных рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

Задачи:

1. Анализ состояния информационного обмена на сегодняшний день.
2. Обосновать использование в шаблонах федеральных стандартов и порядков оказания медицинской помощи.
3. Рассмотреть целесообразность дополнения шаблонов сведениями о возможных рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.
4. Определить экономическую эффективность при использовании разработанных шаблонов.

Материалы, методы исследования.

Материалами данного исследования являются внедренные шаблоны в КМИС г.Абакана и адаптированные шаблоны КМИС в МИС «Муздрав» г. Новокузнецка.

Методы исследования:

1. Проводилось анкетирование врачей амбулаторной сети 93 человека.

2. Использовался метод экспертных оценок.
3. Хронометраж рабочего времени врача на приеме в амбулаторной сети.

№	Должность врача	Регламентированные нормы нагрузки		Фактические затраты времени на одно посещение до внедрения, мин.		Фактические затраты времени на одно посещение после внедрения, мин.		Изменение Чел./час
		чел./час	минут на 1 посещение	чел./час	минут на 1 посещение	чел./час	минут на 1 посещение	
1.	Врач-терапевт участковый	5	12	4	14,7±0,6	5,0	12,3±0,8	+1
2.	Врач-хирург	9	6,7	7,5	8,1±0,4	8,0	7,5±0,3	+0,5
3.	Врач-офтальмолог	8	7,5	6,6	9,0±0,2	7,2	8,3±0,2	+0,6
4.	Врач-оториноларинголог	8	7,5	7	8,6±0,4	7,5	8,0±0,4	+0,5
5.	Врач-невролог	5	12	4,6	12,9±0,4	4,9	12,2±0,3	+0,4
6.	Врач-эндокринолог	5	12	4,2	14,4±0,4	4,8	12,5±0,6	+0,6

Результаты собственного исследования.

В клинической практике имеются устоявшиеся рекомендации по оформлению истории болезни, общепринятая структура истории болезни, амбулаторного приема. Установлены определенные требования к оформлению и ведению медицинской документации. На сегодняшний день записи врача неразборчивы, не информативны и не соответствуют правилам оформления и ведения медицинской документации. За период с 01.01.2012 по 30.10.2012 года на базе МБЛПУ ГКБ №2 г.Новокузнецка совместно со страховыми организациями была проведена медико-экономическая экспертиза примерно 5% посещений, что составило примерно 20000 посещений. Согласно проведенной проверке из всей массы более 75% амбулаторных карт и карт дневного стационара не соответствуют требованиям и правилам оформления медицинской документации.

По данным анкетирования врачей амбулаторного приема 100% врачей отметили, что согласно нормативов, времени, отведенного на оформление документации, крайне не хватает, и что для выполнения всех требований к оформлению документации необходимо в 2 раза больше времени. Вследствие торопливого оформления медицинской документации у врача возникает неразборчивый почерк и записи становятся лаконичными и малоинформативными. Также врачи отмечают, что не успевают за короткое время отработать до автоматизма все вводимые стандарты и порядки оказания медицинской помощи, а поиск нужной информации в многотомных справочниках отнимает на приеме много времени.

Параметр	Описание
Жалобы	Резкая головная боль в теменно-затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, головокружение
История заболевания	Настоящее ухудшение около недели, после стресса на работе.
История жизни	Родилась и развивалась нормально. В 24 года окончила институт, устроилась на работу инженером. Возглавляет отдел в крупной строительной компании. Регулярно испытывает стрессовые ситуации на работе.
Объективные данные	Кожа и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Зев чистый. Носовое дыхание свободно. Язык влажный обложен в центре. Тоны сердца приглушены. Ритмичные. Акцент 2 тона на аорте. Дыхание везикулярное. В нижних отделах жесткое. ЧД 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Стул в норме. Диурез сохранен. АД 150/90 мм рт. ст. Пульс 72 в мин..
Обследование	Офтальмоскопия Анализ мочи общий Регистрация электрокардиограммы Исследование уровня креатинина в крови Исследование уровня глюкозы в крови Исследование уровня триглицеридов в крови Исследование уровня холестерина в крови Исследование уровня липопротеинов низкой плотности в крови Эхокардиография Определение белка в моче Общий (клинический) анализ крови Ультразвуковая доплерография аорты (0,001) Дуплексное сканирование артерий (0,001) Холтеровское мониторирование Рентгенография легких Рентгенография сердца в трех проекциях Исследование уровня альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови Исследование уровня С-реактивного белка в крови Исследование уровня мочевины в крови Исследование уровня мочевой кислоты в крови Исследование уровня гликированного гемоглобина крови Ультразвуковое исследование почек
Лечение	Индапамид 1.5мг - утром Моноприл 10 мг – на ночь
Рекомендации	Диета с ограничением соли и жидкости Гипохолестериновая диета нормализация веса Постоянный прием гипотензивных препаратов Ведение дневника АД

Резюме.

Использование шаблонов в медицинских информационных системах позволяют:

1. повысить информативность медицинской записи.
2. Уменьшить время врача на ведение информации.
3. Выдержат федеральный стандарт и порядок оказания медицинской помощи при обслуживании пациента.
4. Существенно уменьшат количество анализов, и виды исследований проводимых пациенту.
5. Позволяет информировать пациента о возможных рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

Решением данных проблем, несомненно, является внедрение медицинской информационной системы. При ведении приема с использованием МИС врач, выбирая шаблон, ориентируясь на нозологию должен получать исчерпывающую и профессионально сформированный документ. В шаблоне должно быть реализовано не только соответствующее оформление медицинской документации по всем канонам и правилам, но и указаны сведения о возможных рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

Шаблон должен так же соответствовать принятым стандартам и порядку оказания медицинской помощи, помогать врачу и подсказывать, к какому специалисту при данной нозологии необходимо направить пациента.

Система шаблонов используется в двух различных медицинских информационных системах внедряемых в г. Абакане, в г. Новокузнецке.

Пример шаблона.

Модель пациента:

Категория возрастная: взрослые.

Нозологическая форма: артериальная гипертония.

Код по МКБ-10: I10

Фаза: первичная диагностика.

Стадия: все стадии.

Осложнение: любые осложнения.

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь.

Литература

1. <http://www.ros-med.info/standart-protocol/index.php?action=standarts>.
2. Фролов, С.В. Анализ развития программно-аппаратных средств для оценки состояния здоровья детей на примере комплекса «Здоровый ребенок» / С.В. Фролов, В.В. Дубровин, М.А. Лядов // Врач и информационные технологии №3, 2012г. С. 37-47.

Н.Г.Синяговская

РОЛЬ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Филиал №1 – Алтайская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России
г. Барнаул*

Аннотация. В создании системы менеджмента качества медицинской помощи в ЛПУ ключевая роль отводится руководителю медицинского учреждения, который отвечает за формирование самой системы, отслеживание ее исполнения на всех этапах, производит контроль и оценку результатов деятельности учреждения. Основной целью эффективной работы системы менеджмента качества медицинской помощи (СМК) является повышение качества оказания медицинской помощи, улучшение показателей эффективности деятельности медицинских специалистов и увеличение степени удовлетворенности пациентов.

N.G.Sinyagovskaya

ROLE OF THE HEAD OF MEDICAL INSTITUTION IN FORMATION OF SYSTEM OF MENEZHMEN OF QUALITY OF MEDICAL CARE

*Branch No. 1 – the Altay hospital FGBUZ of SOMTs FMBA of Russia.
Barnaul*

Abstract. In creation of quality management system of medical care in LPU the key role is allocated for the head of medical institution who is responsible for formation of the system, tracking of its execution at all stages, makes control and an assessment of results of activity of establishment. A main objective of effective work of quality management system of medical care (SMK) is improvement of quality of rendering of medical care, improvement of indicators of efficiency of activity of medical experts and increase in degree of satisfaction of patients.

Обеспечение качества медицинской помощи и связанные с этим вопросом проблемы являются одним из ключевых в здравоохранении РФ. Доступность и качество медицинской помощи декларируются как основные принципы охраны здоровья граждан РФ, в Федеральном законе от 21.11.2011г., №323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

С целью повышения качества медицинской помощи необходимо осуществление постоянного контроля со стороны руководителя медицинского учреждения и создание систем по управлению качеством. Вследствие этого различаются два непосредственно связанных между собой понятия: качество организации медицинской помощи (менеджмент качества) и качество медицинской помощи

Основным мотивом активного внедрения систем менеджмента качества в здравоохранении является повышение качества управления медицинского учреждения, и как следствие, его эффективное развитие и укрепление на рынке медицинских услуг.

Система менеджмента качества (СМК) – система управления внутри медицинской организации, работа которой направлена на достижение определенных критериев качества медицинской помощи. Целью построения данной системы является создание определенных подсистем, таких как, управление качеством, управление рисками в следствии того, что медицинская организация в любом случае является организацией производственной, безопасность медицинских услуг, управление проектами, охрана труда, соблюдение этических норм медицинской деятельности.

Структура СМК ориентирована на такие принципы менеджмента качества медицинской помощи как:

1. системный подход
2. ориентация на потребителя
3. руководитель организации, ее лидер, с авторитарным или демократическим принципом руководства
4. вовлечение сотрудников организации, с целью достижения критериев качества
5. процессный подход
6. принцип принятия решений. основанных на анализе достоверных фактов
7. сотрудничество с поставщиками на принципах взаимовыгодных отношений
8. ориентация на динамическое улучшение предоставляемых медицинских услуг

Данные принципы системы менеджмента качества направлены на удовлетворение потребностей конечного потребителя медицинских услуг в обеспечении качества медицинской помощи.

Руководитель медицинской организации формирует текущую стратегию и тактику, план организационных мероприятий на определенный момент времени и на долгосрочную перспективу, определяет основные цели и задачи, формирует внутреннюю среду организации, соответствующий социально-психологический микроклимат. Планирует и разрабатывает вместе со своей «командой» систему менеджмента качества, активно вовлекает в процесс решения поставленных задач сотрудников коллектива, создает особый технологический процесс, который обеспечивает соблюдение определенных норм и правил.

Главный врач должен управлять процессами в медицинском учреждении, в частности, в увеличении качества результатов деятельности за счет внедрения стандартов ИСО 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования (ГОСТ Р ИСО 9001-2008)», которые используются для совершенствования функций планирования, мотивации и контроля, позволяют сформировать четкое разграничение процессов деятельности и управления,

определить зоны и степень ответственности каждого исполнителя. Проводить постоянный мониторинг «проблемных» направлений, отслеживать их оптимизацию. Организовывать внедрение стандартов качества диагностики, лечения пациентов, максимальное выполнение требований технологии медицинского процесса и его соответствие имеющимся стандартам. Не дублировать «дублирование» функций деятельности подразделений и конкретных лиц.

Медицинская организация действует как открытая система, в которой необходимо проводить постоянный мониторинг стандартов, технологии оказания медицинских услуг и функций сотрудников. Руководитель обязан использовать в своей деятельности актуальную нормативно-правовую и организационную документацию, которая доводится, в качестве информации, обязательной для исполнения, до персонала ЛПУ. В зависимости от изменений внешней среды организации проводится корректировка бюджетных смет, планов, локальных нормативных актов.

С целью управления коммуникациями, для увеличения качества результатов деятельности, быстрого получения и обмена информацией необходимо использовать высокоскоростные коммуникации, сети Интернет, электронной почты, систему видеоконференций и телемедицины. Проведение совещания посредством программы Skype. Внедрение в повседневную деятельность электронную регистратуру, электронных баз данных, информационно-аналитические медицинские системы, систему удаленного доступа для записи пациентов в профильные медицинские учреждения. Анкетирование пациентов, с целью оценки удовлетворенности качеством медицинской помощи и формирование обратной связи между медицинским учреждением и пациентом.

Руководитель координирует работу кадровой службы, отвечает за своевременное качественное обучение специалистов, организует совершенствование знаний и умений у сотрудников не только посредством направления в специализированные учебные заведения, но и в постановке перед подчиненными задач, требующих разработку и принятие самостоятельных решений, развитие навыков работы в команде, создание рабочих групп для решения определенной проблемы, контролирует ротацию кадров. Поощряет налаживание вертикальных и горизонтальных связей в коллективе. Организацию и проведение совещаний, консилиумов, врачебных внутрибольничных конференций с привлечением ведущих специалистов своего региона.

Успешная деятельность учреждения обуславливается наличием своевременного текущего и перспективного планирования и стратегически оправданного прогнозирования результатов деятельности на отдаленный период времени. Проводится контроль соответствия фактических показателей (индикаторов) целевым (запланированным), контроль результатов и исходов лечения, оптимальности организации процессов, уровня профессионализма персонала, рациональность и необходимость назначения диагностических процедур и медицинских вмешательств, эффективности исполь-

зования медицинского оборудования, оценка соотношения цена-качество имеющихся стандартов лечения, учета объемов оказанных медицинских услуг, данных статистического наблюдения. Разработка и внедрение мотивации персонала на достижение конечных результатов не только экономического, но и социального характера.

Таким образом, основными направлениями деятельности руководителя по формированию в медицинском учреждении системы менеджмента качества медицинской помощи являются: управление процессами, управление знаниями, управление результатами, управление коммуникациями и управление изменениями.

Данные подходы к управлению учреждения здравоохранения на основе системы менеджмента качества медицинской помощи эффективны как для оперативного, так и стратегического менеджмента. Они максимально охватывают все функции руководителя организации: планирование, организацию, мотивацию и контроль при повышении роли принятия решений и коммуникаций.

О.В. Стрельченко, В.М.Чернышев, А.В. Подергин

РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА, КАК НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ЛПУ

*ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск,
МБУЗ «Новосибирская городская клиническая больница скорой
медицинской помощи № 2», Россия*

Аннотация. В статье приведены данные о формировании рейтинговой системы оценки деятельности структурных подразделений стационара, на основе которой проводится распределение фонда материального поощрения между ними с учетом качества и объема работы, выполненного отделением.

O.V. Strelchenko, V.M. Chernyshev, A.V. Podergin

THE RATING SYSTEM, AS THE MOST OBJECTIVE CRITERIA FOR ASSESSING ACTIVITY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH FACILITIES

*FGBUZ SOMTS FMBA of Russia, Novosibirsk, MBUZ «Novosibirsk
Municipal Clinical Emergency Hospital № 2», Russia*

Abstract. The article presents data on the formation of the rating system of the structural units of the hospital, which is conducted on the basis of the

distribution of the material incentive fund between them in terms of quality and volume of work performed by the department.

Принципиальную роль и особое место в регулировании труда и в трудовых отношениях занимают вопросы оплаты труда, которая рассматривается многими экономистами как основной инструмент побуждения и непрерывного поддержания интереса работника к высокопроизводительной отдаче своих трудовых усилий. Однако не только размер зарплаты волнует сотрудников, но и справедливость ее распределения. Как показали наши исследования (2004 г.) среди преимуществ коллективного подряда, на первое место респонденты (32,5%) поставили «более справедливую оплату труда». В связи с этим, оценка деятельности структурных подразделений для принятия решения о распределении между ними средств материального поощрения, приобретает особую важность и требует объективной оценки

Рейтинговая оценка деятельности структурных подразделений (СП) учреждения представляет собой определение интегрального коэффициента, включающего в себя несколько основных (наиболее важных) показателей, характеризующих деятельность того или иного учреждения, его СП. Перечень показателей, значимость (весомость) каждого определяется руководством учреждения с учетом реально сложившейся ситуации, актуальностью для ЛПУ тех или иных направлений в его деятельности.

Для большей объективности используется 3-х уровневая система оценки и дифференциация значений каждого из них в зависимости от важности и актуальности того или иного показателя. Чем важнее показатель, характеризующий какой-либо вид деятельности, тем выше его значение на 2 и 3 уровнях (см. табл.). Наиважнейшее для учреждения (его дохода, имиджа и т.д.) значение имеет качество и доступность МП. Это, прежде всего, уровень качества лечения (УКЛ) и уровень качества работы (УКР), для оценки врачей и специалистов со средним медицинским образованием, а так же удовлетворенность пациента работой ЛПУ (по результатам регулярно проводимого анкетирования пациентов). Поэтому именно они имеют более высокие баллы в оценочной шкале (см. табл.).

Такой подход позволяет и более оперативно использовать материальные стимулы для быстреего получения желаемого результата. Для этого в оценочную шкалу включается соответствующий показатель, либо повышается «стоимость» уже имеющегося, т.е. будет не 0-1-2, а, например, 0-3-6. После того, как актуальность какой-то проблемы снизится, можно и снизить «стоимость» соответствующего показателя.

В оценке деятельности учреждения или СП должны учитываться наряду с показателями постоянными и отдельные, периодически возникающие: появление обоснованной жалобы, или наборот благодарности, соответственно подразделение или теряет баллы или получает дополнительные.

Необходимо установить минимум баллов, ниже которого отделение просто лишается премии.

Расчета рейтингов лечебных отделений стационара

№	Показатель	1 уровень		2 уровень		3 уровень	
		Значение	Бал- лы	Значение	Бал- лы	Значение	Бал- лы
1.	Выполнение плана койко-дней (%)	Менее 95 или Более 102	0	95-99	2	99-102	4
2.	Сроки пребывания (% от нормы)	Менее 80 более 100	0	90-100	2	80-90	4
3.	Фактический расход медикаментов (% от плана)	Менее 80 или перерасход	0	80-95	1	95-100	2
4.	Замечания по сан. эпид. режиму	3 и более	0	1-2	1	нет	2
5.	Случаи внутрибольничного инфицирования	3 и более случаев	0	1-2	1	нет	2
6.	Удовлетворенность пациентов организацией оказания им МП в отделении (%)	Менее 60	0	60-80	3	Более 80	8
7.	Уровень качества лечения	Менее 0,9	0	От 0,9 до 0,98	2	0,98 - 1,0	10
8.	Уровень качества работы	Менее 0,9	0	От 0,9 до 0,98	2	0,98 - 1,0	10
9.	Осложнения основного заболевания	3 и более	0	1-2	3	нет	6
10.	Своевременность сдачи историй болезни в архив (%)	Менее 90	0	90-99	1	100	2
	Итого:	-	-	-	-	-	50

Порядок определения премиального фонда для СП на основе рейтинговой системы оценки их деятельности включает в себя несколько этапов.

1 этап – определение рейтинга СП, количества баллов, набранного им за оцениваемый период (месяц, квартал, год).

2 этап - определяется среднее количество баллов в целом для всех СП участвующих в рейтинге.

3 этап - для каждого отделения определяется поправочный коэффициент путем деления набранных им баллов на среднее количество по учреждению:

4 этап – по утвержденной в ЛПУ методике определяется потенциальный премиальный фонд для каждого отделения, который и умножается на рассчитанный выше поправочный коэффициент.

5 этап – расчет размеров премий внутри СП производится в соответствии с принятой методикой.

Заключение. Использование рейтинговой системы позволит более объективно оценивать деятельность СП, а возможность изменения «ценно-

сти» отдельных показателей, либо введение новых, будут способствовать оперативному решению проблем, возникающих в ЛПУ при организации оказания МП пациентам.

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

И.П. Артюхов, В.В. Козлов, А.В. Шульмин

ОПЫТ СОЗДАНИЯ СИСТЕМ ПОДДЕРЖКИ И ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ НА ОСНОВЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ DALY

*Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия*

Аннотация. В статье показана возможность использования программно-аналитического модуля «Статистика здоровья населения» для оценки медико-демографических потерь населения Красноярского края вследствие смертности в 2004-2010 гг. с использованием методики DALY. Данный модуль позволяет оперативно и наглядно получать данные о демографических процессах для принятия управленческих решений в системе здравоохранения. Автоматизация информационной поддержки принятия управленческих решений способствует уменьшению затрат времени на техническую обработку данных для специалистов информационно-аналитических подразделений системы здравоохранения и расширению возможности по прогнозированию и оценке результатов мероприятий направленных на снижение медико-демографических потерь.

I.P. Artyukhov, V.V. Kozlov, A.V. Shulmin

EXPERIENCE OF SUPPORT SYSTEMS AND MANAGEMENT DECISIONS BASED ON INDICATORS DALY

*Krasnoyarsk State Medical University. prof. VF Vojno-Yasenetsky,
Russia*

Abstract. The article shows the possibility of usage of the program-analytical module «Statistics of population health» to estimate the health and demographic losses due to the deaths of Krasnoyarsk region population in 2004-2010 using DALY method. This module allows you to receive quickly and clearly data on demographic processes for acceptance of administrative decisions in the health care system. Automation of information support management decision-making can reduce time spent on technical data processing for specialists of

the information and analytical divisions of the health care system and on the expansion of opportunities for forecasting and assessment of the results of activities aimed at the reduction of medico-demographic losses.

Одной из приоритетных задач внутренней политики на ближайшие годы Правительством Российской Федерации определено сохранение и развитие национального человеческого капитала страны, как главного фактора экономического роста и основы конкурентоспособности России в глобальной экономике. Необходимость оценки человеческого капитала, как элемента новой системы показателей эффективности деятельности органов управления, отмечается в Указе Президента РФ от 28 июня 2007 года № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ».

В настоящее время в здравоохранении все большее значение приобретают методы комплексной оценки здоровья населения. Это обусловлено тем, что комплексная оценка обладает следующими конструктивными свойствами: 1) обеспечивает многоаспектность анализа; 2) снижает размерности описания объекта; 3) повышает уровень соизмеримости и сопоставимости оценок; 4) повышает уровень интерпретируемости оценок; 5) повышает информативность оценок; 6) повышает аналитическую мощимость; 7) повышает уровень стандартизации; 8) дает возможности для экономической оценки динамики показателей.

Одним из таких показателей является индекс DALY (disease-adjusted life years) — интегральный показатель потерь здоровья, оценивающий ущерб, наносимый обществу болезнями, травмами и связанными с ними инвалидизацией и смертностью.

Показатель глобального бремени болезни, измеряемый в единицах DALY, рассчитывается как количество потерянных человеко-лет потенциально возможной полноценной жизни. Он учитывает, во-первых, потери в результате преждевременной смертности, которая определяется как разница между фактическим возрастом на момент смерти и ожидаемой продолжительностью жизни в этом возрасте и, во-вторых, потери здоровых лет жизни в результате наступления временной утраты трудоспособности вследствие заболеваемости и инвалидности.

Соизмеримость получаемых на базе индекса DALY оценок потерь здоровья позволяет проводить комплексную оценку и формировать на ее основе представление об уровне потерь здоровья, связанном с различными заболеваниями, а также об общем уровне потерь здоровья, обусловленном одновременно всеми причинами.

В решении задачи информационной поддержки принятия управленческих решений можно выделить два основных этапа:

- изучение (измерение, описание и анализ) заболеваемости, инвалидности и смертности населения;
- интегральную оценку потерь здоровья, социальных и экономических потерь вследствие имеющегося уровня заболеваемости, инвалидно-

сти и смертности населения; анализ и прогнозирование этих потерь для выделения наиболее приоритетных направлений их снижения.

В Красноярском государственном медицинском университете разработан программный модуль «Статистика здоровья населения», позволяющий оперативно и наглядно получать данные о демографических процессах для принятия управленческих решений в системе здравоохранения.

Работа модуля основана на клиент-серверных технологиях. Пользователь, используя интернет-доступ к серверу, может оперативно получать и использовать в анализе подготовленные данные.

С использованием данных программных модулей произведена оценка медико-демографических потерь населения на примере Красноярского края в 2004-2010 гг. вследствие смертности по методике DALY. В качестве источника информации использовались базы данных смертности и численности населения Территориального органа государственной статистики по Красноярскому краю.

За период с 2004 по 2010 год из-за смертности населения Красноярского края было потеряно в абсолютных числах 3 067 428 единиц DALY, из которых на долю потерь среди мужского населения приходится 60,0% (1 841 177 DALY), и 40,0% (1 226 251 DALY) – среди женщин. Максимальные потери были отмечены в 2005 г. и составили 495 889 DALY, минимальные – в 2009 г. – 402 515 DALY.

Начиная с 2006 г. в Красноярском крае отмечается тенденция к снижению потерь DALY. Для мужчин потери сократились на 14,8% - с 212,3 до 180,8 единиц DALY на 1000 мужского населения. Снижение потерь DALY для женщин составило за данный период 11,7% - с 122,3 до 108,0 на 1000 населения женского пола.

Отмечаются существенные различия между мужским и женским населением не только в величине потерь DALY, но и в их возрастной структуре. У женщин наибольший удельный вес потерь приходится на возраста старше 60 лет, в частности, до 33% на возраста группы 65- 79 лет, при этом, суммарные потери в возрасте до 60 лет, по данным 2010 года, составляют 49,5%, а после 60 лет - 50,5%. В то же время, у мужчин максимум потерь приходится на трудоспособные возраста от 50 до 59 лет (суммарно около ¼ части всех потерь), а соотношение потерь до и после 60 лет составляет – 69% к 31%.

При сравнении потерь DALY на 1000 населения в городской и сельской местности, более высокие потери отмечаются для жителей села. Так в 2010 г. – в городах потери составили 99,4 единиц DALY на 1000 женского населения и 167,4 на 1000 мужчин, а в сельских населенных пунктах – соответственно, 135,7 и 219,6 единиц DALY. Причем, наиболее неблагоприятное соотношение потерь DALY между городским и сельским населением наблюдается в возрастной группе 20-24 лет, в которой потери в сельской местности ежегодно превышали аналогичные потери в городах в 1,8- 2,1 раза на протяжении всего исследуемого периода.

Среди трех основных причин медико-демографических потерь, которыми являются болезни системы кровообращения (БСК), травмы и отравления и злокачественные новообразования среди мужского населения в 2009 г. впервые на первое место вышли потери от БСК. До этого, на протяжении анализируемого периода наибольшую величину имели потери, связанные с травмами и отравлениями. Потери DALY среди мужчин Красноярского края, обусловленные смертностью от онкологических заболеваний, стабильно находятся на третьей позиции среди основных причин. При этом потери DALY от травм и отравлений превышали потери от злокачественных новообразований максимально в 3,6 раз в 2005 г, и минимально - в 2,3 раза в 2009 г.

Среди женского населения Красноярского края из причин потерь DALY существенно преобладают потери, связанные с БСК, более чем в 2 раза превышая потери DALY от онкологических заболеваний, травм и отравлений, на протяжении всего анализируемого периода. В 2004 и 2005 гг. потери DALY от злокачественных новообразований занимали третье место по величине среди женского населения Красноярского края. Начиная с 2006 года, они становятся второй по значимости причиной потерь DALY после потерь от БСК.

По нашему мнению, использование оценки показателя потерь DALY может являться важным элементом в обосновании необходимости разработки мероприятий, направленных на предотвращение преждевременной смертности среди населения

Эффективность разработанного программного модуля определяется повышением оперативности, кратности и степени детализации получения информации о здоровье населения. Автоматизация процесса позволит уменьшить затраты времени на техническую обработку данных для специалистов информационно-аналитических подразделений системы здравоохранения и расширить фронт аналитической работы по прогнозированию и оценке результатов мероприятий текущей деятельности систем, модернизации здравоохранения, целевых программ, составлению рейтинга территорий по уровню здоровья.

А.И. Бабенко

МЕТОДОЛОГИЯ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН, Новокузнецк, Россия

Аннотация. В статье предложен методологический подход к стратегическому планированию и управлению в здравоохранении. Представлены

этапы разработки стратегии на основе оценки формирования человеческого капитала и капитала здоровья.

A.I. Babenko

METHODOLOGY OF PLANNING AND MANAGEMENT OF STRATEGY IN THE PUBLIC HEALTH

Institute complex problems of hygiene and occupational diseases SB RAMS, Novokuznetsk, Russia

Abstract. The methodological approaches to the strategic planning and management in the public health are proposed in article. The stages of development of strategies on basis of the assessment of forming of a human capital and capital of health are submitted.

Организация здравоохранения как научная дисциплина изучает взаимосвязь организации медицинской помощи с процессами демографического, социального и экономического развития. При сложившемся традиционном, классическом типе управления в здравоохранении не предусматривается учет динамики этих процессов, прогнозов их развития. Совершенствование медицинской помощи ориентируется на простую констатацию показателей общественного здоровья (рождаемость, смертность, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие) и сложившихся критериев обеспеченности койками, кадрами, материально-техническими и финансовыми средствами. Традиционный тип управления здравоохранением, с точки зрения системного анализа, предполагает рассматривать медицинскую организацию как «закрытую» систему. Основной принцип организационно-структурного построения ЛПУ – функционально с четким разделением по службам. При управлении приоритет отдается пунктуальности расходования ресурсов и механизму управления на основе контроля видов деятельности. Общий механизм планирования опирается на информацию о прошлом, с переносом результатов на перспективу. При этом основными методами планирования являются генетический (экстраполяция ситуации во времени от настоящего к будущему) и телеологический (установление целевых показателей). Критериями деятельности медицинского учреждения служат целевые установки достижения необходимых показателей на основе изыскания внутренних резервов.

Современное развитие социально-экономических процессов в регионах Российской Федерации, здравоохранения, медицинских служб и организаций предусматривает переход от принципа этапности оказания медицинской помощи к реализации отдельных видов медицинской помощи по технологическому принципу, с максимальной доступностью высокотехнологичных и других видов помощи (диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических, оздоровительных). В этой связи назрела необходимость внедрять в здравоохранение элементы стратегического плани-

рования на основе предвидения изменений, возможности применять гибкие экстренные решения, а сам уровень управления представляется как исследовательский и творческий процесс.

При стратегическом типе управления медицинская организация рассматривается как «открытая» система. Принципы организационно-структурного построения ЛПУ опираются на предполагаемые изменения ситуации, и приоритетной в управлении является возможность маневра ресурсами. Механизм управления связан с выявлением новых проблем и выработкой перспективных решений. Отсюда основной механизм планирования строится по принципу от будущего к настоящему с использованием элементов построения прототипов и моделирования ситуации, сценариев и матриц оценки вариантов деятельности, моделей и технологий ситуационного анализа. Критериями деятельности медицинских организаций при стратегическом управлении являются прогностические показатели (так называемое индикаторное планирование), и успех функционирования обеспечивается адекватностью развития здравоохранения характеру формирования демографических, экономических, социальных и экологических процессов.

В целом главное отличие методологических подходов при классическом и стратегическом управлении заключается в последовательности реализации трех основных компонент планирования: сеть и структура здравоохранения, медицинские технологии, распространенность патологии среди населения. При классическом управлении и планировании (от настоящего к будущему) вначале мы проводим изменение сети и структуры здравоохранения, исходя из имеющихся проблем в здоровье населения. Далее на основе реструктуризации здравоохранения осуществляем реализацию соответствующих медицинских технологий с последующей оценкой изменения потерь в здоровье населения и распространенности патологии. При стратегическом управлении и планировании (от будущего к настоящему) начальным элементом является разработка прогнозов в состоянии здоровья населения и распространенности патологии (расширяется критериальная база оценки общественного здоровья). На этой основе определяется потенциальная востребованность медицинских технологий. Для их реализации проводится соответствующее формирование сети и структуры здравоохранения. Стратегический подход к развитию здравоохранения позволяет более эффективно управлять этой системой и планировать деятельность в опережающем режиме.

Методология стратегического подхода к планированию и управлению здравоохранением подразумевает, с одной стороны, использование соответствующих индикаторных критериев, позволяющих прогнозировать характер распространенности патологии среди населения, с другой – применение интегрированных критериев, характеризующих взаимосвязь здоровья населения с демографическими, экономическими и социальными характеристиками населения.

Интегральным отражением взаимосвязи биологических, социальных, экономических свойств населения является человеческий капитал (ЧК).

Критериями человеческого капитала являются показатели, характеризующие воспроизводство, формирование и потери жизненного, трудового, репродуктивного потенциала (количественные характеристики поколений), а также показатели здоровья, уровня образования, культуры, профессиональной деятельности и т.д. (качественные характеристики поколений). Составным элементом ЧК является капитал здоровья (КЗ), выражающийся в генерировании потока доходов в виде воспроизводства здоровья новых поколений.

В целом население включает в себя три основные возрастные категории поколений: старшее, среднее и младшее (молодое). Сравнивая показатели здоровья поколений во временном интервале, можно оценить характер формирования КЗ как в целом, так и для отдельных поколений населения. Дифференциация временных периодов при пошаговой реализации стратегии основывается на прогнозировании состояния капитала здоровья в соответствии с этими периодами.

Более детальное оценивание КЗ и его прогноз связаны с использованием отдельных показателей здоровья населения, имеющих соответствующую стратегическую значимость. Смертность – отражает объем и структуру демографических потерь населения. Инвалидность – отражает объем и структуру медико-экономических потерь населения и востребованность медико-социальной помощи. Заболеваемость (по данным обращаемости за медицинской помощью) – отражает нагрузку на отдельные службы здравоохранения и востребованность медицинской помощи. Заболеваемость по данным медицинских осмотров, обследований (отдельные контингенты, коллективы, группы): *при классификации патологии* по нозологическому принципу – это *заболеваемость*; по синдромальному принципу (клинические формы заболеваний) – это *востребованность медицинских технологий* в настоящее время. Патологическая пораженность – *морфологические и функциональные отклонения (выявленные различными диагностическими методами), отражающие патологическое состояние организма человека* – прогноз заболеваемости и потенциальная востребованность медицинских технологий.

В этой системе показателей оценка патологической пораженности населения, получаемая при использовании различных диагностических методов, позволяет, с одной стороны, разрабатывать прогнозы распространенности патологии, заболеваний среди населения, основываясь не только на общей официальной статистике учета болезней за прошедший период, но и на информации о начальных стадиях развития патологии среди населения. С другой стороны, дает возможность определять востребованность в перспективе не только диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических технологий, но и давать ориентиры для научных и научно-прикладных исследований.

Исходя из вышеизложенного, разработку стратегии здравоохранения можно представить в виде следующих основных этапов: определение элементов стратегического планирования в здравоохранении → оценка форми-

рования ЧК, его потерь и КЗ → определение потенциальной востребованности медицинских технологий → реализация медико-организационных технологий → оценка вклада медицинских и организационных технологий в формирование ЧК → оценка эффективности стратегии.

Разработанные этапы стратегии развития здравоохранения по критериям человеческого капитала должны лечь в основу всех элементов совершенствования системы охраны здоровья населения: концептуальный, ситуационно-прогнозный, стратегического планирования, структурного моделирования, правового регулирования, функционального управления, экспертно-оценочный, что даст возможность реально управлять формированием общественного здоровья.

А.Ф.Гусев, И.Ю.Бедорева, Э.Р.Хафизова, Е.Г.Тощая,
Р.А.Казаков, В.В.Кан

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ЕЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ

*ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии» Минздравсоцразвития Российской
Федерации*

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский
университет» Минздравсоцразвития Российской Федерации*

Аннотация. В условиях модернизации медицинского сектора науки повышаются требования к организации научной деятельности в профильных исследовательских учреждениях. В данной статье представлен опыт Новосибирского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии по разработке и применению системы поддержки результативности научной деятельности в научной организации.

A.F.Gusev, I.U.Bedoreva, E.R.Khafizova, E.G.Totskaya,
R.A.Kazakov, V.V.Kan

IMPROVEMENT OF THE ORGANIZATION OF SCIENTIFIC ACTIVITY ON THE BASIS OF THE ASSESSMENT OF ITS PERFORMANCE

*Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopaedics,
Novosibirsk, Russia*

Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

Abstract. Modernization of the science medical sector requires organization of scientific activity in medical research establishments. In this

article the experience of the Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopedics on the development and application of the system of support of scientific activity performance in a scientific organization is presented.

Актуальность. Программа модернизации медицинского сектора науки в настоящее время преимущественно нацелена на:

- обеспечение конкурентоспособности медицинской организации;
- внедрение системы критериальных оценок качества и результативности деятельности;
- совершенствование системы стимулирования оплаты труда научных работников;
- формирование экономической устойчивости организации.

Исходя из этих стратегических целевых установок, одной из важных тактических задач является создание условий для максимально эффективной деятельности научных работников с учетом современных экономических условий.

Анализ опыта успешной реализации указанных задач в Новосибирском НИИ травматологии и ортопедии позволяет предложить для медицинской общественности свой апробированный вариант системы поддержки результативности научной деятельности.

Значительная часть работы руководителя научного подразделения научно-исследовательского учреждения (НИУ) заключается в оценке результатов научной деятельности (ОРНД) отдельных сотрудников и отслеживании необходимости в дополнительной поддержке и помощи.

Руководители должны постоянно «подталкивать» персонал к выполнению задач плана научно-исследовательской работы (НИР) НИУ. При этом каждый сотрудник нуждается в поощрении, росте, удовлетворении амбиций, и все это должно совпадать с намерениями учреждения. Чтобы найти баланс, руководители и персонал должны четко представлять себе как задачи НИУ, так и задачи каждого сотрудника, а также знать мнение заинтересованных лиц.

Применяемая процедура ОРНД ориентирует сотрудников к *взаимным действиям* по достижению общих и частных задач. При этом процедура ОРНД позволяет своевременно и целенаправленно предпринимать корректирующие действия.

Опыт, приобретенный при внедрении принципов СМК в клинике НИИТО, позволяет на современном этапе предполагать эффект применения этой системы в процессах планирования и исполнения задач НИР НИУ. Однако контроль исполнения и осуществление своевременных корректирующих действий невозможен без оценки результатов на разных этапах реализации плана.

При проведении оценки руководитель должен основываться на реальных фактах (соответствие «план-факт»). Лишь в этом случае ОРНД будет иметь пользу.

В процессе оценки целесообразно сосредоточиться на результатах работы и реальных перспективах, а не только на личных качествах сотрудника.

Таким образом, оценка проводится с целью выявления сильных и слабых сторон в процессе выполнения НИР / НИОКР, а также для определения областей корректирующих действий применительно к процессу выполнения НИР / НИОКР НИУ.

Материал и методы оценки:

- оценка проводится при анализе плана на соответствующий календарный период и отчета о его выполнении, а также методом опроса;
- для проведения оценки разработаны форматы плана, отчета, опросного листа, параметры и матрица перекрестной оценки, позволяющие оценить результативность исполнения НИР / НИОКР;
- ключевым респондентом является научный руководитель, дополнительно могут быть выбраны респонденты, исходя из установленных задач.

Объект оценки – степень готовности различных видов научной продукции в рамках НИР / НИОКР института в процессе:

- подготовки публикации и издания научной статьи (работа над статьей);
- работы над заявкой на изобретение для получения патента;
- разработки новой медицинской технологии (НМТ) и/или методических рекомендаций (МР);
- работы над докладом, монографией, диссертацией;
- подготовки отчета о результатах научной деятельности за оцениваемый (предыдущий календарный) период;
- разработки плана исполнения НИР / НИОКР (планирование) на следующий календарный период.

Для оценки степени готовности научной продукции были утверждены нормативы подготовки научной продукции и разработаны карты процессов подготовки каждого вида научной продукции.

Процедура оценки состоит из оценивания результатов выполнения плана индивидуальной научной деятельности исполнителей НИР. Основным критерием оценки является своевременность выполнения запланированных видов деятельности по НИР / НИОКР. В этой связи, существует ключевое требование к научным руководителям НИУ – обеспечение соблюдения временных и количественных параметров процесса исполнения НИР / НИОКР в соответствии с целевыми / плановыми показателями.

Оценку проводят руководители комплексных НИР, как правило, один раз в квартал. Оценка может также проводиться: научными сотрудниками (в порядке *самооценки*) и руководством института, что позволяет максимально снизить риск субъективности оценки.

Результаты оценки могут быть представлены в виде сравнительных диаграмм, а также в виде индивидуальных и сводных таблиц значений. Результаты оценки распределяются по оценочным уровням исполнения. По

результатам оценки проводится анализ полученных показателей, и формируются выводы относительно результативности исполнения НИР / НИОКР на период проведения оценки.

Также по результатам оценки выявляются несоответствия и определяются области корректирующих действий (КД). Область индивидуальных КД относительно каждого уровня исполнения отражается в индивидуальных и сводных результатах оценки. Форма КД действий может представлять собой как формат централизованного решения выявленных проблем относительно результативности исполнения НИР / НИОКР на период проведения оценки, так и формат индивидуальных решений. Выбор формы КД осуществляется руководством.

Полученные результаты и выводы. Применение разработанной системы поддержки результативности научной деятельности на основе проведения мероприятий ОРНД позволило за относительно короткий период времени повысить ее эффективность. В настоящее время каждое научное подразделение Новосибирского НИИТО имеет комплексную НИР (КНИР), таким образом, общее количество КНИР за последние годы увеличилось почти трехкратно; также двукратно увеличилось количество выполняемых квалификационных научных работ. В этих условиях повысилась и публикационная активность (возросло количество научных публикаций и докладов), а также стабилизировалось ситуация и имеется тенденция к увеличению количества представленных диссертационных работ к защите. Кроме того, есть основания считать, что внедрение такой системы позволяет постоянно совершенствовать процессы планирования и выполнения научной деятельности, что оказывает положительное влияние на повышение конкурентоспособности научной организации и формирование ее экономической устойчивости.

Литература.

1. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2011 год и на период до 2013 года (<http://www.minzdravsoc.ru/ministry/budget>)

2. Разработка системы процессного управления проведением научных исследований в медицинском научно-исследовательском учреждении / А.Ф.Гусев, И.Ю.Бедорева, Э.Р.Хафизова // Хирургия позвоночника. - 2010. - №4. - С.90-97.

3. Подходы к созданию системы устойчивого развития в научно-исследовательском учреждении здравоохранения травматолого-ортопедического профиля / М.А.Садовой, И.Ю.Бедорева, Е.А.Головко, Л.С.Шалыгина, Т.В.Комиссарова, А.Ф.Гусев // Хирургия позвоночника. - 2012. - № 1. - С.89-97.

4. Социально-психологическое обеспечение системы менеджмента качества в медицинской организации / С.А.Белякин, Т.В.Казакова, Т.Н.Брескина, А.А.Азбаров, М.М.Ковальчук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2011. - №4. - С.26-30.

5. Кучеренко В.З. Роль подготовки медицинских кадров в развитии здравоохранения России за рубежом // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2011. - №4. - С.46.

6. Методологические основы стандартизации оценочной деятельности медицинской научной организации / А.И.Вялков, С.А.Мартыничик, В.А.Полесский // Здравоохранение Российской Федерации. - 2010. - №6. - С.3-6.

7. Апробация модели рейтинговой оценки результативности деятельности организации, выполняющей научно-исследовательские работы по профилю «общественное здоровье и управление здравоохранением» / А.И.Вялков, С.А.Мартыничик, Е.А.Глухова, В.А.Полесский, Е.Л.Потемкин // Здравоохранение Российской Федерации. - 2011. - №6. - С.7-10.

К.Т. Даиров, Д.А. Амангельдинов

МЕНЕДЖМЕНТ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

АО «Медицинский Университет Астана», Казахстан

Аннотация. Характеристика системы управления. Функции управления. Понятие стратегии, ее виды. Характеристика стратегического управления. Процесс разработки стратегии ЛПУ и его особенности.

К.Т. Dairov, D.A. Amangeldinov

MANAGEMENT IN HEALTH SYSTEMS. STRATEGIC MANAGEMENT AND ECONOMIC MANAGEMIC METHODS IN HEALTH CARE

SC “Astana Medical University”, Kazakhstan

Abstract. Characteristic of the management system. Functions of management. Concept of strategy and its classes. Characteristic of the strategic management. Strategy development process of MPI and its characteristics.

Опорный конспект.

Учреждение здравоохранения – это сложная социально-экономическая система, которая располагает материальными, денежными, трудовыми ресурсами для удовлетворения потребностей в медицинских услугах. Управление означает осуществление определенного типа взаимосвязанных действий по формированию и использованию ресурсов ЛПУ для достижения поставленных целей. В условиях рыночной экономики в ходе управления

достигается не только медицинская, социальная, но и экономическая эффективность посредством соизмерения доходов с расходами и получения прибыли.

Объединение усилий людей при наличии определенной организации труда более производительно, продуктивно и требует меньших затрат энергии, времени и других ресурсов. Необходимая организация труда достигается в свою очередь при функционировании системы управления.

Стратегия – общая концепция того, как достигаются цели организации, решаются стоящие перед ней проблемы и распределяются необходимые для этого ограниченные ресурсы.

Задача – поддерживать соответствие между требованиями рынка и деятельностью организации по их выполнению для достижения эффективности на длительную перспективу.

По форме – стратегия – это разновидность управленческих документов, которая может быть представлена в виде графиков, таблиц, описаний и т.п.

По содержанию – это модель действий, инструмент для достижения целей организации.

Главной задачей разработки стратегии является – достижение конкурентных преимуществ и рентабельности организации. Не существует стратегии, единой для всех организаций. Так же как и не существует единого универсального стратегического управления.

Стратегическое управление – целенаправленное воздействие, на объект управления исходя из общей концепции взглядов организации на стоящие перед ней цели и выбор методов достижения поставленных целей в будущем в условиях неопределенности.

Стратегическое управление – это динамическая совокупность 5-ти взаимосвязанных управленческих процессов: 1) анализ среды; 2) определение миссии и целей; 3) выбор стратегии; 4) выполнение стратегии; 5) оценка и контроль выполнения.

Ведущий специалист в области стратегического управления М. Портер, считает, что существуют 3 основных области выработки стратегии поведения организации на рынке: 1) лидерство в минимизации издержек продукции; 2) специализация в производстве продукции; 3) фиксация определенного сегмента рынка и концентрация усилий фирмы на выбранном рыночном сегменте.

Фирма имеет следующие элементы: продукт, рынок, отрасль, положение фирмы внутри отрасли, технология.

Каждый из этих элементов может находиться в одном из 2 состояний: существующее состояние; новое состояние.

В литературе отмечается 4 вида базисных стратегий фирмы: 1) Стратегии концентрированного роста. 2) Стратегии интегрированного роста. 3) Стратегии дифференцированного роста. 4) Стратегии сокращения.

Процесс выбора стратегии включает: 1) уяснение текущей стратегии; 2) проведение анализа портфеля продукции; 3) выбор стратегии фирмы; 4) оценка выбранной стратегии.

Выбор стратегии медицинского учреждения осуществляется руководством на основе анализа ключевых факторов, характеризующих состояние организации, с учетом результатов анализа портфеля продукции, а так же характера и сущности реализуемых стратегий.



Разработка стратегии ЛПУ – научный способ выявления состояния и вероятных путей развития организации при помощи определения системы желаемых качественных характеристик объекта управления в будущем.

На разработку стратегии ЛПУ (помимо потенциала организации) влияют следующие факторы: миссия и цели медицинской организации; состояние рынка оздоровительных услуг; конкурентные преимущества; организационная культура; продукция (товары и услуги ЛПУ); менеджмент организации и др.

Выполнение стратегии ЛПУ направлено на решение 3-х взаимосвязанных задач:

Установление приоритетности задач, относительная значимость которых соответствовала бы той стратегии, которую будет реализовывать организация. Это касается проблем использования ресурсов, установления организационных отношений, созданию вспомогательных систем и т.д.

Установление соответствия между выбранной стратегией и внутриорганизационными процессами в ЛПУ с тем, чтобы сориентировать деятельность организации на осуществление выбранной стратегии. Соответствие должно быть достигнуто по таким характеристикам, как: структура организации; система мотивирования и стимулирования; нормы и правила поведения; квалификация работников и менеджеров и т.д.

подавляющее большинство методов и функций стратегического управления направленно на уменьшение состояния неопределенности в процессе функционирования организации. Минимизировать фактор неопределенности позволяет *стратегическое планирование*, в рамках которого реализуется совокупность методов стратегического управления.



Совокупность возможностей медицинского учреждения по предоставлению услуг характеризует его потенциал. Возможности определяются ресурсами (факторы производства), находящимися в распоряжении лечебного учреждения.

Потенциал ЛПУ зависит не только от факторов внутренней среды, а и внешней, в том числе: величины потребительского спроса; действия конкурентов; отношений с поставщиками и т.п.

Степень использования потенциала зависит от стратегии лечебного учреждения.

Работая над совершенствованием пропорций и поддержанием сбалансированности видов используемых ресурсов, медицинское учреждение увеличивает свои возможности по оказанию помощи населению. Механизм использования ресурсного потенциала организации приводится в действие в соответствии с осуществляемой стратегией.

Достижение высокой эффективности функциональной деятельности объектов здравоохранения требует: разработки целевых программ; осуществления постоянного контроля за качеством услуг, эффективностью лекарственных средств, изделий медицинского назначения и т.д.; применения всех доступных экономических методов управления.

Используемая литература:

1. «Менеджмент» Учебник/под редакцией Ф.М. Русинова и М.Л. Разу; Москва; ФБК-ПРЕСС, 1999год.

2. «Менеджмент: основа организации» А.М. Смолкин; Москва; ИНФРА-М, высшее образование, 2001год.

В.В. Дементьев, А.Ю. Сенченко, Е.А. Юрьева

НОВАЯ ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖМУНИЦИПАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. Войно-Ясенецкого, Россия*

Аннотация. В данной статье выделены основные недостатки организации деятельности межрайонных центров здравоохранения. Представлена новая модель функционирования межмуниципальных центров здравоохранения, основанная на принципах централизации управления, адекватного финансирования и принципах маркетинга – модель 4с. Данная модель позволит достичь медицинского, социального и экономического эффектов, представленных в статье.

V.V. Dementyev, A.Y. Senchenko, E.A. Yurieva

A NEW EFFECTIVE MODEL OF INTER-MUNICIPAL HEALTH CENTRES

*Krasnoyarsk state medical University named after prof. Voyno-
Yasenetsky, Russia*

Abstract. In this article highlights the main shortcomings of the organization of activity of the inter-district health centres. Presented the new model of functioning of the municipal health centres, based on the principles of centralization of management, adequate financing and principles of marketing - model 4 c. This model will allow to achieve health, social and economic effects, presented in the article.

В соответствии с ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» основной миссией системы здравоохранения в РФ является обеспечение гражданам охраны здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.

Согласно Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года одним из приоритетов государственной политики должно являться повышение доступности и качества медицинской помощи населению. Данный приоритет особенно важен для сельской местности в силу ряда особенностей:

1. большая протяженность территории и низкая плотность населения;
2. слабое развитие дорожной инфраструктуры;
3. низкий уровень финансирования;
4. недостаточная обеспеченность оборудованием и медицинскими кадрами.

Именно они являются барьерами для достижения этого приоритета.

По нашему мнению создание межрайонных центров здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь жителям сельской местности является одним из оптимальных решений, способных устранить эту проблему. Такие центры должны создаваться на базе действующих городских или центральных районных больниц и оказывать первичную медико-санитарную и специализированную (в том числе узкоспециализированную) медицинскую помощь жителям нескольких муниципальных образований. Однако созданные межрайонные центры не дали тех эффектов, которые от них ожидалось.

Причинами этого могут быть названы:

1. устаревшая система финансирования и оплаты медицинской помощи, которая не позволяет в полной мере осуществлять межрайонные перечисления за оказание медицинской помощи пациенту, начавшему лечение в другом муниципальном образовании;

2. существующая этапная система оказания медицинской помощи сельскому населению не подразумевает наличие муниципальных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь населению нескольких районов края;

3. основная проблема эффективной деятельности существующих межрайонных центров заключается в том, что, будучи муниципальными образованиями, они не имеют достаточного объема ресурсов для создания системы оказания новых видов специализированной медицинской помощи на базе муниципальных учреждений здравоохранения.

В связи с вышеуказанным, нами предложена новая модель управления и организации работы межмуниципальных учреждений здравоохранения, которая позволит устранить основные препятствия для их эффективно функционирования.

Основные принципы новой модели заключаются в следующем:

- 1) Централизация управления. Оптимальной организационно-правовой формой для межрайонного центра является обособленное структурное подразделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения, в нашем случае краевой клинической больницы. Данная схема позволяет упростить систему взаимодействия между межрайонными центрами субъекта Российской Федерации и более эффективно распределять объем определенных медицинских услуг между учреждениями региона. К тому же это позволит более рационально использовать ресурсы.

- 2) Адекватное финансирование. Оплата медицинской помощи по законченному случаю, в части оказания стационарной медицинской помощи, является наиболее оптимальной для межрайонных центров, так как напрямую влияет на объем финансирования, стимулирует повышение доступности оказания стационарной помощи. Регуляторами деятельности при этом являются стандарты лечения, защищающие пациентов от оказания медицинской помощи на ненадлежащем уровне, а мощность межрайонного центра будет ограничителем для роста числа необоснованных госпитализаций.

Оплата по единице объема оказанных медицинских услуг так же подходит для внедрения в работу межрайонных центров в части оказания амбулаторно-поликлинической (консультативной) медицинской помощи. Данный способ создает условия для повышения доступности консультативной помощи, оказываемой в межрайонном центре наряду с созданием мотивации для минимизации затрат в рамках амбулаторно-поликлинической помощи.

3) Организация работы на основе принципов маркетинга – модель «4с», которые учитывают не только потребности пациента, на основе которых и строилась этапная система оказания медицинской помощи сельским жителям (модель «4р»), но и его личные особенности, а также ценностные ориентиры. Требуется выделить основные виды узкоспециализированной медицинской помощи, организация оказания которых не требует чрезмерных финансовых и трудовых ресурсов, и количество оказываемых услуг данного направления достаточно велико, чтобы полностью обеспечить межрайонный центр объемом работы.

Таким образом, создав сеть межрайонных центров в определенной группе районов и распределив между ними основные виды специализированной и узкоспециализированной медицинской помощи можно получить значительные медицинский, социальный и экономический эффекты

Медицинский эффект будет заключаться в сокращении количества осложнений и возникновения случаев инвалидности за счет значительного снижения времени между первым обращением пациента за медицинской помощью и непосредственным оказанием ему узкоспециализированной помощи.

Социальный эффект может присутствовать за счет роста удовлетворенности населения полученной медицинской помощью, а, так же, за счет создания у пациентов мотивации к своевременному обращению за медицинской помощью.

Экономические эффект будет проявляться в виде уменьшения прямых затрат за счет оптимизации величины тарифа по законченному случаю, сокращения числа случаев и длительности временной нетрудоспособности, а как следствие и социальных выплат, а так же в виде снижения затрат семей на услуги, связанные с медицинским обслуживанием вне зоны постоянного пребывания.

Е.А. Добрецова, А.В. Шульмин, И.Л. Аршукова, В.В. Козлов

КУРЕНИЕ И ПОТЕРИ ОТ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА ПРЕДПРИЯТИИ

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», Россия

Аннотация. В данной работе проводится исследование ущерба предприятий от временной нетрудоспособности сотрудников вследствие заболеваний, обусловленных курением. Мероприятия по отказу от курения позволяют снизить уровень заболеваемости и повысить экономический эффект. Возможные результаты проведения мероприятий по отказу от курения среди сотрудников анализируются на примере одного из предприятий г. Красноярска.

E.A. Dobretsova, A.V. Shulmin, I.L. Arshukova, V.V. Kozlov

SMOKING AND LOSS OF TEMPORARY DISABILITY AT THE ENTERPRISE

GBOU VPO «Krasnoyarsk State Medical University. prof. VF-Vojno Yasenetsky», Russia

Abstract. The article deals with the investigation of manufacture losses from temporary incapacity for employees due to the diseases caused by smoking. The anti-smoking activities can reduce the morbidity level and raise the economic effect. The possible results from anti-smoking activities among employees are analyzed on the example of one of the enterprises of Krasnoyarsk city.

Цель исследования: определение ущерба на предприятии от временной нетрудоспособности вследствие курения и возможных эффектов при проведении мероприятий среди сотрудников по отказу от курения.

Объект исследования: ущерб от курения на предприятии.

Единица наблюдения: сотрудник предприятия.

Учетный признак: курение и утрата трудоспособности.

Для определения цены дней болезни курящих на предприятии, используется следующая формула:

$$C_{II} = P_K \times C_P \times t_B \times C_{Pд}$$

где: P_K – доля курящих;

C_P – число работающих;

t_B – дни болезни в сравнении с некурящими;

$C_{Pд}$ – цена дня по ФОТ.

В качестве примера проведем расчеты по данным анкетирования сотрудников электровагонноремонтного завода г.Красноярска (ЭВРЗ).

По полученным данным была рассчитана общая стоимость дней нетрудоспособности сотрудников ЭВРЗ за год. На данном предприятии она составила 3051923 руб.

Эта стоимость была рассчитана по формуле:

$$C_{II} = 0,46 \times 2500 \times 2,3 \times 1153 = 3\,015\,923$$

где: P_K – доля курящих = 0,46;

$Ч_P$ – число работающих = 2500 человек;

t_B – время болезни = 2,3 дня;

$Ц_{ФОТ}$ – цена дня по ФОТ = 1153 рублей.

В случае, если проводимые мероприятия приведут к сокращению курения на 10%, будет получена экономия в 305192 руб.

Формула определения эффекта от сокращения числа курящих по дням болезни

$$C_{II} = Ч_{БК} \times t_B \times Ц_{ФОТ}$$

где: $Ч_{БК}$ – число работающих;

t_B – дни болезни в сравнении с некурящими;

$Ц_{ФОТ}$ – цена дня по ФОТ.

Эффект от сокращения дней болезни на ЭВРЗ

$$C_{II} = 115 \times 2,3 \times 1153 = 305\,192$$

где: $Ч_{БК}$ – число бросивших курить = 115 человек;

t_B – время болезни = 2,3 дня;

$Ц_{ФОТ}$ – цена дня по ФОТ = 1153 рублей.

Таким образом, проведенное исследование позволяет говорить о том, что мероприятия по отказу от курения позволят обеспечить существенный экономический эффект.

В.В. Захаренков, М.И. Ликстанов, И.В. Вибляя

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕНЕДЖМЕНТЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

*Научно-исследовательский институт комплексных проблем
гигиены и профессиональных заболеваний Сибирского отделения
Российской академии медицинских наук, Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Обоснованы информационные технологии в менеджменте современной медицинской организации, в составе которой кроме стационара предусмотрено наличие поликлиники и использование стационар-замещающих технологий. Приведены результаты внедрения локальной вычислительной сети в Кемеровской областной клинической больнице в период с 2006 по 2011 г.

V.V. Zakharenkov, M.I. Likstanov, I.V. Viblaya

INFORMATION TECHNOLOGIES IN THE MANAGEMENT OF A MODERN MEDICAL ORGANIZATION

Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases under Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Novokuznetsk, Russia

Abstract. Information technologies in the management of a modern medical organization including a polyclinic besides a hospital and the use of the technologies replacing a hospital are proved. The results of introducing local computer network in the Kemerovo Regional Clinic from 2006 until 2011 are given.

Прямое воздействие на состояние здоровья населения и систему здравоохранения в целом оказывают политические и социально-экономические преобразования, происходящие в России в последние 20 лет [3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 13]. Требуется коренное реформирование деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), эффективная работа которых невозможна без рационального и грамотного применения управленческих алгоритмов в рамках внедрения информационных технологий, что логично вписывается в мероприятия Концепции развития системы здравоохранения [1, 9, 11]. Задача оптимизации системы менеджмента любым ЛПУ непрерывно связана с совершенствованием его информационных ресурсов для максимизации удовлетворения потребности населения в адекватной медицинской помощи [1, 2]. В связи с этим перед разработчиками локальных вычислительных сетей (ЛВС) в качестве приоритетных выдвигаются три задачи: автоматизация ведения первичных медицинских документов и формирование отчетных данных; автоматизация рутинных видов деятельности медицинского персонала для облегчения их труда; создание баз данных (БД), способствующих оптимизации процесса управления ЛПУ и проведению научно-практических исследований.

Прошло время создания разрозненных прикладных программ. Необходимо переход от информационно-справочной к информационно-управляющей системе с развитым информационно-аналитическим разделом, способным выдавать рекомендации по формированию конкретных управленческих решений.

Учитывая сложность и многогранность лечебно-диагностического процесса (ЛДП), мы отказались от концепции построения ЛВС больницы в один прием (пригласить фирму, установить аппаратуру, создать автоматизированные рабочие места (АРМ) пользователей и т.д.). Создание современной ЛВС для многопрофильного ЛПУ представляет собой многоплановую задачу, связанную с построением коммуникационной инфраструктуры; приобретением и установкой средств вычислительной техники и системного программного обеспечения; разработкой и адаптацией прикладных про-

грамм; подготовкой и обучением персонала; сопровождением и эксплуатацией ЛВС.

Нами обоснованы требования к построению ЛВС в поддержку менеджмента современной медицинской организации, в которой кроме стационара предусмотрено наличие поликлиники и использование стационарзамещающих технологий. Основным элементом данной сети является центральный сервер (Web-сервер), соединенный с ПК-клиентами. Особенности функционирования ЛВС областной клинической больницы, задачами которой являются накопление специфической информации для формирования электронной медицинской документации, информационная поддержка и помощь врачу, предоставление справочной информации, данных о лекарственных препаратах, стандартах обследования больного (дифференцированных с учетом региональных особенностей [5]), результатах выполненных исследований, составление плана госпитализации пациентов в автоматическом режиме, показали, что наиболее оптимальным выбором операционной системы является комплексное взаимодействие Windows и Linux. При этом первую целесообразно использовать на ПК-клиентах, вторую – на сервере. Данная модель позволяет всю систему управления базами данных (СУБД) сосредоточить на SQL-сервере, а АРМы разворачивать на «клиенте», используя Web-технологии. Четкая работа программного обеспечения ЛВС при взаимодействии указанных операционных систем осуществляется благодаря применению методики санкционированного доступа пользователей. Все используемые принципы построения ЛВС позволили применить в программировании концепцию усложнения программных разделов в пользу упрощения пользовательского интерфейса. С одной стороны, нами разработаны АРМы и внедренные в них управляющие элементы, которые, в результате ежедневного «впитывания» личного опыта пользователей, позволяют формировать банк знаний, а создателей ЛВС нашей больницы выводят на уровень объектно-ориентированного программирования. С другой стороны, определен набор информационных пакетов (библиотек данных) справочного и распорядительного характера, без которых работа врачебного состава больницы значительно усложняется. Структура сети позволила заложить технические возможности для автоматизированного выполнения контроля за качеством врачебной деятельности. Этому способствует созданная система обязательного ввода контрольных меток заведующими отделениями в записи подчиненного врачебного состава, программный раздел формирования индивидуальных врачебных лечебно-диагностических стандартов и выявления отклонений от принятых в регионе стандартов. Многогранность управленческого труда в больнице предполагает и множество элементов контроля, проанализировать которые можно только в автоматическом режиме.

Созданная нами компьютерная сеть постоянно совершенствуется и перестраивается в соответствии с задачами информатизации системы здравоохранения РФ. Теория и практика убедительно подтверждают, что в результате разработки и внедрения в практическую деятельность больницы экспертной автоматизированной информационной системы (АИС) управления

различными сторонами деятельности стационара, его ЛВС приобретает возможность предоставлять администрации больницы в автоматическом режиме или по требованию пользователя не только статистические показатели результатов работы стационара, его структурно-функциональных подразделений и отдельных специалистов, но и четкий алгоритм действий по принятию своевременного управленческого решения. Особый раздел СУБД способен рекомендовать пользователям проекты решений, разработанные нами и внедренные в БД на основе анализа эталонных (идеальных) статистических показателей. В результате статистической обработки таблиц с основными показателями деятельности стационара, АИС рекомендует пользователю тактику либо дальнейшего совершенствования лечебно-диагностических стандартов (протоколов), либо выполнения маневра врачебным составом или коечным фондом, либо изменения штатно-должностного расписания подразделений, либо характера и объема материального стимулирования сотрудников по результатам их труда.

Следующий уровень автоматизированной подготовки управленческих алгоритмов предполагает предоставление заданий от имени главного врача его заместителям и главным специалистам стационара по различным направлениям деятельности для анализа тенденций тех или иных системных отклонений, например, в назначениях диагностических и лечебных схем от принятых в регионе стандартов. Данный уровень выработки алгоритмов интеллектуальной поддержки при принятии управленческих решений в значительной степени курирует вопросы качества оказываемой больным медицинской помощи.

Созданный и апробированный автоматизированный комплекс способен обеспечить процесс управления стационаром надежной информационной базой для проведения маневра входящим потоком поступающих больных, развернутым коечным фондом как между отделениями, так и внутри них, врачебным составом, методами материального и нематериального стимулирования персонала. На основе получаемых статистических показателей возможно уменьшение количества развернутых коек в летний период, планирование отпусков персонала, ротация кадров внутри и между подразделениями и т.д. Экспертная система на основе внедренных в БД весовых коэффициентов способна подготовить всю необходимую и достоверную информацию для перехода к системе дифференцированной оплаты труда каждого медицинского работника лечебного учреждения.

Используемый нами подход к принятию организационных и тактических решений в управлении крупным стационаром позволяет значительно упростить и ускорить процесс ведения врачом медицинской документации, вычисления показателей объема и качества оказанных пациентам медицинских услуг, формирования необходимых учетно-отчетных форм документов, подготовки счетов-фактур. Проведенный хронометраж показал, что предложенный нами алгоритм автоматизированного расчета основных показателей деятельности медицинского персонала, качества оказываемой пациентам медицинской помощи сокращает на 33,4% ($p < 0,05$) объем вычисле-

ний, производимых специалистами, и, следовательно, позволяет увеличить время на работу с пациентами.

Внедрение на базе областной клинической больницы комплекса прикладных программ позволило на фоне вынужденного сокращения коечного фонда на 30,6% (на 380 коек) достоверно ($p < 0,05$) улучшить основные показатели деятельности учреждения с нарастанием эффекта с 2006 по 2011 гг. Число пролеченных больных выросло на 6,5% (на 1560 чел. с 24152 чел. в 2006 г. до 25712 чел. в 2011 г.) за счет увеличения работы койки на 6,6% (с 316,0 дня в 2006 г. до 337,0 дня в 2011 г.) и её оборота на 54,6% (с 19,4 чел. в 2006 г. до 30,0 чел. в 2011 г.), и снижения среднего срока пребывания на койке на 28,2% (с 14,2 дня до 10,2 дня) в результате внедрения многоэтапности оказания медицинской помощи. При этом на фоне сдерживания роста показателя экстренности госпитализации и числа послеоперационных осложнений на уровне 2006 г., достигнуто стойкое снижение летальности в стационаре – на 30,9% (с 0,81% в 2006 г. до 0,56% в 2011 г.) и снижение в 2 раза процента расхождения клинико-анатомических диагнозов (с 8,6% в 2006 г. до 4,5% в 2011 г.), что свидетельствует о повышении качества лечебно-диагностического процесса.

Так, нами обоснованы силы и средства интеллектуальной поддержки управления практической деятельностью многопрофильного стационара; разработаны основные методы и алгоритмы для принятия управленческих решений.

Литература

1. Вибляя И.В. Определение потребности в стационарной медицинской помощи на муниципальном и региональном уровнях и пути максимально-го ее удовлетворения: дис. ...д-ра мед. наук / И.В. Вибляя – Кемерово, 2004. – 327 с.

2. Захаренков В.В. К определению потребности в лечебно-восстановительной помощи больным с профессиональными заболеваниями / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, Л.В. Цай // Медико-фармацевтический журнал «Сибирский консилиум». – Новосибирск. – 2007. – №4 (59). – С. 16-17.

3. Захаренков В.В. Спектр влияния социальных условий на состояние здоровья населения г. Новокузнецка в 2006-2009 гг.: монография / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя. – Кемерово: «Примула», 2010. – 112 с.

4. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / под ред. акад. РАМН, проф. О.П. Щепина, чл. корр. РАМН, проф. В.А. Медика. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 384 с.

5. Дифференцированные нормативы объемов медицинской помощи в разрезе субъектов РФ / В.И. Стародубов [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 4. – С. 6-31.

6. Измеров Н.Ф. Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008-2017 гг.: пути и перспективы реализации / Н.Ф. Измеров // Здравоохранение. – 2008. – № 10. – С. 33-44.

7. Измеров Н.Ф. Актуальные проблемы здоровья населения трудоспособного возраста в Российской Федерации / Н.Ф. Измеров, Г.И. Тихонова // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2010. – № 9. – С. 3-9.

8. Методологические основы управления качеством деятельности медицинской научной организации в конкурентной среде / А.И. Вялков, В.З. Кучеренко, С.А. Мартынич, Е.А. Глухова // Проблемы управления здравоохранением. – 2010. – № 53. – С. 14-19.

9. Организационные аспекты региональной системы охраны здоровья трудовых ресурсов (на примере Кемеровской области) / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, А.В. Бурдейн, В.Б. Колядо // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – № 3. – С. 27-29.

10. Пути совершенствования деятельности ведомственных учреждений здравоохранения в современных экономических условиях / В.И. Стародубов [и др.] // Здравоохранение. – 2006. – № 3. – С. 5-16.

11. Стародубов В.И. Концептуальные подходы к формированию региональных информационных систем в здравоохранении с использованием методов объектно-ориентированного системного анализа / В.И. Стародубов, Е.А. Савостина, А.В. Егоров // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – № 2(15). – С. 5-9

12. Тишук Е.А. Реформирование здравоохранения и социальное самочувствие руководящих работников / Е.А. Тишук, П.Е. Чесноков // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – №3. – С. 32-34.

13. Щепин В.О. Состояние и деятельность здравоохранения Российской Федерации в 2009 г. / В.О. Щепин, О.В. Миргородская // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – Вып. 1. – М., 2011 – С. 8-14.

Р.А.Казаков, Е.Г.Тоцкая, В.В.Кан, А.Ф.Гусев

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ИЗОБРЕТАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации,
ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии» Минздравсоцразвития Российской
Федерации*

Аннотация. В статье отражены актуальные для современного этапа развития здравоохранения и медицинской науки вопросы организации инфраструктуры инновационной деятельности. Представленные результаты социологического исследования проведенного на базах научно-исследовательских институтов отразили проблемы существующей организации изобретательской деятельности в здравоохранении, как важнейшего этапа инновационного цикла, и позволили наметить предполагаемые пути ее совершенствования.

R.A.Kazakov, E.G.Totskaya, V.V.Kan, A.F.Gusev

SOCIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE CONDITION OF EXISTING ORGANIZATION SYSTEM OF INVENTIVE ACTIVITY IN HEALTH CARE

Novosibirsk State Medical University, Russia

Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopaedics, Russia

Abstract. The paper describes issues of organization of innovative activity infrastructure, which are vital at the current stage of development of health and medical science. The presented results of the sociological study conducted on the bases of research institutions, reflected the problems of the existing organization of inventive activity in health care as the most important stage of the innovation cycle, and allowed identifying prospective ways to improve it.

Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки до 2020 года обозначены основные задачи, среди которых совершенствование организации медицинской помощи, оптимизация финансирования учреждений здравоохранения, инновационное развитие здравоохранения и медицинской науки. Инновационная модель развития здравоохранения будет опираться на целевые межведомственные медицинские научные программы и при соответствующем материально-техническом и кадровом обеспечении, реализации образовательных программ создаст прорывные технологии для перспективного развития здравоохранения. Изобретательская деятельность является важнейшим этапом в реализации инновационного цикла и ее оптимальная организация необходима для формирования инновационной инфраструктуры. Выявление проблемных областей существующей системы организации изобретательской деятельности с использованием социологической оценки позволит наметить предполагаемые пути ее совершенствования и сформировать модель организации изобретательской деятельности в здравоохранении.

Социологическая оценка осуществлялась путем анкетирования научных сотрудников ФГБУ ННИИТО и партнеров института в сфере научной и инновационной деятельности. В исследовании принимали участие 500 научных сотрудников – исследователи и специалисты, занимающиеся научной деятельностью. Анкеты включали вопросы, позволяющие оценить существующую организацию изобретательской деятельности в здравоохранении.

Изучение мнения исследовательского коллектива указало на наличие проблем в организации изобретательской деятельности и отразило положительное мнение в необходимости формирования новых эффективных методических подходов по обучению инновационно-научной деятельности, организации научной работы и патентования результатов интеллектуальной деятельности.

Трудности при проведении научно-исследовательской работы отмечают большинство научных сотрудников (85%), что свидетельствует о недостатке необходимых знаний и навыков по организации и проведению научного исследования. При этом на этапе планирования НИР трудности возникли у 70% опрошенных; выполнения НИР – у 64%, организации опытно-конструкторских разработок (ОКР) – у 60%, организации эксперимента – у 50%, патентования результатов интеллектуальной деятельности – у 90%, внедрения в практику – у 70%.

Общепринято, что важнейшими источниками информации для проведения научного исследования являются библиотечные фонды и централизованные базы данных иностранных источников. Наше исследование показало, что 40% респондентов указывают на доступность библиотечных фондов, и только 25% – на доступность иностранных источников. Это свидетельствует о низкой доступности библиотечных фондов в целом и ограниченном доступе к иностранным источникам в России.

Более половины опрошенных (55%) показали знание понятий «инновация» и «инновационный менеджмент». Однако результаты опроса отразили низкую информированность научных сотрудников по вопросам патентования (37%), коммерциализации своего изобретения (32%), в том числе, о создании малых инновационных предприятиях, как о возможном варианте реализации конечного продукта (17%). Кроме того, при проведении ОКР 43% опрошенных указывают на необходимость тесного взаимодействия с инженером, у которого есть медицинское образование (или хотя бы опыт работы в области медицины).

Потребность в дополнительном обучении по проведению научного исследования отметили 85% из опрошенных. Кроме того, были получены следующие интересные данные: что в консультировании по сбору статистического материала и его обработке нуждаются 59% респондентов; по патентному поиску – 73%; по инновационному менеджменту – 64%; по оформлению и представлению статей, тезисов, докладов в соответствии со стандартными требованиями – 76% опрошенных; в помощи при написании аннотации, автореферата, диссертации – 70%. Для обеспечения качества подготовки специалистов, проведения научных исследований и внедрения достижений медицинской науки в практику необходимы следующие мероприятия: на повышение качества преподавания указали 37% опрошенных; на внедрение в образовательный процесс новых образовательных технологий, способствующих развитию творческих способностей исследователей (тренинги, проектная деятельность, методика защиты рефератов) – 76%; на повышение контроля знаний и навыков – 58%; на дополнительные образовательные программы по обучению в области проведения исследовательской работы – 71%; на повышение доступности информации по тематике исследований (список предлагаемых тем и научных руководителей, которые готовы осуществлять руководство) – 63%. Полученные данные свидетельствуют о необходимости существования возможности в получении дополнительно-

го образования в области проведения научного исследования, а также включения дополнительных часов обучения по данной тематике у молодых специалистов, находящихся на первичной подготовке в интернатуре, ординатуре и аспирантуре.

Таким образом, проведенное социологическое исследование явилась важным информационным звеном в формировании модели организации изобретательской деятельности, которое позволило определить проблемные области, в т.ч., низкое качество обучения научных сотрудников, низкая доступность библиотечных фондов, в том числе иностранных источников, отсутствие знаний в области инноваций и инновационного менеджмента, вопросов патентования и коммерциализации изобретений, и предложить возможные пути решения: введение дополнительных образовательных программ по организации и проведению научного исследования, по вопросам инноваций, патентования и коммерциализации изобретений; по организации инфраструктурных элементов инновационной деятельности (отделов патентования, перспективного планирования, медико-инженерных подразделений).

А.В. Калиниченко, А.Г. Захарьян, Т.И. Соломатина

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. В статье рассмотрены медико-социальные и экономические аспекты инвалидности, приведены результаты исследования первичной инвалидности населения Новосибирской области вследствие ишемической болезни сердца, сделана предварительная оценка влияния социально-экономических факторов на динамику инвалидности.

A.V. Kalinichenko A.G. Zaharyan, T.I. Solomatina

MEDICAL SOCIAL AND ECONOMIC ASPECTS OF PRIMARY DISABILITY POPULATION OF NOVOSIBIRSK OBLAST DUE TO ISCHEMIC HEART DISEASE

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. The article describes medical and social and economic aspects of disability, gives the results of investigation of primary disability of the population in the Novosibirsk region due to the ischemic heart disease, the preliminary

evaluation of the impact of the social and economic factors on the dynamics of disability has been made.

Болезни системы кровообращения на протяжении длительного времени дают стабильно высокий процент выхода на инвалидность и значительный удельный вес в структуре первичной инвалидности.

Среди причин инвалидности на первом месте в России традиционно находятся болезни системы кровообращения, на долю которых приходится около 50% всех случаев инвалидности. Уровень смертности от болезней системы кровообращения достигает 55% и в России в 2-3,5 раза выше, чем экономически развитых странах.

Инвалидом считается лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности или вызывающее необходимость его социальной защиты (ФЗ № 181, 1995). Инвалидность – это состояние организма, которое приводит к длительной потере или значительному ограничению профессиональной трудоспособности.

Общественное здоровье – основной экономический ресурс страны, главная составляющая ее ресурсного потенциала (А.И. Вялков, В.З.Кучеренко, Б.А. Райзберг, 2009). Стойкая утрата трудоспособности вследствие инвалидности ведет к значительным потерям в системе общественного производства в виде прямого и косвенного медико-социального и экономического ущерба.

В Новосибирской области с 2001 по 2010 гг. в структуре первичной инвалидности по всем классам болезней преобладает удельный вес инвалидов вследствие болезней системы кровообращения - в среднем 34,0%, значительно опережая группу злокачественных новообразований - 17,2% и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 11,6%.

В целом за период исследования удельный вес инвалидов вследствие болезней системы кровообращения в структуре общей первичной инвалидности снизился на 6% с ростом к 2005 году с 32,6% до 40,2% и снижением к 2010 году до 26,6%.

Число лиц впервые признанных инвалидами вследствие болезней кровообращения с 2001 по 2010 год сократилось на 1198 чел. или 20,8%. Интересным представляется рост показателя к 2005 году на 108,4% и снижение к 2010 году на 129,2%. Наиболее значительный прирост зарегистрирован в 2005 году, а наиболее выраженное снижение в 2007 году.

В структуре первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения преобладают ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни. В среднем за 10 лет удельный вес первичной инвалидности вследствие ишемической болезни в структуре болезней систе-

мы кровообращения составил 31,4%, группы цереброваскулярных болезней – 43,1%, болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением - 4,7%, хронических ревматических болезней сердца - 2,8%.

В целом за весь период исследования удельный вес инвалидов вследствие ИБС в структуре первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения снизился на 3,7% с ростом к 2005 году с 31,4 до 33,7%, и снижением к 2010 году до 27,7%.

При исследовании динамики первичной инвалидности вследствие ИБС и аналогичной динамики вследствие болезней системы кровообращения была выявлена прямая устойчивая корреляционная связь между этими группами показателей. Количество впервые признанных инвалидами вследствие ИБС в целом за 10 лет уменьшилось на 544 чел. или 30,1% с характерным ростом показателя в первой половине исследования на 109,4% и значительным снижением во второй на 139,5%. Наиболее значительный прирост зарегистрирован в 2005 году, а наиболее значительное снижение в 2007 году.

Инвалидность вследствие ИБС в структуре общей инвалидности так же имеет значительный удельный вес – средний уровень составил 11,0% с 2001 по 2010 гг., выше только группа злокачественных образований (17,2%) и группа цереброваскулярных болезней (15%).

Интересна так же динамика первичной инвалидности вследствие ИБС в структуре общей инвалидности. В целом за 10 лет удельный вес лиц впервые признанных инвалидами вследствие ИБС в структуре общей инвалидности снизился на 2,8%, волнообразно поднимаясь с 2001 по 2005 год с 10,2% до 12,7% и постепенно снижаясь к 2010 году до 7,4%.

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что:

- инвалидность вследствие болезней системы кровообращения, в т.ч. вследствие ИБС имеет значительный удельный вес в структуре общей первичной инвалидности;
- динамика показателей первичной инвалидности по всем классам болезней, вследствие болезней системы кровообращения, в т.ч. вследствие ИБС за 10 лет имеет характерный вид: рост к середине периода исследования и снижение к 2010 году;
- особенно значительный рост показателей произошел в 2005 году, а более выраженное снижение – в 2007 году.

Вследствие чего можно предположить, что на формирование показателей общей первичной инвалидности и инвалидности вследствие болезней системы кровообращения значительное влияние оказывает первичная инвалидность вследствие ИБС, что определяет актуальность исследования первичной инвалидности вследствие ИБС.

Анализ структуры первичной инвалидности вследствие ИБС по группам инвалидности показал преобладание доли лиц с 3 группой инвалидно-

сти - средний уровень за 10 лет – 50,6%. Немного меньше впервые зарегистрированных инвалидов со 2 группой инвалидности – соответственно 48,5%. Меньше всего инвалидов с 1 группой инвалидности – всего 0,9%.

Исследование структуры первичной инвалидности вследствие ИБС по группам инвалидности с 2001 по 2010 гг. отражает снижение тяжести инвалидности: уменьшение удельного веса лиц с 1 и 2 группами инвалидности на 0,4% и 37% соответственно и увеличение доли инвалидов с 3 группой инвалидности на 37,4%.

Анализ динамики первичной инвалидности вследствие ИБС по группам инвалидности показывает характерный волнообразный рост числа впервые признанных инвалидами по всем группам инвалидности с 2001 по 2005 год, особенно выраженный в 2005 году, и такое же волнообразное снижение с 2005 по 2010 год, более значительное в 2007 году.

При исследовании возрастной структуры первичной инвалидности вследствие ИБС было выявлено преобладание доли лиц старше 55 лет (женщины) и старше 60 лет (мужчины) – средний уровень за 10 лет 67,0 %. Значительно меньше инвалидов от 45 до 54 лет (женщины) и от 50 до 59 лет (мужчины включительно) – 25,5 %. Меньше всего инвалидов до 44 лет (женщины) и до 49 лет (мужчины включительно) – всего 7,5 %.

Динамика возрастной структуры первичной инвалидности вследствие ИБС в целом за 10 лет характеризуется уменьшением удельного веса лиц молодого и старшего возраста соответственно на 12,1 % и 2,1 % и ростом процента инвалидов среднего возраста на 14,2 %.

Анализ динамики впервые зарегистрированных инвалидов в разных возрастных группах выявил характерный рост показателя в первой половине исследования в группах среднего или старшего возраста, особенно выраженный в 2005 году и характерное снижение во второй половине исследования во всех возрастных группах, более значительное в 2007 году. Интенсивные изменения зарегистрированы в группе пенсионного возраста, которые в силу своего значительного удельного веса в структуре первичной инвалидности значительно влияют на формирование показателей: первичной инвалидности вследствие ИБС, первичной инвалидности вследствие болезней кровообращения и первичной инвалидности по всем классам болезней.

Инвалидность – это сложная биосоциальная категория, охватывающая различные уровни развития человека как существа биологического и социального в его многообразных взаимоотношениях с окружающей средой (А.И. Осадчих, 1988).

Проблема инвалидности связана с различными аспектами социальной политики государства, а решение ее общих и частных вопросов зависит от экономического, политического, культурного уровня страны, духовно-этических воззрений и менталитета общества на разных этапах развития (С.Н. Пузин, Д.И. Лаврова, 2008). Исследования, проведенные в 1981 –

1997 годах показали, что инвалидность зависит от многих факторов: заболеваемости, экономического и социального уровня развития общества, состояния окружающей среды, демографической ситуации, состояния лечебно-профилактической помощи, деятельности медико-социальной экспертизы.

Рост числа впервые признанных инвалидами вследствие болезней системы кровообращения, в т.ч. первичной инвалидности вследствие ИБС в Новосибирской области с 2001 по 2005 год может быть связан с объективными и субъективными причинами. Объективными причинами можно считать ухудшение состояния здоровья населения. К субъективным причинам можно отнести мотивационные факторы, резко увеличившие обращаемость населения с целью получению статуса инвалида в связи с:

- введением новых социальных льгот, в т.ч. для лиц пенсионного возраста (ФЗ № 122, 2004);
- падением уровня жизни, чувства социальной незащищенности у населения.

Резкое снижение числа впервые признанных инвалидами с 2006 по 2010 год может быть связано с:

- уменьшением обращаемости населения с целью получению статуса инвалида в связи с тем, что все потенциальные инвалиды уже прошли освидетельствование;
- применением наукоемких технологий в оказании медицинской помощи, что способствовало снижению тяжести инвалидности.

Литература

1. Государственная статистическая отчетность Главного бюро МСЭ по Новосибирской области, сведения о деятельности бюро медико-социальной экспертизы по форме «7-собес» за 2001 - 2010 гг.

2. С.Н. Пузин, Д.И. Лаврова и др. Медико-социальная экспертиза: Пособие для студентов медицинских вузов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 408 с.: ил.

3. Управление и экономика здравоохранения: учеб. пособие / Под ред. А.И. Вялкова; Вялков А.И., Кучеренко В.З., Райзберг Б.А. и др. – 3-е изд., доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 664 с.: ил.

4. Федеральный закон от 22.08.2004 N 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации».

5. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Е.В. Колядо, В.С. Лазарев, А.А. Перфильев, О.П. Ефремова

ФОРМИРОВАНИЕ РЕЙТИНГОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ВНЕДРЕНИЕ ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ИНСТРУМЕНТЫ РАЗВИТИЯ КОНКУРЕНЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КГБУЗ «Краевой центр лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности», Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, КГКУЗ «Центр государственного заказа в сфере здравоохранения Алтайского края», Барнаул, Россия

Аннотация. В статье рассмотрены инструменты развития конкуренции и управления качеством услуг в сфере здравоохранения. Рейтинг медицинских организаций Алтайского края способствует объективному выбору гражданами учреждения здравоохранения, результаты мониторинга рейтингов медицинских организаций края могут являться основанием для принятия административных решений и внедрения дифференцированной оплаты труда. Внедрение порядков оказания медицинской помощи будет способствовать улучшению качества медицинских услуг.

E.V. Kolyado, V.S. Lasarev, A.A. Perfilyev, O.P. Efremova

RATINGS FORMATION OF THE MEDICAL ORGANIZATIONS AND INTRODUCTION OF MEDICAL CARE RENDERING ORDERS AS INSTRUMENTS OF THE COMPETITION DEVELOPMENT IN THE HEALTH CARE SPHERE

Abstract. Instruments of competition development and quality services management in the health care sphere are considered. The rating of the medical organizations of Altai Krai promotes an citizens' objective choice of health care establishment, results of ratings monitoring of the medical organizations of the region can be the basis for adoption of administrative decisions and introduction of the differentiated compensation. Introduction of medical care rendering orders will promote improvement of medical services quality

Мероприятия в области развития конкуренции являются важным фактором, определяющим конкурентоспособность любых предприятий и уровень жизни граждан, а также ключевым инструментом достижения целей социально-экономического развития страны.

Конкурентная политика представляет собой комплекс последовательных мер, осуществляемых государством в целях обеспечения условий для состоятельности хозяйствующих субъектов, повышения эффективности и конкурентоспособности российской экономики, модернизации предпри-

тий и создания условий для обеспечения экономически эффективным способом потребностей граждан в товарах и услугах.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 19 мая 2009 г. № 691-р «Об утверждении Программы развития конкуренции в РФ» Министерством экономического развития РФ проанализирован и систематизирован положительный опыт применения мер по развитию конкуренции в сфере здравоохранения в субъектах РФ.

В сфере здравоохранения были выделены, проанализированы и признаны лучшими следующие инструменты, способные оказать влияние на развитие конкуренции: конкурсный отбор медучреждений для оказания бесплатной помощи населению в рамках программы перехода на одноканальное финансирование; использование фондодержания для стимулирования повышения качества работы медицинских организаций; создание рейтинга медицинских организаций по уровню качества обслуживания; вывод непрофильных функций медицинских учреждений на аутсорсинг и ряд других.

В соответствии с ч. 5 ст. 19 и ст. 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и ч. 1 ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» пациенты имеют право на выбор врача и выбор медицинской организации.

Таким образом, с целью создания конкурентной среды необходимо обеспечить информационную доступность для населения о качестве предоставляемых услуг различными медицинскими организациями. Формирование рейтинга безусловно стимулирует развитие конкуренции среди учреждений здравоохранения и поможет населению сделать объективный выбор медицинской организации.

В Алтайском крае с 2002 года разработана и внедрена рейтинговая система оценки ряда медицинских организаций и их подразделений (центральных районных больниц, городских больниц и межрайонных отделений). КГБУЗ «Краевой центр лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности» в течение 10 лет организует формирование рейтингов медицинских организаций. В ежегодном режиме утверждаются (актуализируются) критерии эффективности деятельности медицинских организаций и их подразделений, в конце каждого года формируется итоговый рейтинг результативности. Результаты деятельности за 2011 год подведены в соответствии с приказами Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 07 ноября 2011 г. № 569 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности центральных районных больниц», от 07 ноября 2011 г. № 570 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности городских больниц», от 07 ноября 2011 г. № 571 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности межрайонных отделений».

Данная система позволяет подвергнуть все показатели математической обработке, подсчету, сравнению, что является объективным механизмом расчета итогового интегрированного коэффициента результативности.

При формировании комплексной оценки медицинской организации в целом учитываются критерии эффективности работы каждой службы, основанные на целевых показателях (всего около 200). В результате рассчитываются коэффициенты результативности каждой службы и всей медицинской организации в целом.

Указом Президента РФ от 21 августа 2012 г. № 1199 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ» утвержден перечень критериев для оценки эффективности деятельности исполнительной власти каждого субъектов РФ. Ряд критериев, утвержденных Указом Президента РФ, включен в перечень оценочных критериев для медицинских организаций края.

Методика оценки деятельности медицинских организаций и показатели, рекомендованные для формирования рейтингов Минздравсоцразвития РФ, применены в том числе для оценки работы ЦРБ края.

Наличие в медицинской организации по итогам года фактов штрафных санкций, протоколов об административных правонарушениях составленных надзорными органами, грубых нарушений стандартов оказания медицинской помощи, обоснованных жалоб, является основанием для снижения итогового рейтинга результативности. Обязательным и одним из основных критериев, входящих в комплексную оценку медицинской организации, является удовлетворенность населения оказанной в данной организации медицинской помощью. Ежегодно в рейтинговой таблице выделяется десятка лучших медицинских организаций и десятка худших, что является возможным инструментом для организации дифференцированной оплаты труда руководящего состава и финансирования учреждения.

Проводится мониторинг рейтингов медицинских организаций края с ежегодной тенденцией улучшения и ухудшения результативности деятельности за несколько лет, что служит основанием для принятия административных решений, планирования сети здравоохранения.

В соответствии с п. 3 поручения Председателя Правительства РФ от 28 апреля 2011г. № ВП-П12-2794 Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности организовано размещение рейтинга медицинских организаций на официальном сайте ведомства (<http://zdravalt.ru>) и для населения края эта информация имеется в свободном доступе.

Таким образом, рейтинг медицинских организаций является современным и объективным инструментом для развития конкуренции в сфере здравоохранения в свете нового законодательства об обязательном медицинском страховании, об основах охраны здоровья граждан в РФ, в условиях модернизации здравоохранения.

В соответствии с ч.1 ст.37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее – Основы) с 1 января 2013 года медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а так

же на основе стандартов медицинской помощи. Порядки оказания медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (Минздравом РФ) и разрабатываются по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состоянием (группам заболеваний или состояний). Порядок включает в себя: этапы оказания медицинской помощи; правила организации деятельности медицинской организации (ее структурных подразделений, врачей); стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений; рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений; иные положения, исходя из особенностей медицинской помощи.

С июля 2009 года по состоянию на 01 сентября 2012 г., Минздравом РФ утверждено 46 порядков оказания медицинской помощи по разным профилям, кроме того 4 порядка были утверждены ранее с 2004 по 2007 годы.

Одним из основных принципов охраны здоровья граждан в РФ является доступность и качество медицинской помощи, которые согласно ч. 4 ст. 10 Основ обеспечиваются, в том числе применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Пункт 2 ч.1 ст. 79 Основ обязывает медицинские организации осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

Граждане также имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, при этом ч. 3 ст. 84 Основ говорит о том, что при оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи (данная норма вступает в силу с 1 января 2013 года).

В соответствии с п.3 ч.2 ст.88 и ст.89 Основ государственный и ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляются, в том числе путем проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

В соответствии с п. 1 ч.4 ст.81 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» при формировании территориальной программы госгарантий должны быть учтены порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, соответственно, средства на приведение действующих объектов в соответствие с порядками необходимо в том числе предусматривать при обосновании финансового наполнения территориальных программ на 2012 – 2013 годы.

Таким образом, мероприятия, проводимые в рамках реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, комплексная программа модернизации здравоохранения, направлены, в том числе, на приведение имеющейся сети здравоохранения в соответствие с действующим законодательством и реализацию основных принципов охраны здоровья граждан в РФ.

С.А. Лифанова, А.С.Антипьева, Е.В. Киметова

РОЛЬ ГОСУДАРСТВА В ИННОВАЦИОННОМ РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Современное государство – сложная система взаимодействий, имеющая в себе жизненно важные отрасли, одной из которых является здравоохранение. Мировые инновационные тенденции предъявляют большие требования к медицинской отрасли, а государство ставят перед рядом вопросов: что положить в основу инновационного развития отрасли и в целом государства, какую модель развития избрать и что для этого нужно учитывать, как и кто должен провести грамотное финансирование нуждающихся элементов системы и многих других.

S.A. Lifanova, A.S. Antipeva, E.V. Kimetova

ROLE OF THE STATE IN INNOVATIVE HEALTH PROMOTION

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. The modern state is a complex system of interactions, which has in itself the vital importance of the industry, one of which is health care. Global innovative trends impose high requirements to the medical industry, and the government put before the next questions ask are: what to put in the basis of innovative development of the industry and the state in General, what kind of model of development of the elect, and that for that you need to consider how and who should conduct a proper financing need of the system and many others.

Инновационное развитие в здравоохранении - это деятельность, направленная, в первую очередь, на улучшение здоровья и качества жизни россиян, на борьбу с преждевременной смертностью населения и решения демографических проблем страны, на развитие медицинских технологий, достижений, на получение качественно новой концепции оздоровления и лечения, управления технологическими процессами предоставления медицинских услуг, получение новых медицинских товаров, медицинских услуг и технологий, обладающих конкурентоспособностью. Фундаментом инновационного развития в здравоохранении должна стать инновационная модель, демонстрирующая тесное взаимодействие системы здравоохранения и медицинской науки, планирование научных медицинских исследований в зависимости от потребностей здравоохранения, активное внедрение научных результатов в медицинскую практику, а также целенаправленную подготовку специалистов, способных обеспечить внедрение научных достижений. Такая модель единства науки, образования и практики будет способна обеспечить здравоохранение не только новыми способами диа-

гностики и лечения различных заболеваний, но и современными методами управления качеством в здравоохранении.

Инновационная модель развития здравоохранения предусматривает единство медицинской науки, развитие системы непрерывного медицинского образования и преемственности, международное сотрудничество с ведущими странами в различных областях медицинской деятельности, развитие государственно – частного партнерства, создание целевых межведомственных медицинских программ. Переход к инновационной модели развития Российского здравоохранения это сложная и долговременная задача, она требует огромных, продуманных и планомерных, а, главное, рассчитанных на многие годы усилий самого государства, и должна рассматриваться, как приоритетная задача государственного управления только тогда можно рассчитывать положительный долговременный эффект. Для российского здравоохранения часто свойственно копировать внешние формы и отдельные проявления западного опыта, однако любая попытка копирования зарубежного опыта заведомо обрекает нас на модель догоняющего развития. Необходимо понимать, что инновации, это не просто новое, но, прежде всего, действительно необходимое для страны, ее экономики, населения. Задача не в том, чтобы создать и внедрить что-то новое, а в том, чтобы внедрить именно то, что даст максимальный положительный экономический эффект и станет стимулом для появления новых инноваций, востребованных и адаптированных к возможностям российского бизнеса.

Важно помнить, что в основе любых инноваций лежит наука, причем в первую очередь наука фундаментальная. Поэтому она нуждается в грамотном финансировании, мониторинге и поддержке. Однако, с сожалением, можно констатировать, что и эта инновационная инициатива, скорее всего, окажется несостоятельной ни как коммерческое предприятие (с этой точки зрения эффективнее было бы приобрести уже реально существующие технологии и на их основе организовать отечественный высокотехнологичный бизнес), ни как способ поддержки отечественной науки, которой достанется лишь ничтожная доля выделенных государством средств.

Малое внимание к роли науки и ее значению для современного российского государства привело к тому, что даже в самом российском научном сообществе до сих пор бытуют представления о том, что наличие приличного финансирования является достаточным фактором для эффективного функционирования отечественной науки. Это также наивно, как полагать, что в современном государстве добровольные дружины граждан могут обеспечить обороноспособность страны и защиту внутреннего правопорядка от организованных криминальных структур, а народная самодеятельность способна заменить профессиональное искусство. Наука всегда является высокопрофессиональным, дорогостоящим и сложно организуемым бизнесом, из-за её громадной роли в развитии страны.

В российском понимании, управление научной деятельностью - это различные предписания, но управление наукой во всем мире - это создание необходимых условий для достижения поставленных целей и в усло-

виях смешанной экономики государство должно минимально вмешиваться в принципиальные вопросы самоорганизации и функционирования научного сообщества. Ученые сами могут определять приоритетные направления исследований, сами могут вырабатывать и поддерживать свои профессиональные и морально-этические нормы, а государство, на основании экспертного анализа тенденций в мировой науке и технологии, может и должно определять свои приоритеты и стимулировать их реализацию имеющимися в его распоряжении законодательными, финансовыми и налоговыми средствами. Ошибочное решение самокупаемости науки в сфере государственного управления имела для нее негативные последствия.

В России, как и во многих странах мира промышленность вкладывает в научные исследования больше средств, чем государственный бюджет, но при этом финансирует в первую очередь науку прикладную. Соединенные Штаты еще в пятидесятые годы осознали роль фундаментальной науки в развитии своей экономики и укреплении лидирующих позиций в мире. В конце прошлого века были приняты большой пакет законов и беспрецедентные меры для развития этой сферы. Во всех слоях американского общества, включая промышленников и законодателей, сложилось ясное понимание того, что финансирование фундаментальных исследований - прямая обязанность государства. Промышленность вкладывает в исследования вдвое больше средств, чем федеральный бюджет, но финансирует в основном прикладные исследования и разработки. Об огромном значении, которое придает развитию науки в США и государство и общество в целом, свидетельствует не только объем федеральных затрат на эту сферу, но и сложная многоступенчатая процедура утверждения федерального бюджета на исследования и разработки. Таким образом, фундамент инновационного развития составляет современная наука, которая все более формируется не только как крупный самостоятельный бизнес, но и важнейший объект государственного управления, имеющий приоритетное значение для национальной экономики и требующий высокоспециализированных организаций и весьма специфических методов организации и управления.

По словам В. Арутюнова, сейчас (2011-2012) по уровню финансирования российская наука находится где-то в левой части ветви Ф0Ф1, и требуется многократное увеличение ассигнований, чтобы выйти на участок Ф1Ф2, характеризующийся высокой отдачей, на котором находятся наиболее динамично развивающиеся страны. А некоторые страны, например, США, уже достигли пологого участка правее Ф2, где научная отдача лимитируется уже не финансированием, а другими факторами, прежде всего пределом интеллектуального потенциала нации, что является реальной основой хорошо известного процесса «утечки мозгов». Серьезно отстаивая в развитии многих областей науки, в сфере инноваций Россия не должна стремиться копировать и догонять соперников именно в тех областях, где они уже далеко ушли вперед, повторяя все их стремления и ошибки. Гораздо перспективнее используя в этих областях (копируя, покупая) технологи-

ческие достижения других, искать те принципиально новые точки роста, в которых сразу можно вырваться в лидеры. Именно в этом тактическое преимущество отстающего, которому легче переориентировать и сконцентрировать свои усилия на новую перспективную область. Но для этого необходимо широким фронтом развивать фундаментальную науку, чтобы быть готовым подхватить и развить только наметившийся успех.

Но у каждой страны есть и естественные инновационные приоритеты, не зависящие от научной моды и имеющие долговременный стратегический характер. У России с ее огромными пространствами и природными ресурсами есть совершенно очевидные приоритетные технологические направления гражданского назначения, которые действительно востребованы ее экономикой, и достижения в которых могут быть быстро и эффективно восприняты в стране. Это в первую очередь здравоохранение, промышленность, сельское хозяйство. Именно на этих отраслях и должны быть сосредоточены отечественные усилия в области инновационного развития и начаться оно должно именно с этих отраслей.

Для России необходимо выбрать несколько основных стратегий для инновационного развития медицины, а именно: разработка модели инновационного развития отрасли, с учетом максимального количества проблемных вопросов, подходящей именно для нашего здравоохранения с предложением методов и инструментов и максимально быстрое внедрение ее в практическую деятельность; плотная связь медицины с фундаментальной наукой; формирование эффективной науки; грамотное разделение областей финансирования между государственными и частыми инвесторами и совершенствование их партнерства, изменение роли здравоохранения с лечебной на профилактическую; постоянный мониторинг происходящих процессов в отрасли и анализ основных индикаторов – смертность, инвалидность, заболеваемость; создание максимально удобных схем взаимодействия участников инновационного процесса; постепенное формирование инновационного государства.

Таким образом, в российском здравоохранении имеется огромный потенциал для инноваций, реализация которого может стимулировать инновационное развитие многих смежных отраслей и промышленности в целом. Но без активной поддержки со стороны государства, причем не только путем прямых инвестиций в этот сектор экономики, но и путем налоговых и законодательных мероприятий, делающих активное участие в инновационном процессе привлекательным для частной инициативы, немногие даже из реально имеющихся разработок смогут дойти до стадии реализации.

Роль государства в инновационном развитии здравоохранения высока, но не абсолютна, что создает хороший климат для гибкого взаимодействия между участниками процесса, формированию конкуренции, стремлению к качественно новым способам работы системы.

А.В. Подергин, В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко
**АУТСОРСИНГ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ**

*МБУЗ «Новосибирская городская клиническая больница скорой
медицинской помощи № 2», ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России,
Новосибирск, Россия*

Аннотация. В статье приводятся сведения об использовании аутсорсинга в работе лечебно-профилактических учреждений, его преимущества и недостатки, обосновывается необходимость более активной передачи учреждениями здравоохранения выполнение вспомогательных работ специализированным компаниям и службам.

A.V. Podergin, V.M. Chernyshev, O.V. Strelchenko
OUTSOURCING IN THE HEALTH CARE SETTING

*MBUZ “Novosibirsk Municipal Clinical Emergency Hospital
with number 2, “FGBUZ SOMTS FMBA of Russia, Novosibirsk, Russia*

Abstract. The article provides information about the use of outsourcing in health care settings, its advantages and disadvantages, the necessity of more active transmission health agencies perform support work to specialized companies and services.

В деятельности лечебно-профилактических учреждений достаточно большой объем занимают работы, не имеющие непосредственного отношения к лечебно-диагностическому процессу (вывоз мусора, поддержание чистоты в помещениях ЛПУ и на территориях к ним прилегающим, ремонт медицинской техники, организация питания больных и др.). Вместе с тем очевидно, что без них практически невозможно сформировать полноценные сложные (комплексные) медицинские услуги необходимые пациентам, обратившимся в учреждения здравоохранения.

Опыт практического здравоохранения показывает, что на выполнение указанных работ тратятся значительные суммы и отвлекается большое количество персонала (прочего и младшего медицинского), в котором учреждения испытывают заметный недостаток. При этом квалификация указанных соудников недостаточная, а отношение к выполнению своих функциональных обязанностей ни всегда ответственное в связи с тем, что эти специалисты в здравоохранении низкооплачиваемые и не являются привлекательными для высококвалифицированных специалистов.

В связи с выше изложенным все большее распространение в здравоохранении получают широко используемый в развитых странах вид взаимодействия ЛПУ со специализированными службами, получивший название АУТСОРСИНГ.

Аутсорсинг (от англ. outsourcing: внешний источник) — передача организацией определённых бизнес-процессов или производственных функций на обслуживание другой компании, специализирующейся в соответствующей области. В отличие от услуг сервиса и поддержки, имеющих разовый, эпизодический, случайный характер, на аутсорсинг передаются обычно функции по профессиональной поддержке бесперебойной работоспособности отдельных систем и инфраструктуры на основе длительного контракта (не менее 1 года).

Принцип аутсорсинга: «оставляю себе только то, что могу делать лучше других, передаю внешнему исполнителю то, что он делает лучше других». Предметом аутсорсинга могут быть все производственные процессы. Однако согласно традиционному подходу, при котором их разделяют на «основные» и «вспомогательные», подрядчикам в основном передаются не стратегические или не значимые процессы.

Первое условие успешного применения аутсорсинга — анализ экономической целесообразности передачи непрофильных бизнес-процессов или производственных функций на сторону. К сожалению, при проведении его в ЛПУ достаточно часто допускаются ошибки, заключающиеся в том, что в расчет принимаются не все расходы, которые несет учреждение при выполнении тех или иных работ. Чаще всего, учитывается заработная плата и начисления на нее лиц, непосредственно выполняющих их, и некоторые другие (например, стоимость продуктов при передаче функций по организации питания больных). Ни всегда принимаются во внимание все расходы, которые несет учреждение при выполнении того или иного вида деятельности: приобретение и амортизация оборудования, коммунальные и транспортные расходы, услуги связи, зарплата персонала косвенно участвующего в формировании услуги (вспомогательный персонал) и многое другое, что необходимо учитывать в обязательном порядке при расчете себестоимости услуги. При этом условии станет очевидным целесообразность передачи многих видов производственной деятельности сторонним организациям, несмотря на низкую заработную плату работников здравоохранения и низкие нормативы расценок на некоторые виды работ.

Об этом свидетельствует тот факт, что большинство ЛПУ уже длительное время на принципах аутсорсинга передали специализированным организациям выполнение таких работ, как вывоз мусора, стирка белья, уничтожение биоотходов и использованного одноразового медицинского инструментария, техническое обслуживание медицинского оборудования и др. На указанных принципах нередко осуществляется и предоставление некоторых медицинских услуг, которые учреждению необходимы, но нет возможности или экономической целесообразности организовывать их проведение у себя. Например, больницей скорой медицинской помощи № 2 был заключен долгосрочный договор с частной медицинской организацией, арендующей помещение в учреждении, на проведение на льготных условиях МРТ исследований больным, находящимся в стационаре. С учетом всех

расходов, которые понесла и несет эта организация, больница сможет получать указанные исследования в достаточном количестве в пределах суммы, соответствующей затратам владельца аппарата, в течение 20 лет. Выгода очевидна, т.к. при установке аналогичного оборудования, кроме средств на его приобретение необходимы были бы затраты на реконструкцию и ремонт помещения. Кроме того, возникла бы потребность и в текущих расходах (содержание аппарата, помещения, зарплата и др.) Учитывая, что возможности оборудования значительно превышают потребности в соответствующих исследованиях, это повлекло бы за собой проведение их без абсолютных показаний, либо простой аппарата, что, естественно, экономически нецелесообразно.

Второе условие выгодной передачи части необходимых для ЛПУ работ на аутсорсинг — тщательно проработанное соглашение с поставщиком, предусматривающее взаимную ответственность сторон, исключающее либо ограничивающее негативные явления во взаимоотношениях, это, прежде всего, тщательный контроль за деятельностью своих специалистов со стороны аутсорсера, своевременное устранение неполадок, при обслуживании аппаратуры и оборудования и т.д. Аутсорсер как раз и получает свой гонорар за то, чтобы заказчик имел стабильный, заранее оговоренный результат с оговоренными же параметрами. Иначе это уже не аутсорсинг.

Преимущества аутсорсинг заключается в том, он позволяет ЛПУ-заказчику экономить расходы и значительно снизить трудоёмкость и затраты на работы, выполняемые аутсорсерами, в .ч. аренду спецтехники, сконцентрироваться на основных видах деятельности, т.е. лечебно-диагностическом процессе, не отвлекаясь на вспомогательные.

Можно выделить такие положительные стороны аутсорсинга:

- Возможность для руководства сосредоточиться на основных видах деятельности. **За счет передачи функций внешнему подрядчику снижаются операционные издержки**, а менеджмент не отвлекается на непрофильные виды деятельности.

- Оптимизация численности персонала и как следствие, **сокращение части операционных издержек** или перевод их из категории постоянных в переменные.

- **Минимизация финансовых рисков** и возможность перераспределить свои ресурсы, направляя их на процессы, которые в первую очередь повышают эффективность функционирования учреждения и качество медицинской помощи, оказываемой им.

- Аутсорсинг позволяет учреждению использовать **передовой, в т.ч. мировой опыт в обеспечении непрофильных процессов.**

- Аутсорсинговые компании инвестируют в совершенствование своих собственных технологий, методологий, а также в свой персонал. В первую очередь они исследуют и внедряют у себя **новейшие, в т.ч. мировые инновационные методы в соответствии со спецификой своего предприятия.**

Аутсорсинг, как и все явления и процессы в обществе и экономике имеет и неготовивные стороны. Одна из них - большая вероятность «подсадки клиента на иглу». Аутсорсер очень хорошо чувствует момент, когда клиент уже не может обойтись без его услуг. И – может поднять цену. Привыкшие к комфорту учреждения уже с трудом могут вернуться к обычной схеме набора персонала, даже если экономически аутсорсинг становится абсолютно невыгоден. Выход из этой ситуации один, заключить договор с аналогичной компанией на условиях выгодных заказчику. Если же компания монополист – обращение в антимонопольный орган.

Другой серьезной проблемой является вполне естественное отсутствие вовлеченности у «забортных» сотрудников. Даже при достаточно долгосрочных договорах (один год - практически минимальный срок аутсорсинговых контрактов) каждый человек из заштатного корпуса подсолнательно не воспринимает учреждение - фактического работодателя как свое. И это некоторым образом нарушает заботливо прививаемый корпоративный дух. С этой проблемой напрямую связана еще одна - невнимательность внешних сотрудников к реноме своего временного работодателя. В результате работают сотрудники на аутсорсинге не то чтобы с прохладцей, но без так привлекающих работодателя горящих глаз.

Нередки случаи слабого контроля за своим сотрудниками со стороны аутсорсеров, что приводит к грубым нарушениям трудовой дисциплины, вплоть до появления на рабочем месте в состоянии алкогольного опьянения, длительного отсутствия без уважительных причин и др. Подобная ситуация и стала причиной расторжения договора ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России с охранным предприятием.

Заключение. Аутсорсинг является очень перспективным направлением в работе ЛПУ для создания условий более внимательного отношения их к выполнению своих основных функций и сосредоточении на их реализации необходимых сил и средств, которыми располагает учреждение.

Т.Н. Поткина, В.С.Старых, Л.И. Темерханова, М.В. Малин,
Ю.С.Шрайнер, К.Н.Токарев

ИННОВАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ УКУШЕННЫХ РАН

МБУЗ «Клиническая поликлиника № 5», Кемерово, Россия

Аннотация. Раны от укусов млекопитающих животных часто приводят к инфекционным осложнениям. Авторами изобретён и запатентован ряд технологий, направленных на снижение осложнений и повышение качества лечения.

INNOVATIONS IN TREATMENT OF THE BITTEN WOUNDS

«The Clinical polyclinic № 5», Kemerovo, Russia.

Abstract. Wounds from stings of mammals often lead to infectious complications. Authors invent and patent a number of the technologies directed on decrease of complications and improvement of quality of treatment.

Актуальность. В связи с большой численностью собак и других домашних животных у горожан с недостаточным уровнем культуры и наличием беспризорных собак на улицах городов, отмечается высокая частота укусов млекопитающими животными, которые часто приводят к инфекционным осложнениям. Профилактика такого травматизма и совершенствование способов лечения при укусах является актуальной проблемой.

Материалы и методы исследования. В Кемерово только за один год обратилось за медицинской помощью более двух с половиной тысяч взрослых людей укушенных млекопитающими животными. Нами проведён анализ лечения 1580 пациентов с укушенными ранами, нанесёнными млекопитающими животными, которые обратились в клиническую поликлинику № 5. В исследовании пациентов применены клинические методы исследования по стандартной схеме обследования больных, особое внимание уделено исследованию микрофлоры ран.

Результаты исследования и обсуждение. Среди укушенных женщин было несколько больше (51,1%), чем мужчин (48,9%). Травмы встречались у взрослых людей разных возрастов. Животные кусали соседей или знакомых (58%), своих владельцев (26%), реже незнакомых людей (15%). Наиболее часто укусы наносили собаки (80%), реже - кошки (19%), иногда крысы, мыши, морские свинки, хомячки и люди, а также лошадь, медведь, свинья, обезьяна, лисица и даже кролик. По виду раны чаще были точечными, рваные встречались от собак. Локализовались раны от укусов мышей и крыс на пальцах. Кошки чаще всего ранили кисти (рис. 1), реже предплечье, стопу и голень, в единичных случаях - лицо или шею. Собаки травмировали, как правило, стопу или голень (рис. 2), затем кисть и предплечье (рис. 3), иногда раны были на бедре, ягодице или мошонке (рис. 4), редко на лице, плече, животе или груди (рис. 5). У 4 больных выявлены в ранах переломы плечевой, локтевой кости или кисти. Обширные раны нанесены в 72,7% собаками, реже – кошками.

Лечение большей части больных с укушенными ранами проведено в условиях поликлиники. Экстренную профилактику столбняка и бешенства у больных с укусами осуществляли по показаниям, исходя из эпидемиологической обстановки в условиях юга западносибирского региона. Все укушенные раны мы рассматриваем как бактериально загрязнённые, а инфици-

рованными считаем при наличии в них местных признаков бактериального воспаления. Лечение больных с небольшими ранами, не требующим хирургической обработки, проводили согласно Инструкции МЗ РФ. «О порядке работы лечебно-профилактических учреждений и центров государственного санитарного эпидемиологического надзора по профилактике заболевания людей бешенством», утверждённой 7 октября 1997 года Приказом № 297. Она предписывает методику лечения при укусе: обильное промывание укушенной раны водой с мылом, обработку раны 70% спиртом, а при обширной ране - наложение наводящих швов. При рваных, скальпированных или разможжённых ранах без инфицирования, а также, учитывая, что при укусе происходит сдавление прилежащих к ране тканей, осуществляли первичную хирургическую обработку ран с рассечением и иссечением разрушенных и некротизированных тканей и накладывали провизорные швы. При наличии признаков инфицирования раны производили вторичную хирургическую обработку с местным применением антибиотиков без ушивания раны. При повреждениях костей, крупных кровеносных сосудов или нервов или при развитии инфекции с выраженной температурной реакцией организма, больных направляли в стационар. При исследовании микрофлоры в инфицированной ране наиболее часто обнаруживали *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus warneri*, *Staphylococcus epidermidis* и не ферментирующие грамположительные и грамотрицательные бактерии. Несколько реже встречали *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae* и иногда *Staphylococcus cohnii*, *Streptococcus subsp equi*, *Streptococcus viridans*, *Enterococcus faecium*, *E. coli*, *Acinetobacter*. Нередко обнаруживали сочетание двух возбудителей *Staphylococcus epidermidis* с *Klebsiella pneumoniae* или не ферментирующие грамположительные и грамотрицательные бактерии, иногда трёх: *Staphylococcus warneri*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus equi*. Значительная частота инфекционных осложнений в укушенных ранах указывает на недостаточную эффективность рекомендуемой и применяемой методики обработки раны, что побудило нас к поискам и разработке новых технологий лечения укушенной раны.

Поскольку все укушенные раны микробно загрязнены, с целью улучшения не хирургического лечения при мелких единичных или множественных укушенных ранах, нами изобретена специальная мазь (заявка № 201111925, получено решение о выдаче патента РФ), которая обеспечивает более высокую проницаемость тканей, ускорение движения жидкости и действующих антибиотических веществ через межтканевые пространства вглубь тканей и их более продолжительное локальное лечебное воздействие, направленное на снижение инфекционных осложнений.

Известно, что множественные разможжённые, скальпированные или глубокие укушенные раны, а иногда укусы без нарушения целостности кожного покрова, иногда сопровождаются гематомой или осложняются скоплением гноя в глубине тканей. Подкожные гематомы, возникшие от укусов,

могут сопровождаться отёком тканей, сдавлением нервов и кровеносных сосудов с нарушением питания тканей. Известное применение локальной гипотермии, давящей повязки, иммобилизации ушибленной конечности, тепловых процедур, массажа – лечение затяжное и не всегда предупреждает возникновение осложнений, что побудило нас к разработке способа лечения при подкожной гематоме, образовавшейся вследствие укуса животного (патент РФ № 2417765). Способ включает удаление гематомы и введение в кожу определённой дозы эмульсии перфторана в течение трёх и более дней. Имеются сообщения, что перфторан улучшает тканевое дыхание и микроциркуляцию, уменьшает отёк клеток и периваскулярный отёк сосудов [Г.Р.Аскерханов и др., 1999]. Встраиваясь в структуру мембран клеток, перфторан стабилизирует эндотелий сосудов и клеточных мембран. Его относят к противоишемическим препаратам (В.И.Шумаков и др. 1999]. Устраняя спазм кровеносных сосудов, он восстанавливает микроциркуляцию, уменьшает отек эндотелия сосудов, восстанавливает тканевой газообмен и метаболизм (В.В. Мороз, Н.Л. Крылов, 1999]. Перфторан снижает содержание продуктов перекисного окисления в тканях, что ведёт к разрешению вазоспазма, ослаблению микроциркуляторных расстройств и ишемии ткани [Х.А. Мусалатов и др., 1999]. Следовательно, благотворное влияние перфторана на повреждённые ткани обусловлено, главным образом, его мембранопротекторным, антиэкссудативным, антиальтеративным и детоксикационным действием. Изобретённый способ приводит к уменьшению выраженности отёка повреждённых тканей и ускорению их восстановления.

При повреждениях костей, крупных кровеносных сосудов, нервов, с обширными ранами лица или шеи 167 пациентов направлены в стационар. У 41 из них, с обширными рваными, реже скальпированными ранами осложнилось распространённым нагноением в ране, у 28-и были флегмоны или лимфангиты, у одного остеомиелит. После вскрытия флегмон осуществляли дренирование, иногда сквозное. При давно известной методике установки сквозного дренажа с проведением трубки через прокол, в последующем удаляют трубку путём протягивания её через дренажный канал в здоровых тканях. Проведение конца трубки, находящегося снаружи, через ткани организма связано с опасностью бактериального загрязнения раны и развития инфекционных осложнений, что мотивировало разработку более целесообразной и эффективной технологии дренирования. Изобретённое устройство для дренирования (патент РФ № 2329833) содержит стержень с заострённым рабочим концом и ручкой на другом конце. На стержне последовательно размещены две эластичные трубки с перфорациями, сформированными на стыкующихся концах трубок. Стержень выполнен из двух частей с возможностью разъединения их. На конце одной части стержня выполнена резьба, с размещённой на ней гайкой между ручкой и трубкой. На стыкующемся конце одной части стержня выполнен выступ с внешней резьбой под резьбу в продольном пазе стыкующегося конца другой части

стержня. На поверхности трубки выполнены метрические деления. После проведённого лечения для удаления дренажа, каждую из трубок удаляют наружу за концы, расположенные за пределами тканей организма. Так исключается необходимость протягивания через ткани тех частей трубки, которые находились снаружи, что исключает бактериальное загрязнение тканей. Изобретённое устройство в 2011 году демонстрировали на выставке высоких технологий «Архимед» в Москве, и оно было отмечено бронзовой медалью. Апробация запатентованного дренажа при лечении больных преимущественно с укушенными ранами показала снижение опасности возникновения осложнений от дренирования, путём обеспечения возможности одновременной установки двух дренажных трубок через один прокол с последующим удалением их без проведения наружного конца через ткани организма. Такая методика обеспечивает возможность сквозного дренирования ран или патологических полостей без последующего бактериального загрязнения тканей организма.

При необходимости пункционного непрямолинейного сквозного дренирования полости для повышения его эффективности с уменьшением травмирования тканей организма разработано устройство для установки сквозного дренажа (патент РФ №2400262). Оно включает жёсткую трубку с остроконечным мандреном, расположенную с возможностью продольного перемещения и фиксации в канале муфты, которая размещена на дуге в виде полукруга. На выступе другого конца дуги неподвижно прикреплена полая игла с косым срезом, обращённым к дуге. Игла снабжена тупоконечным мандреном. Середина среза иглы и канал в муфте расположены в центре полукруга. Полая игла и канал муфты выполнены в одной плоскости, параллельной плоскости дуги. Устройство содержит проводник с возможностью проведения его упруго-эластичной части через просвет трубок. Длина упруго-эластичной части проводника превышает суммарную длину обеих трубок, а внешний диаметр жёсткой трубки меньше просвета металлической иглы. В муфте выполнен паз и болт для фиксации муфты на дуге. Испытания устройства в клинике показали, что его конструкция позволяет прицельно под углом прокалывать ткани и стыковать концы трубки и иглы в её косом срезе для проведения через них петли проводника и дренажной трубки. Выполнение внешнего диаметра жёсткой трубки меньше просвета металлической иглы повышает точность введения конца трубки через косой срез иглы в её просвет. Устройство обеспечивает возможность пункционной под углом установки в тканях эластичной трубки для осуществления сквозного непрямолинейного дренажа, способствуя снижению травмы тканей организма и повышающего качество дренирования.

Заключение. Выявленные высокая частота укусов млекопитающими животными и возникающих осложнений является актуальной проблемой, требующей совершенствования способов профилактики их. Изобретённые технологии направлены на снижение инфекционных осложнений и улучшение качества медицинской помощи больным с укушенными ранами.

О.В. Пушкарёв

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ КАК ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная
клиническая больница», Россия*

Аннотация. В статье предлагаются новые подходы к количественной оценке эффективности здравоохранения. Эффективность управления определяется регулирующим эффектом системы здравоохранения. Исследования необходимы для мониторинга качества жизни населения и эффективности использования финансовых ресурсов при реализации долгосрочных программ в области здравоохранения.

O.V. Pushkarev

THE HUMAN CAPITAL AS THE BASIC CRITERION OF EFFICIENCY OF MODERNIZATION OF SYSTEM OF PUBLIC HEALTH SERVICES

Abstract. In article new approaches to a quantitative estimation of efficiency of public health services are offered. The management efficiency is determined by regulating effect of system of public health services. Researches are necessary for monitoring quality of a life of the population and efficiency of use of financial resources.

Здоровье населения – интегральный показатель качества жизни и объективный критерий оценки успешности проводимых политических, социальных и экономических реформ, в том числе и Программы модернизации здравоохранения. Оценка эффективности модернизации здравоохранения – одна из главных проблем на современном этапе. Предлагаются новые подходы для решения этой проблемы.

Разработанная комплексная оценка медико-экономической эффективности здравоохранения включает три логически связанных научных компонента исследования: эффективность государственного, регионального и муниципального управления; оценка медико-экономической эффективности и выбор оптимальных альтернативных программ и методов лечения и профилактики; медико-экономическая эффективность отдельных ЛПУ (на примере многопрофильных клинических больниц).

При оценке **эффективности государственного, регионального и муниципального управления** проблема рассматривается с двух сторон: с одной стороны, определяется прямой экономический ущерб общества

от потерь человеческого капитала, а именно, капитала здоровья трудоспособного населения (социально-экономическая эффективность); с другой - оценивается эффективность деятельности органов управления.

Критерии эффективности, методика расчёта и математическая модель. Для интегральной оценки социально-экономической эффективности рекомендуется критерий – потери валового внутреннего продукта (ВВП) в результате потерь человеко-лет жизни трудоспособного населения в определённом интервале времени. Математическая модель описывает функциональные связи между этими величинами. Рассчитываются потери из-за преждевременной смертности трудоспособного населения, временной утраты трудоспособности по болезни и инвалидности, накопления «груза болезней» и по причине низкой рождаемости. Решение позволяет оценить прямой ущерб общества от потерь человеко-лет жизни и сопоставить его с расходами на финансирование здравоохранения. Ущерб оценивается потерями валового внутреннего продукта (ВВП), потери человеко-лет жизни – индексом DALY. При таком подходе исходили из предположения, что улучшение здоровья человека, способствует повышению производительности труда и, как следствие, увеличению ВВП страны. Для России, Новосибирской области (НСО) и г. Новосибирска определены потери человеко-лет жизни по годам на 1 млн. жителей. Потери человеко-лет жизни трудоспособного населения из-за преждевременной смертности, инвалидности и заболеваемости до начала программы модернизации здравоохранения эквивалентны потерям 4 386 107 человеко-лет в Российской Федерации, 91 658 – в Новосибирской области, 45 850 – в г. Новосибирске. Потери ВВП по этой причине соответственно составили: 4,71%, 7,36% и 6,35%. Потери ВВП в результате потерь капитала здоровья трудоспособного населения составляют 4-8 % от ВВП и в 3-4 раза превышают расходы на здравоохранение.

Для оценки эффективности управления введено новое понятие – *регулирующий эффект системы здравоохранения* (РЭЗ). Под РЭЗ понимается степень увеличения или уменьшения потерь капитала здоровья населения с изменением затраченных на это ресурсов здравоохранения. Регулирующий эффект здравоохранения определяется характером изменения соотношения приращения потерь человеко-лет здоровой жизни и приращения затрат. Окончательный вывод об эффективности управления нужно делать не по одному году, а по общей тенденции изменения РЭЗ в течение нескольких расчётных периодов. Показано, что в 1998-2006 гг. общей положительной тенденции в управлении не наблюдалось. Это и вызвало необходимость реформирования системы здравоохранения. И только с 2006 года увеличение затрат на здравоохранение даёт положительный результат – потери капитала здоровья на единицу затрат начали уменьшаться.

Второй компонент научного исследования – **оценка эффективности**

и выбор оптимальных программ и методов профилактики и лечения. В основе метода лежит утверждение о том, что ресурсы в системе охраны здоровья должны распределяться по видам воздействий и группам населения так, чтобы обеспечить возможный наивысший уровень здоровья популяции в целом, а не отдельного больного. Критерий эффективности – продлённые годы здоровой жизни, оцениваемые показателем QALY. Нами доведён до практической реализации анализ эффективности затрат (АЭЗ). Разработана оптимизационная математическая модель АЭЗ с применением методов линейного программирования, составлена компьютерная программа. Этот метод является аналитическим инструментом, который рекомендуется использовать для оказания помощи лицам, принимающим решения, в проведении оценки и сравнении затрат и эффективности альтернативных путей достижения целей.

Третий компонент научного исследования – **вероятностно-стохастическая модель медико-экономической эффективности многопрофильной больницы.** Для практического использования предлагается модель оценки эффективности многопрофильной больницы и её программная реализация. Она представлена новой методикой, основанной на использовании стохастической математической модели. Практическая ценность этой методики заключается в возможности количественной оценки медико-экономической эффективности функционирования подразделений и больницы в целом. Для оценки эффективности предложен новый единый показатель – вероятность достижения цели, т.е. вероятность достижения эффекта при изменении затрат. Такой критерий поможет принимать научно-обоснованные управленческие решения при распределении ресурсов между отделениями и оценивать деятельность ЛПУ. Методика исследования включает комплекс методических рекомендаций по расчёту медико-экономической эффективности многопрофильной больницы с использованием предложенного метода и разработанных на его основе компьютерных программ. Программы позволяют работать со всеми системами управления базами данных с последующим импортом требуемых баз в EXCEL и систему STATISTICA. Программа адаптирована для получения информации из стандартных баз данных, поддерживаемых стационарами, работающими в системе обязательного медицинского страхования.

Вывод. Три компонента научного исследования представляют единый комплекс оценки медико-экономической эффективности здравоохранения на различных иерархических уровнях управления. Предложенные критерии, методы и программы позволяют оценить эффективность управления, медико-социальную и медико-экономическую эффективность и выбрать наиболее эффективные медицинские программы. Особую значимость предложенные методики приобретают в условиях модернизации системы здравоохранения РФ для оценки её результатов.

О.В. Пушкарев, А.И. Бабенко, Е.А. Бабенко

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ

ФГБУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН, лаборатория стратегического планирования в здравоохранении, г. Новокузнецк, Россия

Аннотация. В статье предложены методологические подходы к оценке эффективности программ модернизации системы здравоохранения. Показано, что потери человеческого капитала служат объективным критерием оценки проводимых реформ и программ модернизации в системе здравоохранения.

O.V. Pushkarev, A.I. Babenko, E.A. Babenko

METHODOLOGICAL PROBLEMS OF A QUANTITATIVE ESTIMATION OF A MANAGEMENT EFFICIENCY PUBLIC HEALTH SERVICES IN CONDITIONS OF MODERNIZATION

Abstract. In article methodological approaches to an estimation of efficiency of programs of modernization of system of public health services are offered. It is shown, that losses of the human capital serve as objective criterion of an estimation of success of spent reforms and modernizations programs in public health services.

Главная цель политики государства на современном этапе – улучшение качества жизни граждан. Эту задачу решают Национальный проект «Здоровье» и Программа модернизации здравоохранения, направленные на охрану здоровья населения. Возникает вопрос: по каким же критериям можно судить о том, в каком и направлении ведут нас реорганизационные процессы в системе здравоохранения при значительных финансовых затратах? Существует множество индикаторов для оценки частных показателей системы здравоохранения, однако необходим интегральный показатель оценки достижения генеральной цели – улучшения качества жизни и здоровья населения. При оценке результатов существует два основных подхода:

— *социально-гигиенический* – рассматривает население в качестве основной цели общества (уменьшение заболеваемости и инвалидности, увеличение продолжительности жизни, улучшение качества жизни и т.п.);

— *экономический* – население является средством для решения экономических проблем региона (например, увеличение ВВП).

Исследование эффективности здравоохранения должно отражать основные принципы этих подходов. Проблема *комплексной оценки эффективности* – одна из важнейших теоретических и прикладных проблем современной организации и экономики здравоохранения. В современных ис-

следованиям этим вопросам уделяется большое внимание (приказ МЗ РФ от 27 мая 2002 г. № 163).

В работе предлагаются новые подходы для решения этой проблемы. Проблема рассмотрена с двух сторон. **С одной стороны**, оценивается социально-экономическая эффективность, т.е. определяется прямой ущерб общества от потерь человеческого капитала, а именно, капитала здоровья трудоспособного населения. Ущерб оценивается потерями валового внутреннего продукта. **С другой стороны**, определяется эффективность государственного, регионального или муниципального управления. Для этого вводится новое понятие – *регулирующий эффект системы здравоохранения* (РЭЗ).

Перспективным направлением развития всего комплекса социально-экономических наук в XXI веке является *концепция человеческого капитала*. *Капитал здоровья* – несущая конструкция, основа человеческого капитала. Его сохранение – основная цель российского здравоохранения. Характер изменения потерь капитала здоровья позволяет определять вектор движения сообщества и корректировать его. Поэтому *разработка интегрального критерия и методики расчёта потерь капитала здоровья, оценка эффективности системы здравоохранения на уровне органов управления* являются одними из наиболее важных задач. При принятии решений анализ капитала здоровья представляется исключительно важным, т.к. он позволит создать необходимые предпосылки для перехода к более совершенным методам организации и управления здравоохранением.

Ранее нами было показано, что потери человеческого капитала служат объективным критерием оценки успешности проводимых реформ и модернизационных программ в здравоохранении [1, 2]. В настоящее время в здравоохранении не всегда используется анализ эффективности при внедрении новых программ с целью преобразования и совершенствования системы, и чаще всего отсутствуют сведения о количественных соотношениях затрат и результатов, что приводит к нерациональному распределению ресурсов. При этом часто забывается основная парадигма современной экономики здравоохранения: ресурсы в системе охраны здоровья должны распределяться по видам воздействий и группам населения так, чтобы обеспечить возможный наивысший уровень здоровья населения.

Критерий социально-экономической эффективности. Методика расчёта и математическая модель. Для интегральной оценки капитала здоровья разработан критерий – *потери валового внутреннего продукта в результате потерь человеко-лет активной жизни трудоспособного населения в определённом интервале времени*. Разработанная математическая модель описывает функциональные связи между этими величинами. Она позволяет оценить прямой ущерб общества от потерь человеко-лет активной жизни и сопоставить его с расходами на финансирование здравоохранения. Ущерб оценивается потерями валового внутреннего продукта, потери человеко-лет жизни по причине смертности и инвалидности – индексом DALY. При таком подходе исходим из предположения, что улучшение здоровья, способствует повышению производительности труда и, как след-

стве, увеличению валового внутреннего продукта страны. Следовательно, если человек какое-то время болеет, не работает или преждевременно в трудоспособном возрасте умирает, общество несёт потери валового внутреннего продукта.

Исходя из фактических данных для России, Новосибирской области и г. Новосибирска определены потери человеко-лет жизни трудоспособного населения. Потери ВВП из-за потерь капитала здоровья трудоспособного населения составляют 5-8% и значительно превышают расходы на здравоохранение. Расходы на здравоохранение составляют менее 50% потерь ВВП. Социально-экономические потери общества из-за потерь капитала здоровья высоки. Это и обусловило необходимость реформирования здравоохранения, на что и направлены Национальный проект «Здоровье» и Программа модернизации здравоохранения. Государственное финансирование системы здравоохранения значительно увеличилось, поэтому необходим контроль над эффективным использованием средств.

Регулирующий эффект системы здравоохранения. Для анализа эффективности управления здравоохранением на государственном, региональном и муниципальном уровнях нами введено новое понятие – *регулирующий эффект системы здравоохранения (РЭЗ)*. Под регулирующим эффектом здравоохранения понимается степень изменения (увеличения или уменьшения) потерь капитала здоровья населения с изменением затраченных на это ресурсов здравоохранения. Данный показатель впервые позволяет соизмерить полученные результаты (потери капитала здоровья) с затратами системы здравоохранения за определённый интервал времени при текущем управлении или в период реформирования системы здравоохранения. РЭЗ определяется как отношение приращения потерь капитала здоровья к приращению затрат, выраженных в относительных единицах. Анализ показал, что в 1997-1998 г. – управление эффективное, это объясняется тем, что в эти годы смертность уменьшилась, а продолжительность жизни увеличилась. В 1997–2003 гг. общей положительной тенденции в управлении не наблюдалось. Это и вызвало необходимость кардинального реформирования системы здравоохранения. Наибольший положительный эффект достигнут в 2006 г., когда наблюдался максимум уменьшения потерь капитала здоровья на единицу затрат. Таким образом, расчёты показали, что Национальный проект «Здоровье» дал небольшие положительные результаты. Хотя потери капитала здоровья ещё очень высокие, но наметилась устойчивая тенденция к их уменьшению.

Следует подчеркнуть особую значимость разработанной методологии в условиях внедрения в регионах РФ программ модернизации здравоохранения для оценки эффективности использования выделяемых средств.

Выводы:

1. Для оценки эффективности системы здравоохранения на уровне государственного, регионального и муниципального управления впервые предложен новый показатель – *регулирующий эффект системы здравоохранения*. Разработана методика расчёта. Несмотря на то, что с 1999 года ежегодно увеличивалось государственное финансирование здравоохранения, поте-

ри капитала здоровья увеличивались, и только с 2004 года наметилась тенденция к уменьшению потерь. При ежегодном приращении финансирования на 20-30% потери капитала здоровья уменьшаются на 2-3%, и только в 2006 году они уменьшились на 9%.

2. Внесены медико-социальные аспекты в экономическую оценку потерь капитала здоровья. Экономический ущерб от потерь капитала здоровья оценивался потерями ВВП. Потери ВВП в результате потерь капитала здоровья трудоспособного населения составляют 5 – 8 % от ВВП и в 2–3 раза превышают расходы на здравоохранение.

3. Разработанная методология должна быть использована в условиях внедрения в регионах РФ программ модернизации здравоохранения для оценки эффективности использования выделяемых средств на уровне влияния на общественное здоровье.

Литература:

1. Бабенко А.И., Пушкарёв О.В. Комплексная оценка эффективности здравоохранения: методологический подход и критерии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2007. - № 6. - С. 3-5.

2. Пушкарёв О.В. Критерии и количественная оценка эффективности управления здравоохранением / О. В. Пушкарёв // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2008. – № 2. – С. 23-27.

И.Д. Смолянинова, Т.В. Ершова

ПРЕДПОСЫЛКИ ВНЕДРЕНИЯ НОВОЙ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. В статье рассмотрены особенности формирования новой системы оплаты труда в медицинских организациях, отражено значение системы мотивации труда медицинских работников в бюджетных организациях. Сделаны прогнозы поэтапного совершенствования системы оплаты труда при оказании государственных (муниципальных), медицинских услуг на 2012-2018 годы.

I. Smolyaninova, T. Ershova

BACKGROUND FOR THE INTRODUCTION OF A NEW PAYMENT SYSTEM IN MEDICAL ORGANIZATIONS

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. The article describes the peculiarities of the formation of new payment system for the medical organizations and reflects the significance of motivation of medical professionals in the state-financed organizations. The

prognosis for gradual improvement of the payment system in the provision of public (municipal) medical services for the period of 2012-2018 has been made.

В условиях рыночного хозяйствования существенно меняется политика в области оплаты труда, материального поощрения и социальной поддержки работников.

Согласно ст. 15 Трудового кодекса РФ под трудовыми отношениями понимаются отношения, основанные на соглашении между работником и работодателем о личном выполнении работником за плату трудовой функции (работы по должности в соответствии со штатным расписанием, профессии, специальности с указанием квалификации; конкретного вида поручаемой работнику работы), подчинении работника правилам внутреннего трудового распорядка при обеспечении работодателем условий труда, предусмотренных трудовым законодательством, коллективным договором, соглашениями, трудовым договором. Согласно ст. 129 ТК РФ заработная плата – вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы, а также выплаты компенсационного и стимулирующего характера.

Ключевым моментом в постановлении Правительства Российской Федерации № 583 от 05.08.2008 года «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых в настоящее время осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений» была отмена единая тарифная сетка. Особенности труда каждой отрасли, каждой профессиональной группы требовали дифференцированного подхода к принципам формирования оплаты труда. При переходе на новые системы оплаты труда в бюджетной сфере России возникли следующие системные проблемы:

1. Новые базовые оклады бюджетной сети устанавливались кратно ниже рыночной стоимости труда;

2. Имело место распыление бюджетных средств на микроскопические надбавки к базовым окладам, неспособные в принципе изменить конкурентоспособность бюджетной сети на рынке занятости. При разработке мотивационных систем преобладало непонимание необходимости разграничить работу, выполняемую за оклад, и деятельность работников, за которую назначаются стимулирующие выплаты.

Не было увязки в определении конкретных показателей результатов труда, ожидаемых от руководителей и работников, одновременно с методикой их измерения или расчета, с определением периодичности сбора значений и лиц, ответственных за эту работу.

Таким образом, была создана незавершенная, неработающая система распределения премий за непонятные результаты. Хотя ведомством было рекомендовано проанализировать функции, задачи и объемы работ каждого из подведомственных федеральных бюджетных учреждений и установить:

- критерии эффективности работы учреждения;
- образец дополнительного соглашения с руководителем учреждения;
- показатели и условия стимулирования труда руководителей подведомственных учреждений для учета в дополнительном соглашении с руководителем.

При подготовке к внедрению новых систем оплаты труда в федеральных бюджетных учреждениях не было организовано широкомасштабное обучение специалистов, не выделены ресурсы на грамотный консалтинг, не разработаны типовые модели мотивационных систем даже для однородных учреждений (поликлиники, больницы, санатории).

Руководители бюджетных учреждений без квалифицированной помощи не смогли создать правильную систему стимулирования или систему управления результатами деятельности работников. В итоге бюджетные предприятия, годами работающие в условиях ЕТС, не смогли отойти от ее основных позиций – категорий, минимальных тарифов, которые были взяты за основу в положениях об оплате труда.



Рис. 1. Бюджетная реформа учреждений здравоохранения

Учреждения здравоохранения решают социальную функцию оказания медицинской помощи целевой группе в рамках сметного финансирования,

а с разрешения органа управления здравоохранения занимаются медицинским бизнесом (оказанием платных медицинских услуг) в рамках товарообмена медицинских услуг на денежные средства с зачислением их на лицевые счета органов Федерального казначейства.

Расходование внебюджетных средств сопряжено с необходимостью следования бюрократическим процедурам разрешений и согласований.

Ответственность по обязательствам учреждения несут своими денежными средствами, а при их недостаточности субсидиарную ответственность несет собственник за счет средств соответствующей казны (рис.1).

В связи с трудностями продвижения новых систем оплаты труда бюджетных работников, Минтруда России разрабатывает Программу поэтапного совершенствования системы оплаты труда при оказании государственных (муниципальных) услуг на 2012-2018 годы. Основной целью программы является существенное повышение качества услуг, оказываемых учреждениями бюджетной сферы населению и хозяйствующим субъектам, а также внедрение современных форм и технологий работы в деятельность этих учреждений. Программа подразумевает формирование независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, включая введение публичных рейтингов их деятельности. Крайне важно, что должен заработать механизм общественного контроля, так как в оценке качества оказания услуг будут принимать участие общественные организации.

Полагаем важным обратить внимание на то, что в учреждениях здравоохранения разных субъектов РФ также имеются принципиальные различия в формировании должностных окладов с учетом специфики, сложности деятельности, квалификации специалистов, в установлении компенсационных выплат.

К сожалению, в Программе, направленной на совершенствование системы оплаты труда, не ставится важнейшая, по мнению Совета Ассоциации, задача унификации систем оплаты труда по видам деятельности, формирования стандартов по оплате труда работников, единых принципов оценки по однородным видам работы, по крайней мере, для тех категорий специалистов, деятельность которых связана с обеспечением в соответствии с государственными стандартами конституционных прав граждан.

На наш взгляд, программа должна обеспечить повышение качества оказания государственных (муниципальных) услуг, структурных и институциональных изменений в бюджетном секторе экономики, в том числе реорганизации неэффективных организаций, определение источников финансового обеспечения реализации указов Президента России по повышению заработной платы отдельных категорий работников учреждений и организаций в бюджетном секторе экономики, приведение квалификационных требований к работникам и норм труда в соответствие с современными требованиями к качеству оказания медицинских услуг, развитие кадрового потенциала, переобучение и повышение квалификации медицинских

работников бюджетной сферы, совершенствование содержания трудовых договоров с работниками и руководителями медицинских организаций, совершенствование организации заработной платы в медицинских организациях бюджетного сектора экономики.

Хочется верить, что Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда при оказании государственных (муниципальных) услуг на 2012-2018 годы позволит соединить всестороннюю оценку работника с распределением всего фонда оплаты труда и его поощрительной части, учитывая при этом его производственные, деловые и личностные показатели, что приведет к решению задачи индивидуализации заработной платы.

О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев, А.В. Зайцева,
А.В. Подергин, И.Ф. Мингазов

ИННОВАЦИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ – ВАЖНЕЙШЕЕ УСЛОВИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Новосибирск), МБУЗ «Новосибирская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2», Россия

Аннотация. В статье проведен анализ рациональности использования финансовых средств, выделяемых здравоохранению субъектов в рамках территориальных программ по обеспечению гражданам государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Приведены примеры инновационной деятельности, реализуемых в регионах для оптимизации расходов на оказание медицинской помощи гражданам.

O.V. Strelchenko, V.M. Chernyshev, A.V. Zaitsev, A.V. Podergin,
I.F. Mingazov

INNOVATION ACTIVITY - AN IMPORTANT CONDITION FOR IMPROVING ADVANTAGED PEOPLE FREE MEDICAL CARE

FGBUZ SOMTS FMBA of Russia (Novosibirsk), MBUZ "Novosibirsk Municipal Clinical Emergency Hospital № 2", Russia

Abstract. The analysis of the rationality of the use of funds allocated to health care entities within the territorial programs for the citizens of the state guarantees free medical care of the population. The examples of innovations implemented in the region to optimize the costs of providing medical care to citizens.

Современные тенденции развития отечественного здравоохранения и деятельности его отдельных служб предполагают рациональное использование имеющихся ресурсов при ориентации на оптимальные конечные результаты. При этом планирование деятельности должно осуществляться на основе показателей, реально отражающих потребности населения в отдельных видах медицинской помощи и базирующихся на состоянии заболеваемости населения и должно гарантировать гражданам минимальный социальный стандарт, роль которого в здравоохранении выполняет Программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью.

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее - Программа) определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема ее, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (включая территориальные программы обязательного медицинского страхования), а при условии финансового обеспечения территориальной программы с учетом предусмотренных Программой соответствующих нормативов определять в территориальной программе дополнительные условия и объемы оказания медицинской помощи.

В 2011 году органами государственной власти субъектов Федерации Сибирского федерального округа принимались меры по обеспечению финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (ТППГ) и более эффективному использованию средств, направленных на их реализацию. Финансирование ТППГ во всех регионах округа увеличилось в среднем на 13,5% (от 9% в Иркутской области до 21% в Томской области). В структуре финансирования за 2011 год увеличилась доля средств обязательного медицинского страхования (ОМС), что связано с поэтапным переходом учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование.

Дефицит финансирования ТППГ в 2011 году имел место во всех регионах округа за исключением Омской области. Более 30% он составил в республиках Алтай (31,4%), Бурятия (35,8), Хакасия (40,7), Алтайском крае (31,2%) и Томской области (35,8%), в т.ч. за счет средств консолидированных бюджетов в республиках Бурятия (37,5%), Хакасия (46,9), Алтайском

(40,7) и Красноярском (40,5) краях, Кемеровской (33,7) и Томской (35,8%) областях.

Увеличение финансирования ТППГ в 2011 году позволило увеличить фактические расходы практически по всем видам медицинской помощи. Во всех регионах округа увеличилась стоимость 1 посещения в амбулаторно – поликлинические учреждения, размеры которой значительно колебались (186 руб. в Республики Алтай и 403 руб. в Новосибирской области). Стоимость одного дня пребывания в дневных стационарах составила в 2011 году от 254 рублей в Кемеровской области до 579 в Забайкальском крае (табл.).

Во многих регионах округа увеличилась оплата стоимости вызова скорой помощи, которая составила от 857 руб. в Алтайском крае до 1935 в забайкальском крае. В стационарах с круглосуточным пребыванием стоимость колебалась в 2011 году от 1095 (Алтайский край) до 1719 рублей (Красноярский край). Расходы на одного жителя тоже значительно отличались. Так в Иркутской области они составили 7087, а в Республике Тыва 10074 рублей на человека.

Сохраняющийся дефицит финансирования здравоохранения в субъектах Федерации в СФО требует активизации инновационной деятельности, т.е. принятия мер по рационализации использования выделяемых финансовых средств. С этой целью в регионах округа проводятся мероприятия по снижению объемов дорогостоящей медицинской помощи (скорой и стационарной) путем реструктуризации коечного фонда, оптимизации сети лечебных учреждений, повышению доступности амбулаторной помощи, в том числе стационар замещающих технологий (дневной стационар, стационар на дому). Так в Республике Бурятия в течение 2007 - 2011 гг. сокращены 1098 неэффективно функционирующих койки стационаров с круглосуточным пребыванием в муниципальных и республиканских учреждениях здравоохранения. 36 маломощных участковых больниц реорганизованы во врачебные амбулатории с дневным стационаром.

В целях рационального использования средств обязательного медицинского страхования в регионах округа применяется подушевое финансирование первичной медико-санитарной помощи (в Республике Бурятия, Алтайском крае, Кемеровской области), централизованное обеспечение медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, расходными материалами и продуктами питания (Красноярский край, Кемеровская область).

Для снижения затрат ЛПУ на непрофильные виды деятельности все чаще используется аутсорсинг (вывоз мусора, обслуживание медицинской техники специализированными организациями и т.д.). Например, в Забайкальском крае в течение нескольких лет по такому принципу осуществляется питание больных в стационарах. В Томской области рассматривается

вопрос о передаче на аутсорсинг специализированным организациям части второстепенных работ и услуг (клининговые услуги, организация питания, охраны и проч.). В Красноярском крае с целью обеспечения жителей края качественной медицинской помощью при заболеваниях, требующих применения дорогостоящих технологий с 2009 года применяется метод программно – целевой индексации тарифов на медицинские услуги, которая предусматривает дополнительное финансирование медицинских организаций на приобретение лекарственных средств и расходных материалов.

Во всех регионах округа проводится подготовка к переходу на одноканальное финансирование медицинских учреждений через ТФОМС. В настоящее время в регионах округа активно проводятся мероприятия по переходу на одноканальное финансирование, подготовка к включению в тариф на оплату медицинской помощи из средств ОМС расходов на оплату услуг связи, транспорта, коммунальных услуг и прочих.

В 2012 году переход на одноканальное финансирование во многих регионах носит экспериментальный характер, охватывающий ограниченное число учреждений здравоохранения. Так на данный вид финансирования переведены 15 учреждений Республики Алтай, 4 – Забайкальского края, 155 – Красноярского края, 38 - Кемеровской и 98 – Омской областей. Во второй половине 2012 года на данный вид финансирования планируется перевести часть учреждений здравоохранения Республики Хакасия, Алтайского края и Иркутской области. На одноканальное финансирование переведены все государственные учреждения Новосибирской области и все учреждения здравоохранения Томской области, реализующие Программу ОМС. В качестве дополнительных мероприятий в Томской области с 1.01.2012 г. был осуществлен перевод финансирования ФАПов через систему ОМС.

Некоторые показатели, характеризующие деятельность здравоохранения субъектов Федерации в СФО

Несмотря на сохраняющийся дефицит финансирования отрасли почти во всех субъектах СФО, меры по рационализации использования финансовых средств принимаются в недостаточном количестве. Так в Республике Тыва мало внимания уделяется внедрению стационар замещающих технологий, при этом нагрузка на стационары с круглосуточным пребыванием самая высокая в СФО. Безусловно, определенную роль играет климато-географические особенности, но, в регионах с аналогичными условиями (республики Алтай и Хакасия) указанные технологии используются гораздо активней. Недостаточно работ, осуществляемых в ЛПУ, передается на аутсорсинг. Во многих регионах не обеспечивается использование в полной мере дорогостоящего и дефицитного оборудования, КПД которых далек от 1,0. Медленно происходит дифференциация коечного фонда, в свя-

зи с чем, паллиативная помощь продолжает оказываться в дорогостоящих стационарах с круглосуточным пребыванием.

Т а б л и ц а .

Субъект	Финансирование на 1 чел. в год (руб.)	Амбулаторная служба		Скорая медицинская помощь		Стационар круглосуточного пребывания		Дневные стационары всех типов	
		Посещений на 1 жителя в год	Стоимость 1 посещения (руб.)	Количества вызовов на 1 жителя в год	Стоимость 1 вызова (руб.)	Количества койко – дней на 1 жителя в год	Стоимость 1 койко – дня (руб.)	Количества пациенто – дней на 1 жителя в год	Стоимость 1 пациенто – дня (руб.)
Республика Алтай	8227	12,1	186	0,32	1483	2,8	1464	0,8	398
Республика Бурятия	7269	н/д	219	н/д	1284	н/д	1360	н/д	3434
Республика Тыва	10074	9,5	267	0,33	1294	4,33	1473	0,6	511
Республика Хакасия	7211	8,6	250	0,38	1081	2,61	1422	0,65	419
Алтайский край	6681	8,9	207	0,37	856	3,2	1095	0,62	281
Забайкальский край	8846	9,8	262	0,29	1935	3,2	1575	0,59	579
Красноярский край	9620	10,2	271	0,35	1591	2,56	1720	0,68	516
Иркутская область	7087	8,6	264	0,36	1048	3,13	1457	0,57	378
Кемеровская область	7738	9,8	190	0,32	1324	2,7	1366	0,87	254
Новосибирская область	7576	н/д	408	0,43	1240	н/д	н/д	н/д	н/д
Омская область	7601	10,8	186	0,31	1216	2,8	1439	0,7	354
Томская область	7654	8,8	241	0,36	1451	2,6	1570	0,64	391

Заключение. В СФО сохраняется динамика увеличения финансирования отрасли, сокращения дефицита средств, выделяемых ЛПУ на оказание медицинской помощи в рамках ТПГГ. Вместе с тем, до настоящего времени не принимаются должные меры по рационализации и оптимизации использования финансовых средств в здравоохранении.

О.В. Стрельченко, И.Ф. Мингазов, В.М. Чернышев, Э.В. Герасимова, В.Г.Семенова

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ – ОСНОВА УСПЕШНОЙ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России»,
г. Новосибирск*

*ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области»,
г.Новосибирск*

*Новосибирский государственный медицинский университет,
г.Новосибирск, Россия*

Аннотация. В статье говорится об актуальности своевременного информационного обеспечения здравоохранения. ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России) за последние годы подготовлено 11 выпусков сборника статистических и аналитических материалов «Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа». В сборнике представлены основные показатели характеризующие состояние здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа (СФО). Полученные новые статистические данные и своевременное информационное обеспечение позволяют более точно оценить уровень заболеваемости населения по возрастным группам и своевременно применять необходимые управленческие решения.

O.V. Strelchenko, I.F. Mingazov, V.M. Chernyshev, E.V. Gerasimova, V.G. Semenova

INFORMATION SECURITY - THE BASIS FOR SUCCESSFUL INNOVATION IN HEALTHCARE

*FGBUZ “Siberian Regional Medical Center FMBA of Russia”,
Novosibirsk*

*FBUZ “Center of Hygiene and Epidemiology in Novosibirsk region”,
Novosibirsk*

Novosibirsk State Medical University, .Novosibirsk, Russia

Abstract. The article refers to the relevance of timely health information. FGBUZ «Siberian Regional Medical Center FMBA of Russia» in recent years, produced 11 issues of the collection of statistical and analytical material – fishing «Basic indicators of health and health care of the Siberian Federal District.» This volume presents the main indicators characterizing the state of health and health care of the Siberian Federal District. Received new data and

timely information provision allows more accurate assessment of the incidence by age group and the timely use of appropriate management solutions.

Актуальной задачей развития отечественного здравоохранения является дальнейшее развитие и внедрение в практическое здравоохранение новых информационных технологий, которые должны быть направлены на реализацию эффективного управления процессом оказания медицинской помощи (МП). В современных условиях, когда в сфере здравоохранения наблюдается колоссальный рост объема перерабатываемой информации, первостепенное значение также приобретают и интегрированные информационные материалы, в т.ч. статистические сборники.

Исходя из этого ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России за последние годы подготовлено 11 выпусков сборника статистических и аналитических материалов «Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа». При подготовке сборника используются оперативные данные федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, Министерства РФ, Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза», Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Новосибирской области, годовые статистические отчеты и информация территориальных органов управления здравоохранением субъектов РФ в СФО. Сборник рассчитан на руководителей органов и учреждений практического здравоохранения, научных работников медицинских НИИ, студентов медицинских учебных заведений, всех, кто интересуется проблемами здравоохранения.

В сборнике представлены основные показатели характеризующие состояние здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа. Материалы сборника содержат данные об основных тенденциях заболеваемости населения СФО, об объемах реализации регионами приоритетного национального проекта «Здоровье» и программы модернизации здравоохранения. Основные показатели характеризующие состояние здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа представлены по каждому субъекту в СФО и в целом по округу, многие даны в сравнении с показателями по Российской Федерации.

В развитии интегрированной информации в сборник введен раздел «Полезная информация», в который включены данные, характеризующие социально-экономическую ситуацию в каждом из субъектов Российской Федерации в СФО.

В связи с тем, что в сборнике представлена информация не только об отдельных территориях СФО, но и в целом по округу и России, они вызывают повышенный интерес у руководителей всех уровней, а размещенные в них данные используются при подготовке программ по охране здоровья населения и совершенствованию организации медицинской помощи населению.

Примером успешного использования информации для решения важных для страны проблем является укрепление здоровья граждан, прежде всего работающих, смертность среди которых значительно превышает аналогичные показатели развитых стран. Для решения этой проблемы, более тщательного анализа заболеваемости, в т.ч. работающего населения, ряд отчетных форм в последние годы претерпели изменения (в т.ч. отчетная форма 12). Стало возможным получение новой статистической информации по заболеваемости населения не только по традиционным трем группам населения - дети, подростки и взрослые, но и выделение заболеваемости у населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста. Это позволило выявить наряду с высокой смертностью среди работающих и высокую заболеваемости среди них, как в целом по стране, так и в Сибирском федеральном округе (табл. 1). В связи с этим, для сохранения здоровья, прежде всего трудоспособного населения, была введена дополнительная диспансеризация (ДД) работающих, которая первоначально затрагивала только работников федеральных бюджетных организаций, затем была расширена. Анализ заболеваемости работающего населения способствовал тому, что расширился перечень диагностических методов, используемых при ДД, которая направлена на раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, в том числе социально значимых (онкологических, сердечнососудистых, сахарного диабета, туберкулеза, заболеваний опорно-двигательного аппарата). Растут и расходы государства на эти цели (табл. 2). Если в 2006 году на нее было выделено 1, 6 млрд. руб., то в 2008 году - уже в 5,7 млрд. руб., в последующие годы произошло некоторое сокращение, а в целом за последние 6 лет (2006 – 2011 гг.) на ДД было выделено государством 18,1 млрд. руб., что позволило провести обследование 20,8 млн. чел. Это способствовало увеличению количества заболеваний, выявленных в ранних стадиях (онкологические, туберкулез и др.), более эффективному их лечению и, соответственно, получению хороших результатов.

Высокая заболеваемость среди работающего населения способствовала расширению объема медицинской помощи, отнесенной к высокотехнологичной, удовлетворенность в которой в последние годы в СФО приблизилась к 80%.

Необходимость совершенствования медицинской помощи способствовала более широкому внедрению в субъекта Федерации в СФО телемедицинских технологий, этапности в оказании МП, стационар замещающих видов ее и многих других современных и эффективных медицинских и управленческих технологий.

Перечисленные выше и другие мероприятия, принятые в нашей стране для сохранения и укрепления здоровья населения привели к существенным позитивным изменениям: за шесть лет продолжительность жизни россиян увеличилась почти на четыре года, общая смертность снизилась на 16%, младенческая - на 33, материнская - на 36%. Смертность снизилась от всех основных социально значимых заболеваний.

Таблица 1

Показатель общей заболеваемости в субъектах РФ (на 1000 соответствующего населения)

Территории	2011 общая заболеваемость	2011 в том числе взрослые	2011 в том числе трудоспособное население
СФО	1727,8	1605,6	1326,6
Республика Алтай	1733,0	1649,4	1410,1
Республика Бурятия	1226,6	1150,1	998,9
Республика Тыва	1134,7	1063,8	1088,3
Республика Хакасия	1623,0	1528,4	1281,5
Алтайский край	2526,1	2586,1	2091,6
Забайкальский край	1449,8	1214,8	997,1
Красноярский край	1697,1	1559,6	1269,4
Иркутская область	1697,4	1522,6	1273,9
Кемеровская область	1573,0	1388,6	1167,8
Новосибирская область	1589,7	1439,7	1194,9
Омская область	1839,4	1720,0	1470,7
Томская область	1572,9	1375,6	1080,6

Таблица 2

Проведение дополнительной диспансеризации в Российской Федерации (2006 – 2011 гг.)

Годы	Прошли дополнительную диспансеризацию, чел.	Финансовое обеспечение дополнительной диспансеризации, млрд.руб.
2006	2929000	1,607
2007	4276000	2,529
2008	5488000	5,749
2009	4164000	3,923
2010	3938000	4,293
Всего	20795000	18,101

Положительная динамика в состоянии здоровья наших граждан свидетельствует о правильности принятых решений, о рациональности вложения дополнительно выделенных государством средств, что возможно лишь при наличии необходимой и достаточной информации, правильной ее интерпретации и, соответственно, принятия, как уже отмечалось выше, правильных решений.

А.Л. Томчук, Е.А. Бабенко, Д.Б. Никифоров, А.И. Бабенко
**МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ
ВОСТРЕБОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем
гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН, Новокузнецк,
Россия*

Аннотация. В статье представлена методика и расчеты потенциальной востребованности медицинских технологий на основе использования информационных баз регионального диагностического центра и бюро судебно-медицинской экспертизы.

A.L. Tomchuk, E.A. Babenko, D.B. Nikiforov, A.I. Babenko
**THE METHODOLOGICAL APPROACH TO ASSESSMENT OF
POTENTIAL DEMAND FOR MEDICAL TECHNOLOGY**

*RI for complex problems of hygiene and occupational diseases SB
RAMS, Novokuznetsk, Russia*

Abstract. The methodology and calculation of potential demand for medical technology on use of employment of informational base of regional diagnostic center's and bureau forensic medical examination are proposed in article.

Характер обращаемости населения за медицинской помощью определяет целесообразность и эффективность работы различных подразделений системы здравоохранения. Широкий спектр технологий, которые используются в медицинских учреждениях, требует оценки их востребованности в зависимости от характера распространенности патологических процессов среди населения. В настоящее время оценку распространенности патологической пораженности (ПП) населения можно проводить по материалам диагностики патологии в региональных диагностических центрах (ДЦ), а также по результатам вскрытия умерших в региональных бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) и патологоанатомических отделениях крупных ЛПУ. Использование информационной базы этих учреждений в комплексе с учетом заболеваемости населения по обращаемости за медицинской помощью, причин смерти позволяет делать более адекватные прогнозы в формировании здоровья населения и определять перспективу востребованности медицинских технологий.

На основании результатов исследования патологии у пациентов Новосибирского областного клинического ДЦ были определены социально-гигиеническая значимость различных методов диагностики для определения уровня распространенности ПП и потенциальная востребованность медицинских технологий.

Установлено, что рассчитать потенциальную востребованность медицинских технологий (в частности, лечебно-диагностических) можно при заболеваниях щитовидной железы и мочекаменной болезни с использованием результатов УЗИ; ИБС – по материалам ЭхоКГ; цереброваскулярных болезней – компьютерной томографии; при хроническом бронхите, гастритах и дуоденитах, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки – эндоскопических исследований; энтеритах и колитах – рентгенологических методов; артрозах и остеохондрозах, сальпингитах и оофоритах – рентгенологических методов.

При консультировании пациентов в ДЦ целесообразно использовать в качестве планируемых объемов востребованности медицинских технологий результаты терапевтических приемов пациентов с заболеваниями системы кровообращения, гипертонической болезнью и бронхиальной астмой.

Расчеты потенциальной востребованности в лечебно-диагностических технологиях взрослого населения Новосибирской области по ряду выделенных групп заболеваний осуществлялись с учетом заболеваемости населения, удельного веса обращаемости пациентов в ДЦ, уровня выявляемости патологии в ДЦ.

Расчеты показали, что ежегодно в ЛПУ Новосибирской области отмечается 36,9 тыс. обращений по поводу заболеваний щитовидной железы. 5,9 тыс. обращений происходит в региональный ДЦ для уточнения диагноза, что составляет 16,0% от общего количества пациентов. Методом ультразвуковой диагностики у 77,6% пациентов ДЦ выявлено наличие патологии щитовидной железы. Отсюда вероятность потребности в лечебно-диагностических технологиях будет составлять 28,6 тыс. в год.

Обращаемость населения за медицинской помощью по поводу болезней системы кровообращения составляет 525,8 тыс. в год. 6,5 тыс. консультаций этой категории пациентов осуществляется специалистами регионального ДЦ, что составляет 1,2% от общего объема обращаемости. При этом 77,0% консультаций проводится врачами терапевтического профиля (кардиологи, ревматологи) и 23,0% – врачами хирургического профиля. В среднем выявляемость патологии в ДЦ составляет $27,5 \pm 0,6\%$ у каждого специалиста.

С ИБС зарегистрировано 97,7 тыс. обращений в ЛПУ. 5,1 тыс. пациентов прошли диагностику методом эхокардиографии в ДЦ (5,2% от всего объема). У 34,1% из них был диагноз ИБС подтвержден. В соответствии с этим общий объем востребованности лечебно-диагностических технологий в НСО для пациентов с данной группой заболеваний составил 33,3 тысячи.

Наибольшее число обращений (269,4 тыс.) населения, страдающего патологией системы кровообращения связано с гипертонической болезнью. Консультативную помощь в ДЦ получили 2,5 тыс. пациентов (0,9% от общего количества обращений), у 22,3% которых этот диагноз был под-

твержден. С учетом общего объема обращений потребность в лечебно-диагностических технологиях у пациентов с гипертонической болезнью составляет 60,1 тыс.

Среди класса болезней органов дыхания наиболее верифицированными патологиями являются хронический бронхит и астма. Общий уровень обращений населения составляет соответственно 24,8 и 37,9 тыс. в год. В региональном ДЦ пациентам данной категории осуществляется 225 бронхоскопий и 5,9 тыс. консультативных приемов. При этом подтверждение диагноза хронического бронхита отмечается у 98,0% обследованных, а астма – у 25,4% проконсультированных специалистами ДУ. Отсюда потенциальная востребованность лечебных технологий при хроническом бронхите составляет 24,2 тыс., а при астме – 9,6 тыс. в год.

В классе болезней органов пищеварения наиболее приемлемыми методами диагностики являются эндоскопические и рентгенологические. Первой группой методов ежегодно в ДЦ обследуется 15,4 тыс. пациентов, что составляет 22,5% от общего объема обращений (38,3 тыс.) за медицинской помощью по поводу гастритов, дуоденитов, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Выявление патологии данным методом составляет 98,0%. Соответственно, потенциальная востребованность лечебных технологий при рассматриваемой группе заболеваний составит 66,9 тыс.

Обращаемость по поводу энтеритов и колитов в НСО составляет 2,7 тыс. в год. 907 пациентов (33,6% от общего количества обращений) проходит обследование рентгенологическими методами в ДЦ, и у 84,5% из них эта патология подтверждается. Отсюда востребованность лечебно-диагностических технологий при рассматриваемых заболеваниях составляет 2,3 тыс.

Среди класса заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани в ДЦ рентгенологическими методами обследуется 5,5 тыс. пациентов в год с артрозами и остеохондрозами. При этом у 72,4% диагноз данной патологии подтверждается. Исходя из общего количества обращений в ЛПУ области – 135,2 тыс. лиц, страдающих этими заболеваниями, востребованность технологий составляет 97,9 тыс.

Рентгенологические методы диагностики имеют социально-гигиеническую значимость и при оценке распространенности сальпингитов и оофоритов у женской части населения. Ежегодно отмечается 15,3 тыс. обращений женщин в ЛПУ области. 3,4 тыс. (22,2% от всего количества обращений) обследуется в ДЦ. У 18,0% пациенток выявляется эта патология, определяющая непроходимость маточных труб. Расчеты показывают, что востребованность лечебно-диагностических технологий у этой категории пациентов составляет 2,8 тыс. в год.

По поводу мочекаменной болезни в НСО ежегодно отмечается 12,9 тыс. обращений. Из них 3,4 тыс. (26,4%) проходят диагностику методом УЗИ в ДЦ, у 35,3% данный диагноз подтверждается. Отсюда востребованность технологий для пациентов с мочекаменной болезнью составляет 2,8 тыс. в год.

Расчет потребности в лечебных, диагностических, профилактических технологиях на основе результатов вскрытия умерших в трудоспособном возрасте от внешних причин (механические травмы) проводился на основе материалов Новосибирского областного БСМЭ с учетом уровня патологической пораженности соответствующего органа и ткани, а также численности живущего населения в соответствующей возрастной группе.

Расчет востребованности лечебных технологий для жителей Новосибирской области показал, что для мужчин 45-59-летнего возраста эта потребность в целом относительно поражений сердца составляет 248,2 тысячи с ежегодным охватом новых лиц – 16,5 тысяч. Лечебные технологии при патологических поражениях печени востребованы для 148,8 тысяч мужчин данного возраста с ежегодной дополнительной потребностью – 9,9 тысяч. Соответственно при поражениях легких – 65,6 и 4,4 тыс., почек – 52,6 и 3,5 тыс., желудка и кишечника – 52,4 и 2,8 тыс., поджелудочной железы – 47,9 и 3,2 тыс.

Аналогично были сделаны расчеты для женщин данной возрастной группы, которые показали востребованность лечебных технологий относительно поражений сердца – 330,4 тыс. с ежегодной потенциальной потребностью – 22,0 тыс., печени соответственно – 194,1 и 12,9 тыс.; легких – 62,9 и 4,2 тыс., почек – 53,6 и 3,6 тыс., желудка и кишечника – 49,2 и 3,3 тыс., поджелудочной железы – 36,1 и 2,4 тыс.

Для расчета востребованности диагностических технологий были взяты показатели патологической пораженности для населения в возрасте 30-59 лет. Именно начиная с 30-летнего возраста, становятся значимыми показатели распространенности патологических поражений, но они далеко не всегда выявляются в начальных стадиях заболевания. Так, пораженность сердца у мужчин 30-59-летнего возраста составила 85,1%, что предопределило общую востребованность диагностических технологий 460,2 тыс. с ежегодной потребностью 15,3 тыс. Для диагностики поражений печени востребованность соответственно 232,0 и 77,3 тыс. Относительно других органов востребованность составила: легкие – 100,6 и 18,9 тыс.; почки – 56,8 и 3,4 тыс.; желудок и кишечник – 53,5 и 1,7 тыс.; поджелудочная железа – 58,4 и 2,0 тыс. соответственно.

У женщин данной возрастной группы потребность в диагностике поражений сердца составила 534,0 и 17,8 тыс., печени соответственно 340,0 и 11,3 тыс., легких соответственно 115,4 и 3,5 тыс., почек – 89,6 и 3,0 тыс., желудка и кишечника – 90,2 и 3,0 тыс., поджелудочной железы – 65,7 и 2,2 тыс.

Востребованность медико-профилактических технологий рассчитывается для всего контингента населения трудоспособного возраста, при этом нами были выделены отдельные виды патологических процессов. Так, пораженность сердца атеросклерозом у мужчин трудоспособного возраста находится на уровне 85,3%, соответственно востребованность медицинской профилактики составила 579,2 тыс. с ежегодной потенциальной дополнительной потребностью 14,5 тыс.

При дистрофических поражениях сердца востребованность технологий данного вида составила 197,0 и 4,9 тыс., при дистрофических поражениях печени соответственно 364,6 и 9,1 тыс., воспалительных поражениях печени соответственно 212,5 и 5,3 тыс., циррозах печени – 108,6 и 2,7 тыс., дистрофических поражениях почек – 129,0 и 3,2 тыс., склеротических поражениях почек – 83,5 и 2,1 тыс., поражениях желудка и кишечника – 103,9 и 2,6 тыс., поражениях поджелудочной железы – 117,5 и 2,9 тыс., легких – 160,9 и 4,0 тыс., атеросклеротических поражениях мозга – 115,4 и 2,9 тыс.

Для женщин трудоспособного возраста потенциальная потребность в технологиях медицинской профилактики атеросклероза сердца составила 545,5 тыс. с ежегодным охватом новых лиц 15,6 тыс. При дистрофических поражениях сердца востребованность составила 209,3 и 6,0 тыс. соответственно, дистрофических поражениях печени соответственно 336,2 и 9,6 тыс., воспалительных поражениях печени – 228,4 и 6,5 тыс., циррозах печени – 158,6 и 4,5 тыс., дистрофических поражениях почек – 101,5 и 2,9 тыс., склеротических поражениях почек – 88,8 и 2,5 тыс., поражениях желудка и кишечника – 76,1 и 2,2 тыс., поджелудочной железы – 57,1 и 1,6 тыс., легких – 114,2 и 3,3 тыс., атеросклеротических поражениях головного мозга – 145,9 и 4,2 тыс.

Представленные расчеты потенциальной востребованности медицинских технологий по результатам обследования пациентов в региональном ДЦ и исследований трупного материала в БСМЭ являются основой для планирования различных видов медицинской помощи.

В.А. Ульянова, Т.М. Овчаренко, Н.Н. Богдан

ФОРМИРОВАНИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ХОДЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

*Сибирский институт управления – филиал Российской академии
народного хозяйства и государственной службы при Президенте
Российской Федерации, Новосибирск, Россия*

Аннотация. В статье раскрывается понятие управленческих компетенций и излагаются результаты предпринятого авторами исследования управленческих компетенций руководителей в сфере здравоохранения – главных врачей медицинских организаций различного профиля Сибирского федерального округа. Делаются выводы о необходимости применения специальных методов развития компетенций в ходе реализации программ обучения.

V.A. Ulyanova, T.M. Ovcharenko, N.N. Bogdan

FORMATION OF MANAGEMENT COMPETENCE OF THE MANAGER OF THE MEDICAL ORGANIZATIONS IN THE COURSE OF PROFESSIONAL ADVANCED TRAINING

Novosibirsk State Medical University, Russia

Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration Novosibirsk Branch, Russia

Abstract. The article focuses on the notion of managerial competences. Also presented here are the results of research on managerial competences various leading administrators in the field of health care in the Siberian federal region. The conclusions about the need for special methods of competence development in the implementation training programs are made.

Для российского здравоохранения проблема повышения эффективности управления является наиболее актуальной. В современных условиях успешность управления определяют не только профессиональная компетентность руководителя, но и его умение работать с людьми на основе знаний в области социальной психологии, психологии управления. Это диктует необходимость приобретения руководителями медицинских организаций соответствующих управленческих компетенций.

Проблемам, связанным с развитием управленческой компетентности, посвящены многочисленные научные публикации как отечественных, так и зарубежных специалистов. Управленческая деятельность чаще всего анализируется с точки зрения комплекса характеристик, присущих руководителю (А.Л. Журавлев, А.В. Карпов, Г.А. Нефедов), управленческих ролей (Г. Минцберг). Вместе с тем, управленческие компетенции применительно к руководителю сферы здравоохранения изучены недостаточно.

Изучение теоретических источников показало, что большинство определений компетенций располагаются между двумя полюсами: компетенции как универсальный признак и компетенции как индивидуальные способности, которые проявляются в работе. Компетенция отличается от умения: умение – это действие (doing) в специфической ситуации, а компетенция – проявление общей готовности к определенным действиям, способности (a capability) человека. Взаимосвязь понятий выражается в том, что компетенции – это «умения в действии» (С.Е. Шишов). Наличие у человека комплекса компетенций формирует компетентность, которую можно рассматривать как способность устанавливать связи между знаниями, умениями и ситуацией или, в широком смысле, как способность к успешной деятельности в социальном, экономическом, культурном контекстах.

Здравоохранение – особая отрасль, которая представляет собой пересечение и взаимодействие элементов деятельности различных профессиональных областей, а специфика выполнения медицинской услуги зачастую

сопряжена с неопределенностью ожидаемого результата. Специфический предмет медицинского труда – человек – во многом определяет особенности труда работников здравоохранения: его сложность, эмоциональную насыщенность, необходимость высокой квалификации и специализации; повышенную ответственность, связанную с ценой риска, необходимость постоянного повышения квалификации.

В условиях активного реформирования отрасли происходят изменения в характере и содержании труда работников здравоохранения: усложнение труда и повышение его напряженности, изменение функций врача, ориентация на экономические показатели, расширение спектра выполняемых функций, изменение роли врача, рост требований к руководству медицинских учреждений и др.

Анализ литературных источников показывает, что совершенствование системы управления кадровым потенциалом должно идти в направлении формирования руководителя нового типа, способного успешно работать в новом организационно-правовом формате.

Нами предпринято исследование управленческих компетенций руководителей в сфере здравоохранения с тем, чтобы определить способы их формирования в ходе освоения руководителями программ повышения квалификации. В исследовании принимали участие руководители лечебно-профилактических учреждений (главные врачи и их заместители), Алтайского края, Республики Алтай, Новосибирской и Омской областей, проходящие повышение квалификации по программе «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования в 2011-2014 гг.» в Сибирском институте управления – филиале РАНХиГС. Всего опрошено 40 человек, из них 27 – занимают должности главных врачей и 13 человек – заместителей главных врачей. Респонденты находятся в возрасте от 33 до 57 лет. Стаж управленческой деятельности находится в пределах от 6 месяцев до 28 лет, в среднем – 9 лет.

В исследовании использовались методы анкетирования, тестирования и наблюдения. Нами разработана анкета, направленная на выяснение представлений руководителей об особенностях управленческой деятельности. Также руководителям предлагалось провести самооценку значимости и степени сформированности управленческих компетенций.

Проведенное исследование позволило сделать выводы о том, что большая часть опрошенных руководителей воспринимают свою деятельность как, прежде всего, управляющую, адекватно понимают свою роль руководителя и основные функции, осознанно выделяют наиболее значимые компетенции.

Опрошенные руководители не удовлетворены своей управленческой компетентностью, осознают потребность в развитии компетенций, связанных с овладением современными методами и технологиями управления, считают наилучшими способами организованное обучение на курсах повышения квалификации и в ходе стажировок. Как правило, опрошенные

руководители достаточно высоко оценивают свое умение влиять на людей и другие значимые компетенции, практически все респонденты обладают в целом адекватной самооценкой и при этом высокой самокритичностью, требовательностью к себе и своим действиям.

Вместе с тем, часть респондентов имеют нечеткие представления об управленческой деятельности, и, как следствие, затрудняются установить приоритеты в деятельности руководителя. Опрошенные руководители в ряде случаев склонны отождествлять управленческую деятельность с организаторской работой, администрированием. Руководители недооценивают эффективность практико-ориентированных форм развития управленческих компетенций, групповых и проектных видов работы.

Наиболее ярко у испытуемых проявились ограничения, связанные с развитием личностного потенциала – неумение управлять собой и нечеткость, размытость личных ценностей. Только часть руководителей из группы испытуемых обладают ярко выраженными лидерскими качествами.

Полученные результаты показывают актуальность целенаправленной работы по развитию управленческой компетентности руководителей медицинских организаций. Традиционным способом решения этой задачи является повышение квалификации. Однако современные образовательные программы для руководителей должны быть направлены на расширение горизонта видения и формирование большей восприимчивости к новому опыту, способности избавляться от устоявшихся стереотипов. В образовательном процессе достижению этого способствует изучение конкретных ситуаций (кейсов), позволяющих эффективно с точки зрения затрат времени расширить представления слушателей о практике деятельности, и проектная деятельность.

В задачи образовательной программы для руководителей необходимо включать такие, как получение новой информации о способах и механизмах управления; освоение новых инструментов решения проблем; переопределение содержания деятельности и роли руководителя. С целью повышения компетентности руководителя необходимо проводить тренинги, направленные на формирование и развитие необходимых управленческих компетенций. Тренинг как форма обучения основывается на интеграции полученных знаний и навыков в управленческую действительность. Например, тренинг, направленный на развитие лидерских качеств, включает понимание феномена личного лидерства, позволяет обнаружить и реализовать скрытые резервы. В результате тренинга формируются навыки в управлении собой и другими. Для руководителей сферы здравоохранения, призванных решать задачи модернизации, особенно необходим тренинг по управлению изменениями.

Таким образом, включение тренингов, конкретных ситуаций и проектных работ расширяют возможности развития управленческих компетенций руководителей сферы здравоохранения в ходе освоения ими программ повышения квалификации.

А.М. Чевтаев, В.Ф. Элярт, О.Ю. Стыка, Н.М. Корецкая

ЛИМФОТРОПНАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ – ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Краевая туберкулезная больница №1 УФСИН по Красноярскому краю, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия

Аннотация. Приведены данные об этиопатогенетической лимфотропной терапии, проведенной 159 больным туберкулезом легких, находившимся на лечении в условиях пенитенциарных учреждений. Пероральный прием противотуберкулезных препаратов сочетался с лимфотропным введением (в подмышечную область) изониазида, канамицина или капреомицина в смеси с дексаметазоном и ронколейкином с последующим проведением тканевого электрофореза. Лимфотропное введение осуществлялось три раза в неделю, общее количество введений - 20. Показаны положительные результаты лимфотропной этиопатогенетической терапии. Сделано заключение о необходимости внедрения данного метода в работу фтизиатрической службы пенитенциарных учреждений.

A.M. Chevtaev, V.F. Elyart, O.Yu. Styka., N.M. Koretskaya

LYMPHOTROPIC ETIOPATHOGENETIC THERAPY - INNOVATIVE TECHNOLOGY OF TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE CONDITIONS OF PENAL SYSTEM

Regional TB Hospital №1, Federal Penitentiary Service in Krasnoyarsk territory, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F.Voino – Yasenetsky, Russia

Abstract. The data on etiopathogenic lymphotropic therapy which has been carried out in 159 patients suffering from pulmonary tuberculosis in penal institutions are stated. Oral administration of anti-TB drugs was combined with lymphotropic injection (in the axillary space) of isoniazid, kanamycin or capreomycin in combination with dexamethasone and roncoleukin with the following tissue electrophoresis. Lymphotropic injection was carried out three times a week, the total number of injections - 20. The lymphotropic etiopathogenic therapy gave positive results. The conclusion about the need to introduce this method in TB service of penal institutions is made.

Несмотря на некоторую стабилизацию основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в России, они остаются на высоком уровне на

фоне низкой эффективности лечения особенно у больных с наличием бактериовыделения и деструкции легочной ткани. Низкая эффективность лечения в значительной мере обусловлена с каждым годом растущей лекарственной устойчивостью микобактерий к противотуберкулезным препаратам, увеличением удельного веса распространенных и деструктивных форм туберкулеза легких [4], числа нежелательных побочных эффектов на проводимую противотуберкулезную терапию, а также низкой иммунобиологической резистентностью организма.

Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза может быть преодолена за счет повышения концентрации противотуберкулезных препаратов в очаге туберкулезного поражения, что диктует необходимость отхода от традиционных путей их введения. Методом введения противотуберкулезных препаратов, позволяющим повысить концентрацию активных в отношении микобактерий препаратов в очаге поражения, а также преодолеть лекарственную устойчивость и повысить эффективность проводимой терапии, является лимфотропный [2,3,5], ибо он создает максимальную концентрацию противотуберкулезных препаратов и длительную их экспозицию в зоне специфического поражения. Необходимо также учитывать тот факт, что туберкулез является иммунозависимым заболеванием, а следовательно, эффективный результат его лечения трудно достигнуть без адекватной иммунокоррекции [1].

Вопрос о повышении эффективности методов лечения больных туберкулезом, в том числе путем применения новых технологий, таких как лимфотропное введение противотуберкулезных препаратов, особенно остро стоит в учреждениях пенитенциарной системы ввиду сохранения большого резервуара туберкулезной инфекции среди лиц, отбывающих наказание [6]. Однако в литературе имеются лишь единичные работы, отражающие результаты применения лимфотропного введения противотуберкулезных препаратов больным туберкулезом в условиях пенитенциарной системы и они касаются лишь ограниченных форм специфического процесса (очагового туберкулеза легких) без распада легочной ткани и без бактериовыделения [6].

В этой связи внедрение лимфотропной этиопатогенетической терапии больным не только ограниченными, но и распространенными формами туберкулеза легких с распадом легочной ткани и бактериовыделением, находящимся в пенитенциарных учреждениях, а также изучение результатов применения данного метода представляется нам актуальной проблемой.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности комбинированного перорального и лимфотропного введения противотуберкулезных препаратов в сочетании с дексаметазоном и ронколейкином у больных туберкулезом легких в условиях пенитенциарных учреждениях.

Материалы и методы. Этиопатогенетическая лимфотропная терапия проведена 159 больным, находившимся на стационарном лечении в КТБ-

1 УФСИН, из которых 27% составляли впервые выявленные больные, 73% - ранее болевшие. По форме туберкулезного процесса больные распределились следующим образом: инфильтративная – 48,5%, фиброзно-кавернозная – 26,4%, диссеминированная – 15,7%, туберкулема – 6,3%, первичный туберкулезный комплекс и очаговая – по 0,6%; 1,9% составили больные с состоянием после оперативного вмешательства по поводу туберкулеза. Распад легочной ткани имел место у 86,7% больных, бактериовыделение – у 94,3%.

Больные получали лечение по соответствующим режимам химиотерапии. Лимфотропно пациенты получали изониазид и один из инъекционных антибиотиков резерва – канамицин или капреомицин. Данные препараты вводились в клетчатку подмышечной области: при односторонней локализации процесса введение осуществлялось на стороне поражения, при двустороннем – стороны чередовались. Изониазид вводился в дозе 10% - 5 мл, канамицин или капреомицин по 1,0 г, разведенный в 1 мл растворителя; в смесь также добавлялся 1 мл дексаметазона (4 мг) и объем вводимых лекарственных препаратов доводился до 20 мл 0,25% раствором новокаина. При первых 5-ти лимфотропных введениях во вводимую смесь добавлялся также ронколейкин в дозе 250 тыс. ЕД.

После лимфотропного введения препаратов больным проводился тканевой электрофорез с наложением на место введения положительного электрода, а отрицательного – паравертебрально. Лимфотропное введение препаратов осуществлялось 3 раза в неделю; остальные противотуберкулезные препараты больные получали ежедневно. Всего пациентам проводилось 20 лимфотропных введений.

По мере получения сведений о лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза, проводили коррекцию химиотерапии в соответствии с полученными данными и она носила последовательный характер с заменой основных противотуберкулезных препаратов (инъекционных или таблетированных, к которым выявлена устойчивость микобактерий туберкулеза), на резервные.

В результате проведения лимфотропной этиопатогенетической терапии у 96,9% больных уменьшились клинические проявления заболевания в виде снижения выраженности симптомов туберкулезной интоксикации, увеличения массы тела. У 76,1% больных улучшились показатели крови: констатировано снижение лейкоцитоза, СОЭ, повышение уровня гемоглобина и количества лимфоцитов. Положительная рентгенологическая динамика в виде уменьшения фокусов инфильтрации, рассасывания и уплотнения очагов, уменьшения размеров полостей распада, рассасывания перекавитарной инфильтрации имело место у 54,7% больных. Закрытие полостей распада наблюдалось у 41,6% больных, прекращение бактериовыделения – у 70,0%. Отрицательная клинико-рентгенологическая динамика отмечена у 6 больных (3,8%) фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с длительным течением (более 6-ти лет).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой результативности лимфотропной этиопатогенетической терапии, что требует ее дальнейшего внедрения в практическую работу противотуберкулезной службы пенитенциарных учреждений с четким отбором больных для ее проведения.

1. Пеленева И.М. Клинико-экспериментальное обоснование оптимизации технологий лимфологического профиля в лечении больных туберкулезом легких // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Новосибирск. – 2005. – 38с.

2. Казаков А.В. Лимфотропная противотуберкулезная терапия в сочетании с ронколейкином в комплексном лечении больных распространенными формами туберкулеза легких // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск. – 2011. – 18с.

3. Цгоева Е.А. Комплексная непрямая эндолимфотропная терапия больных ограниченными формами туберкулеза легких в пенитенциарной системе // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск. – 2012. – 18с.

4. Мишин В.Ю. Химиотерапия туберкулеза легких // Пульмонология. – 2008. – №3. – С.5-12.

5. Бармина Н.А. Эффективность применения ронколейкина в комплексной терапии инфильтративного туберкулеза легких у подростков // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб. – 2008. – 18с.

6. Гусейнов Г.К., Адзиев А.А., Муталимов М.А. и др. Местные введения противотуберкулезных препаратов в комплексном лечении деструктивных и лекарственно-устойчивых форм туберкулеза легких // Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации: Матер. I-го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - Спб., 2012. – с.45-47

Л.Н. Шагина

ОСОБЕННОСТИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ У ШАХТЁРОВ ВИБРООПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ КУЗБАССА

*Научно-исследовательский институт комплексных проблем
гигиены и профессиональных заболеваний Сибирского отделения
Российской академии медицинских наук, Новокузнецк, Россия*

Аннотация. Особенности формирования вибрационной патологии у шахтёров Кузбасса связаны с развитием ангиодистонического синдрома с приступами акроспазмов, присоединением миодистрофического синдрома, синдромов периартрозов и артрозов верхних конечностей с невропатией периферических нервов. Формирование вибрационной патологии сопровождается нарастанием частоты артериальной гипертензии, возможно, вследствие нарастания дисфункции эндотелиальной системы.

L.N. Shpagina

PARTICULARITIES OF VIBRATION DISEASE IN THE MINERS OF THE TRADES DANGEROUS DUE TO VIBRATION EXPOSURE IN THE KUZBASS

Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases under Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Novokuznetsk, Russia

Abstract. The particularities of vibration pathology forming in the miners of the Kuzbass are connected with the development of angiodystonic syndrome with acrospasm attacks, with associated miodystrophic syndrome, syndromes of periarthrosis and arthrosis of the upper limbs with peripheral nerve neuropathies. Vibration pathology forming is associated with the increase in arterial hypertension incidence perhaps due to the increase of the endothelia system dysfunction.

Среди жалоб, больных ВБ, ведущими были диффузные боли в руках, ноющего характера, иногда жгучего, ощущение «ломоты» в руках. При I стадии ВБ у большинства (78%) отмечались парестезии умеренно выраженные, то при II стадии ВБ преобладали резко выраженные, доходящие до «одеревенения» кисти. У всех больных отмечалась гипалгезия в дистальных отделах верхних конечностей - при I стадии ВБ чаще в области кистей, при II стадии ВБ гипалгезия была преимущественно до верхней трети предплечий с резким сгущением на кистях. У 7,6% с I стадией ВБ и у 22,7% работающих со II стадией ВБ установлены, на фоне вегетативно-сенсорной полиневропатии, компрессионные невропатии нервов рук: синдром карпального канала, компрессионная невропатия локтевого нерва в канале Гийона, кубитальная нейропатия и невропатия срединного нерва в локтевой области. При синдроме карпального канала парестезии, боли и большая выраженность гипалгезии отмечались в области I-III пальцев кисти, при невропатии локтевого нерва в канале Гийона – боли и парестезии были интенсивней в области IV и особенно V пальца кисти, а большая выраженность гипалгезии – по ульнарному краю ладони и ладонной поверхности V пальца. При кубитальной невропатии лучевого нерва, парестезии и гипалгезия были более выражены по ульнарному краю предплечья и кисти. При невропатии лучевого нерва, боли и парестезии отмечались в области наружной поверхности верхней трети предплечья, особенно при интенсивной супинации руки. При невропатии срединного нерва, в локтевой области, боли и парестезии были по внутренней поверхности предплечья, особенно при интенсивной пронации предплечья.

У большинства ГРОЗ и проходчиков, уже при I стадии ВБ, отмечались миодистонические и реже миодистрофические изменения с повышением тонуса в мышцах предплечий, особенно в плечелучевой мышце, правой на-

гружаемой руки. При II стадии ВБ миодистрофические нарушения у ГРОЗ и проходчиков выявлены у 66,7 и 57,1% обследованных соответственно, при этом отмечалась умеренная гипотрофия мышц кистей и предплечий, довольно часто в мышцах предплечий пальпировались болезненные локальные уплотнения. Если у большинства больных с I стадией ВБ мышечные уплотнения исчезали после разминания или курса интенсивной терапии, что свидетельствовало об их миодистоническом характере, то при II стадии ВБ мышечные уплотнения были плотноэластичной или фиброзной консистенции, овальной или веретенообразной формы, не исчезали после массажа и комплексной терапии, что свидетельствовало о дистрофическом характере изменений. Мышечная сила у больных с I стадией ВБ в среднем не отличалась от её уровня у здоровых лиц. Если у здоровых лиц мышечная сила правой руки в среднем составляла $46,4 \pm 0,62$ кг, а левой $42,5 \pm 0,66$ кг, то при I стадии ВБ она составляла $44,9 \pm 0,89$ кг и $41,2 \pm 0,92$ кг соответственно ($p < 0,05$), а при II стадии ВБ сила была существенно снижена и составляла – $28,2 \pm 0,82$ кг и $26,9 \pm 0,68$ кг соответственно ($p < 0,05$). Выносливость мышц к статическому усилию (при удерживании 75% максимальной силы) была несколько снижена в группе лиц с отдельными признаками воздействия вибрации и значительно была изменена при выраженных формах ВБ, особенно у ГРОЗ и проходчиков. Если у здоровых шахтёров выносливость мышц кистей справа составляла в среднем $32,2 \pm 0,4$ сек. и $29,6 \pm 0,5$ сек. – слева, то уже у лиц с отдельными признаками воздействия вибрации она была снижена до $30,2 \pm 0,2$ и $28,8 \pm 0,2$ сек. ($p < 0,05$), при I стадии ВБ – до $26,4 \pm 0,3$ и $25,6 \pm 0,2$ сек. ($p < 0,05$), а при II стадии ВБ - до $21,2 \pm 0,2$ и $20,3 \pm 0,3$ сек. ($p < 0,01$).

Периферический ангиодистонический синдром у ГРОЗ и проходчиков диагностировался практически во всех случаях при I стадии и II стадии ВБ, у машинистов ГВМ и электровозов при I стадии ВБ он установлен у 77,9 и 80,0% обследованных соответственно. Если при I стадии ВБ ангиодистонический синдром характеризовался гипотермией и чаще бледностью кистей (в 62% случаев), а в 38% случаев – нередко и умеренно выраженным цианозом, то при II стадии ВБ в преобладающем большинстве случаев (96,0%) отмечался цианоз кистей (умеренно и резко выраженный). Пастозность кистей различной степени выраженности выявлена у 34% обследованных при I стадии ВБ и у 78% – при II стадии ВБ.

Капилляроскопическая картина ногтевого ложа пальцев рук характеризовалась спастическим состоянием капилляров 88,1% больных: ангиоспазм I стадии наблюдался у 22,8%, ангиоспазм II стадии – у 63,0%, у 14,2% отмечен ангиоспазм III стадии, у 11,9% наблюдалось спастико-атоническое состояние капилляров с изменениями как артериального, так и венозного колена. При II стадии ВБ ангиоспастические состояния II и III стадии отмечено лишь у 22,7% больных, а в остальных случаях наблюдалось спастико-атоническое состояние с преобладанием ангиогипотонии II и III стадии.

При I стадии ВБ снижение кожной температуры отмечено в 92% случаев, причём в 28% случаев температура кожи была ниже 27°C. При II стадии ВБ снижение температуры отмечено во всех случаях (в отдельных случаях до 19-20°C).

Положительная холодовая проба с приступом «побеления пальцев» отмечена у 36,9% больных с I стадией ВБ и у 27,3% больных со II стадией ВБ, у 40,9% больных со II стадией ВБ холодовая проба вызывала стойкий диффузный цианоз (табл.26). Из таблицы видно, что уже при I стадии ВБ и особенно при II стадии ВБ, существенно снижалась кожная температура сразу, после холодовой пробы: в среднем на $4,8 \pm 0,06^\circ\text{C}$ при I стадии ($p < 0,05$) и на $5,2 \pm 0,05^\circ$ при II стадии ($p < 0,05$). Время восстановления кожной температуры до исходной, после холодовой пробы, было удлинено как при I стадии ВБ, так и при выраженных формах вибрационной патологии. Если при I стадии ВБ удлинение времени восстановления температуры до исходной обычно не превышало 30 мин. и в среднем составило $26,4 \pm 0,6$ мин., то при II стадии ВБ время восстановления кожной температуры в 72% случаев превышало 40 мин. и составило в среднем $43,3 \pm 0,8$ мин. ($p < 0,01$).

О степени выраженности периферического ангиодистонического синдрома свидетельствовали также показатели пальцевой адреналиновой пробы. Если у здоровых лиц, после подкожной инъекции 0,1 мл 0,1% адреналина в подушечку пальца вызывало частичное побеление лишь у 26,7% случаев с интенсивностью побеления $2,2 \pm 0,4$ балла, то уже у шахтёров, с отдельными признаками воздействия вибрации, частота положительных проб достигала 95,0% при интенсивности в среднем $4,8 \pm 0,3$ балла. Побеление пальца, после инъекции адреналина, с запустеванием сосудов и побеление, и запустевание видимых вен на тыле кисти свидетельствует о повышенной реактивности к катехоламинам альфа₁-адренорецепторов периферических сосудов, обеспечивающих вазоконстрикторные реакции. При I стадии ВБ и при выраженных формах вибрационной патологии адреналиновая проба была положительной во всех случаях, интенсивность побеления пальца была почти одинаково значительно выраженной ($p < 0,05$). Отмечалось при ВБ и очень длительное время исчезновения побеления кожи пальца после пробы, которое при I стадии ВБ было затянато в среднем до $5,8 \pm 0,9$, а при II стадии ВБ до $6,2 \pm 0,8$ часов.

У большей части обследованных больных с ВБ отмечены дистрофические нарушения в периартикулярных тканях, в суставах и костях верхних конечностей. Если при I стадии ВБ артрозы и периартрозы были диагностированы в 50-66% случаев, в зависимости от профессии, то при выраженных формах вибрационной патологии – практически во всех случаях. Особенно часто отмечались периартрозы локтевых суставов (эпикондилёзы плеча). При I стадии ВБ периартрозы локтевых суставов отмечены в 32% случаев, лучезапястных – в 24%. При II стадии ВБ периартрозы локтевых суставов отмечены в 44% случаев, лучезапястных – в 22%. При пери-

артрозах локтевых суставов преобладало поражение наружных надмыщелков, чаще справа, на стороне наиболее нагружаемой руки.

Среди 40 больных с периартрозом лучезапястных суставов, у 10 (25%) диагностирован синдром карпального канала – компрессионная невропатия срединного нерва в карпальном канале.

Дистрофические изменения в области костей верхних конечностей выявлялись на рентгенограммах при I стадии ВБ и у лиц, с отдельными признаками воздействия вибрации, эта патология была почти одинаковой в 26 и 28% случаев, соответственно. При этом интенсивность изменений была умеренно выраженной у лиц со II стадией ВБ в 50% случаев, выявлялись наряду с дистрофическими изменениями в костях предплечья и плеча кистовидная перестройка, асептический некроз преимущественно в костях запястья.

Одним из частых сопутствующих заболеваний, у лиц с вибрационной болезнью, была вертеброгенная патология. Клинически значимый остеохондроз шейного отдела отмечался у 8% шахтеров, I стадия ВБ – у 19% больных, а при II стадии ВБ – у 27,3% больных. При сочетании ВБ и шейной радикулопатии отмечалось явное взаимоотягочающее течение. Ещё чаще отмечалось развитие пояснично-крестцовой радикулопатии – у 19,6% больных с I стадией ВБ и у 36,4% больных со II стадией ВБ.

На электрокардиограмме у шахтёров с отдельными признаками воздействия вибрации нормальные и физиологические изменения отмечались в 34% случаев, при I стадии ВБ – уже только в 24% случаев, а при II стадии ВБ – лишь в 11% случаев.

Артериальная гипертензия при ВБ отмечалась чаще без признаков воздействия вибрации, она установлена у 16% шахтеров, с отдельными признаками воздействия вибрации – у 20%, при I стадии ВБ – у 28,3% больных, при II стадии ВБ – у 34,1%. Анализ характера течения вибрационной патологии, при динамическом наблюдении показал, что у больных с I стадией ВБ, продолжающих работать с воздействием вибрации, прогрессирующее течение с нарастанием клинической симптоматики, отмечалось у 37,7% больных, а при II стадии ВБ у трудоустроенных шахтёров – у 25% больных.

Таким образом, клиническая картина вибрационной патологии у шахтёров Кузбасского региона, вызванной воздействием интенсивной вибрации, физического напряжения и охлаждения, характеризуется вегетативно-сенсорной полиневропатией с вегетативно-сосудистыми, чувствительными и трофическими расстройствами. Ведущим синдромом, как при начальных формах ВБ, так и при вибрационной патологии является периферический ангиодистонический синдром с приступами акроспазмов, который при выраженных формах ВБ нередко сменяется ангиодистоническим синдромом с преобладанием ангиогипотонии.

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Р.Р. Аубакиров, Е.Е. Амангельдиева

МЕДИАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

АО «Медицинский университет Астана», Казахстан

Аннотация. Данная статья посвящена одному из основных способов разрешения спорных и конфликтных вопросов и ситуаций в области здравоохранения путем примирительных процедур - медиации.

R.R. Aubakirov, E.E. Amangeldieva

MEDIATION IN HEALTHCARE

JSC “Astana Medical University”, Kazakhstan

Abstract. This article is devoted to one of the main ways of solving conflicts or problematic situations in public health by reconcilable procedures – mediation.

Здравоохранение – это область деятельности, связанная с жизнью людей и их здоровьем. Наряду с ключевыми характеристиками здравоохранения, такими как качество и стабильность, немаловажную роль играют такие личностные характеристики как тактичность и внимательность.

В последнее время вопрос защиты прав пациентов и качественно-го оказания медицинских услуг становятся все более актуальными. Бурное развитие медицинской деятельности, появление страховых компаний и других участников медицинской отношений способствуют развитию растущего количества споров и конфликтов между стороной предоставляющей медицинские услуги и стороной ею пользующейся. Разрешения подобных конфликтов требуют особых способов и методов, которые отвечают всем изменениям, происходящим в сфере здравоохранения, и позволяют в полной мере защитить пациентов, медицинские организации, а также страховые компании.

Определенными преимуществами в области разрешения споров и конфликтов является медиация.

Медиация ориентирована на выявление реальных интересов и потребностей сторон, оказавшихся в ситуации конфликта. Этими сторонами мо-

гут являться медицинские учреждения, отдельные врачи, персонал медицинского учреждения, фармакологические компании и те, кто обеспечивает медицинские учреждения просто всеми необходимыми системами жизнеобеспечения. Медиация представляет собой примирительные процедуры, которые дают возможность урегулировать проблемы людей, недовольных качеством оказания медицинской помощи без суда.

Медиация имеет следующие преимущества. Во-первых, она дает людям, пользующимся услугами, возможность донести свои проблемы и получить по ним разъяснения. Во-вторых, данный способ разрешения конфликтов способствует установлению и сохранению доверительных отношений между сторонами. Кроме того, медиация, разрешая спор быстро и эффективно, направлена на сохранение имиджа и репутации медицинской организации. И наконец, медиация благоприятствует формированию корпоративной культуры, ориентированной на удовлетворение нужд пациентов, клиентов и деловых партнеров.

Одной из основных задач является совершенствование медицинской этики, выявление системных ошибок.

Таким образом, на сегодняшний день одна из главных проблем здравоохранения - урегулирование отношений между гражданами и людьми, оказывающими свои услуги в сфере здравоохранения, что требует улучшения качества работы работников здравоохранения в целом, начиная от младшего медицинского персонала и заканчивая управляющим персоналом.

Е.С. Баннова, М.И. Прокопьева, М.Ю. Романенко

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ И НОВЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Правовой подготовке специалистов системы здравоохранения всегда уделялось особое внимание. В условиях стремительно развивающейся медицины становится ясно, что занятие профессиональной деятельностью в этой сфере предполагает знания не только теории и практики по избранной специальности, но и соответствующего законодательства. С середины 90-х годов в научной и практической литературе предпринимаются попытки осмыслить и обобщить правовые проблемы медицины, в вузах организуются соответствующие курсы и кафедры, а это означает, что правовая подготовка специалистов системы здравоохранения становится обязательной и социально значимой частью профессионального медицинского образования. В НГМУ с конца 90-х годов она осуществляется в рам-

ках изучения ряда правовых дисциплин на кафедре общественного здоровья и здравоохранения.

E.S. Bannova, M.I. Prokopyeva, M.Y. Romanenko

PROBLEMS OF LEGAL EDUCATION IN MEDICAL UNIVERSITY AND NEW EDUCATIONAL STANDARDS

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. Legal training of health professionals has always paid special attention. In a rapidly evolving medicine, it is clear that having a professional activity in this field involves not only knowledge of the theory and practice in their chosen profession, but also of the law. Since the mid 90's in the scientific literature and practical attempts to comprehend and summarize the legal problems of medicine, universities organize courses and the department, and this means that the legal training of health professionals becomes mandatory and socially important part of professional medical education. In NGMU the late 90's, it is in the study of a range of legal disciplines in the department of public health and health care.

Правовой подготовке специалистов системы здравоохранения всегда уделялось особое внимание. В условиях стремительно развивающейся медицины становится ясно, что занятие профессиональной деятельностью в этой сфере предполагает знания не только теории и практики по избранной специальности, но и соответствующего законодательства. С середины 90-х годов в научной и практической литературе предпринимаются попытки осмыслить и обобщить правовые проблемы медицины, в вузах организуются соответствующие курсы и кафедры, а это означает, что правовая подготовка специалистов системы здравоохранения становится обязательной и социально значимой частью профессионального медицинского образования. В НГМУ с конца 90-х годов она осуществляется в рамках изучения ряда правовых дисциплин на кафедре общественного здоровья и здравоохранения.

Совершенно очевидно, что развитие медицины, её активное вторжение в жизнь и здоровье людей требуют защиты от непрофессионального медицинского вмешательства. Нередко конституционное право на жизнь зависит не только от профессиональных знаний медицинских работников, но и их добросовестности и ответственности. Совершенно чётко прослеживается тенденция возрастания случаев обращений пациентов в судебные органы и общества защиты прав потребителей с исками о возмещение ущерба, причинённого ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Нередки и уголовные дела по обвинению медицинских работников в совершении преступлений. В условиях коммерциализации медицины о многочисленных нарушениях и злоупотреблениях свидетельствуют факты, приводимые средствами массовой информации. При этом следует учитывать то обстоятельство, что зачастую сказывается не только недостаточное знание медицинскими работ-

никами правовых норм, но и отсутствие внутренней готовности им следовать. С другой стороны, медицина, ранее ограждённая от обвинений ведомственными барьерами, также порой оказывается неподготовленной к защите себя правовыми средствами.

Поэтому, несмотря на то, что медицинское право как отрасль теоретически и практически окончательно ещё не сложилось, сделанного достаточно, чтобы говорить о возможности формирования в рамках учебного процесса целостного представления об общем и медицинском законодательстве, о правовых нормах, регламентирующих профессиональную деятельность медицинских работников как в целом, так по отдельным специальностям.

Традиционно первые правовые знания приобретаются в старших классах средней школы в рамках таких дисциплин как «Основы государства и права» или «Обществознание», которых, конечно, недостаточно для понимания вопросов правового регулирования будущей профессиональной деятельности. Действовавший до 2011 года государственный образовательный стандарт (ГОС) предполагал изучение дисциплины «Правоведение» на 4-5 курсах медицинских факультетов, однако, многолетний опыт преподавания показал, что у студентов к этому времени, за очень небольшим исключением, остаются весьма незначительные и поверхностные знания в области права. Поэтому осуществления полноценной правовой подготовки будущих врачей в пределах 36-ти часового учебного курса представляется достаточно проблематичным. В идеале, приступая к изучению вопросов правового регулирования будущей профессиональной деятельности, студенты должны иметь уже чёткое представление о правовой системе, её основных отраслях, источниках права, механизмах правового регулирования и т.п. Только в этом случае, уже имея опыт обучения на клинических кафедрах, а, порой и опыт работы в медицинских учреждениях, студенты могут должным образом воспринимать вопросы медицинского законодательства и правовые аспекты своей будущей профессии.

Поэтому представляется более правильным разделить правовое образование в медицинском вузе на несколько этапов, получение общего представления о праве включить в программу обучения на 1-2 курсах в рамках цикла гуманитарных и социально-экономических дисциплин, а вопросы правового регулирования медицинской деятельности перенести на старшие, 4-5 курсы. Тогда бы студенты, уже не только на словах, но и а личном опыте могли бы убедиться в том, что знание врачами своих прав и обязанностей при оказании медицинской помощи, знание механизмов юридической ответственности помогут избежать конфликтов с пациентами и их родственниками, а также врачебных ошибок, правонарушений, и, возможно, даже преступлений. Дополнительно, в учебный план могли бы быть включены спецкурсы по изучению и обобщению отечественного и зарубежного опыта правового регулирования отдельных видов медицинской деятельности в зависимости от направления подготовки.

Несомненно, что это только начало, и правовое образование специалистов системы здравоохранения не заканчивается получением диплома, а

продолжается далее в рамках постдипломного обучения во всех его формах. Практика показывает, что нехватку правовых знаний в условиях постоянно меняющегося законодательства испытывают не только персонал медицинских организаций, но и многие руководители разных уровней.

С введением новых федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС), основанных на компетентностном подходе, в систему высшего профессионального образования программа правовой подготовки в медицинских вузах претерпела серьёзные изменения. Однако, по-прежнему, правовая подготовка специалистов по основным медицинским специальностям ограничена одной учебной дисциплиной, «Правоведение», относящейся, как и ранее, к циклу социально-экономических и гуманитарных дисциплин.

Необходимо отметить, что несомненным плюсом нового образовательного стандарта является существенное увеличение учебного времени, предусмотренного на изучение данной дисциплины, с 36 до 108 академических часов, или с 1 до 3 зачётных единиц в новой терминологии. При этом, более 40% времени отводится на самостоятельную работу студентов, что, с одной стороны, потребует, дополнительной работы преподавателей для её соответствующего обеспечения, а с другой, повысит качество и результативность образовательного процесса. Формой итогового контроля остаётся зачёт, что вполне приемлемо для неюридических специальностей.

Однако, существенным изменением является то, что изучение дисциплины «Правоведение» в полном объёме переносится со старших на младшие курсы, так по специальности «лечебное дело» с 9 на 3 семестр, то есть с пятого на второй курс, а по специальности «педиатрия» с 8 на 6 семестра, то есть, с четвёртого на третий курс. Такое нововведение, исходя из специфики обучения в медицинском вузе, создаёт ряд проблем, которые, не могут сказаться на качестве усвоения данной дисциплины. Преподавание на 2-3 курсах осуществляется не в клинических, а академических группах, которые существенно больше по числу студентов, а любой преподаватель знает, что меньше число обучаемых, тем лучше результат освоения образовательной программы. Работа в группе более 20 человек практически исключает индивидуальный подход, затрудняет объективную оценку знаний и, естественно, ставит вопросы поддержания дисциплины, что требует определённых затрат времени и сил.

Далее, обучение на 1-3 курсах в медицинском вузе производится по традиционной схеме, в виде еженедельных 2-х или 3-х часовых занятий, в то время, как на старших курсах используется цикловой метод, путём «погружения» учащихся в «предмет» на определённое количество учебных дней в соответствии с учебным планом. У этого метода есть несомненные плюсы с точки зрения получения целостного представления об изучаемом предмете, однако теперь для правовой подготовки будущих врачей он становится недоступным, что не совсем представляется правильным.

Ну, а если иметь в виду правовое образование в области будущей профессиональной деятельности, то на младших курсах, когда студенты ещё да-

леки от клинической подготовки и клинических баз, их представление о реальной медицине весьма поверхностное, особенно, с точки зрения понимание проблем, с которыми им предстоит в дальнейшем столкнуться. О каком медицинском праве можно говорить со студентами второго или даже третьего курса с точки зрения освоения профессиональных компетенций, а больше такой возможности не представится. Поэтому возникают большие сомнения, что значительное увеличение количества часов, отводимых на дисциплину «правоведение» в такой же степени скажется на качестве её освоения.

Более приемлемый вариант предполагает образовательный стандарт по специальности «стоматология», согласно которому изучение данной дисциплины идёт в два этапа, о целесообразности чего речь и шла выше. На первом осуществляется общая подготовка в области права, на втором, профессиональная с точки зрения будущей профессии, в соответствии с учебным планом, в НГМУ это предусмотрено на втором и четвёртом курсах обучения, а если учесть, что срок подготовки врача-стоматолога составляет пять лет, то вариант почти идеальный.

Ещё одно замечание по поводу новых образовательных стандартов. Не очень понятно, почему по таким специальностям как «лечебное дело» и «педиатрия» изучение дисциплины «правоведение» предусмотрено на младших курсах, а по специальностям «медицинская биофизика» и «медицинская биохимия» на шестом выпускном курсе. Возникает впечатление, что в чём с точки зрения распределения учебного времени на правовую подготовку специалистов системы здравоохранения новый государственный федеральный образовательный стандарт, всё-таки, нуждается в некотором дополнении или уточнении, что, возможно, допустимо на уровне конкретного вуза. Эти предложения, скорее всего, возникнут, по мере его освоения и внедрения в образовательный процесс, что совершенно естественно, исходя из сложности поставленной задачи существенного улучшения правовой подготовки специалистов системы здравоохранения.

С.А. Безнедельный, З.В. Родионова

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

*Новосибирский государственный университет экономики и
управления, Россия*

Аннотация. Проблема защиты персональных данных была обозначена достаточно остро еще в 2006 году, после опубликования Федерально-го закона «О персональных данных», который обязал всех юридических лиц обеспечивать защиту такой информации. На сегодняшний день, пра-

вомерная обработка персональных данных является необходимым условием и важным направлением информатизации лечебно-профилактических учреждений.

S.A.Beznedelnyy, Z.V.Rodionova

CURRENT TRENDS OF PROTECTION OF PERSONAL INFORMATION IN MEDICAL INSTITUTIONS

Novosibirsk state medical university, Russia

Novosibirsk state university of economy and management, Russia

Abstract. The problem of protection of personal information was designated rather sharply in 2006, after publication of the Federal law «About personal information» which obliged all legal entities to provide protection of such information. Today, lawful processing of personal information is the important direction of information of health care and LPU automation, a necessary operating condition of any medical institution.

К персональным данным (далее ПДн) относятся: сведения о фактах, событиях и обстоятельствах частной жизни гражданина, позволяющие идентифицировать его личность; любая информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу. Сведения о состоянии здоровья субъекта ПДн отнесены к специальным категориям персональных данных.

Согласно законодательству, до 1 января 2011 года информационные системы, которые работают с ПДн, должны были быть защищены в соответствии с требованиями. Контроль за соответствием таких требований осуществляют регуляторы - ФСБ России, Федеральная служба по техническому и экспортному контролю (ФСТЭК), Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Нарушение этих требований предусматривает гражданскую, административную, а в некоторых случаях и уголовную ответственность. К лечебно-профилактическим учреждениям могут быть предъявлены судебные иски со стороны их сотрудников, пациентов и посетителей; осуществлено принудительное приостановление или прекращение обработки персональных данных, что соответственно блокирует всю текущую деятельность учреждения, а также возможно и приостановление действия или аннулирование самой лицензии на основной вид деятельности – оказание квалифицированной медицинской помощи гражданам.

Специфика защиты ПДн в лечебно-профилактических учреждениях заключается в том, что данные, обрабатываемые в информационных системах защиты персональных данных (далее ИСПДн), относятся к первой (специальной) категории, и к самим ИСПДн, соответственно, регуляторами предъявляются самые жесткие требования. Для таких систем требуется применение сертифицированных средств защиты информации, ми-

нимальный набор: межсетевое экранирование, система обнаружения вторжения, антивирусная защита, защита от НСД. Если осуществляется обмен данными с другой ИСПДн, например, в процессе предоставления отчетности в Министерство здравоохранения или предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, то дополнительно используются сертифицированные ФСБ России криптографические средства шифрования. Высокая стоимость самих средств дополняется также расходами на их установку. Установка может быть произведена сторонними специалистами, имеющими следующие виды лицензий: лицензия ФСТЭК России на деятельность по технической защите конфиденциальной информации; лицензия ФСБ России на разработку, производство шифровальных (криптографических) средств, защищённых с использованием шифровальных (криптографических) средств информационных и телекоммуникационных систем. Стоимость таких услуг составляет порядка 50% от стоимости самих средств защиты.

Класс ИСПДн, а соответственно и расходы на обеспечение защиты ПДн, может быть понижен с помощью следующих методик.

Обезличивание данных – в ИСПДн вводится специальный идентификатор, который, с одной стороны, не позволяет идентифицировать пациента, а с другой – позволяет привязать к нему все необходимые данные, также производится кодирование диагнозов, при этом кодификатор выносится в отдельную информационную систему. Сведения о соответствии между именем пациента и его идентификационным номером обеспечивается справочником, который, как правило, хранится в регистратуре.

Абстрагирование – «размывание» данных о пациенте (например, вместо точно адреса регистрации пациента указывается номер участка, а точный адрес сохраняется на бумажном носителе – амбулаторной карте пациента, которая хранится в регистратуре). Применение указанной методологии потребует внесения значительных изменений в медицинскую информационную систему учреждения, вне зависимости от формы собственности и подчинённости.

Сегментация – разделение общей базы информации, на несколько специализированных, в каждой из которых класс безопасности будет ниже, чем в исходной.

Помимо технической защиты персональных данных необходимо провести и значительные организационные мероприятия в ЛПУ и разработать документы:

1. Разработать и утвердить приказ о защите персональных данных;
2. Разработать и утвердить приказ о подразделении по защите персональных данных;
3. Разработать и утвердить приказ о назначении ответственных лиц за обработку персональных данных;
4. Разработать и утвердить «Концепцию информационной безопасности» и «Политику информационной безопасности» в учреждении;

5. Разработать и утвердить приказ о проведении внутренней проверки. Результат оформить в виде отчета;

6. Определить состав и категории обрабатываемых персональных данных. Результат оформить в виде перечня ПДн;

7. Осуществить классификацию действующих информационных систем, обрабатывающих персональные данные. Результат оформить в виде акта классификации;

8. Разработать и утвердить положение о разграничении прав доступа к обрабатываемым персональным данным;

9. Адаптировать модель угроз для конкретной ИСПДн учреждения. Результат оформить в виде модели угроз;

10. Разработать и утвердить план мероприятий по защите ПДн. Необходимо учесть, что план мероприятий может быть пересмотрен через шесть месяцев ввиду опубликования новых пояснений к закону № 152-ФЗ;

11. Зарегистрироваться в качестве оператора персональных данных: подготовить и направить уведомление в территориальный орган Россыязькомнадзора - уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных;

12. Назначить ответственных за обеспечение безопасности персональных данных и подготовить должностные инструкции сотрудников, обрабатывающих ПДн;

13. Разработать и утвердить порядок резервирования и восстановления работоспособности технических средств и программного обеспечения, баз данных и средств защиты информации;

14. Разработать и утвердить план внутренних проверок состояния защиты ПДн в учреждении;

15. Разработать и утвердить журнал учета обращений субъектов ПДн о выполнении их законных прав;

16. Разработать и утвердить перечень по учету применяемых средств защиты информации, эксплуатационной и технической документации к ним;

17. Разработать и утвердить электронный журнал обращений пользователей информационной системы к ПДн;

18. Декларировать соответствие или провести аттестационные испытания ИСПДн.

Качество оказания медицинской помощи складывается не только от квалификации врачей и специалистов со средним медицинским образованием, современности оборудования, на котором проводятся медицинские манипуляции, эффективности препаратов, назначаемых врачом, но и от способов и средств защиты персональных данных пациентов, которые обращаются в лечебно-профилактические учреждения. В условиях недостаточного финансирования, нехватки квалифицированных кадров, на плечи руководителей учреждений здравоохранения (организаторов здравоохранения) ложится выполнение (реализация) Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», который уже вступил в свою законную силу.

Г.В. Богомолова

АЛЬТЕРНАТИВНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ (МЕДИАЦИЯ) В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*Филиал №1 – Алтайская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России,
Барнаул*

Аннотация. Споры и ссоры существовали всегда! Ссорились во все века и во все времена находились люди, которые могли, с помощью своих знаний, жизненного опыта, авторитета, примирить враждующие стороны.

С 1 января 2011 года вступили в силу Федеральные законы от 27.07.10г. №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» и от 27.07.10г. №194-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с принятием Федерального закона «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». Медиация получила правовую базу, определяющую качественно новый, альтернативный способ урегулирования споров.

G. V. Bogomolova

ALTERNATIVE SETTLEMENT OF DISPUTES (MEDIATION) IN HEALTH CARE

*Branch №. 1 – the Altay hospital ФГБУЗ of SOMTs FMBA of Russia,
Barnaul*

Abstract. Disputes and quarrels existed always! Quarreled in all centuries and at all times there were people who could, by means of the knowledge, life experience, authority, to reconcile the conflicting parties.

Since January 1, 2011 Federal laws from 27.07.10г came into force. No. 193-FZ «About alternative procedure of settlement of disputes with participation of the intermediary (mediation procedure)» and from 27.07.10г. No. 194-FZ «About modification of separate acts of the Russian Federation in connection with adoption of the Federal law «About alternative procedure of settlement of disputes with participation of the intermediary (mediation procedure)». Mediation received the legal base defining qualitatively new, alternative way of settlement of disputes.

Нередко при оказании медицинских услуг между пациентами и лечебными учреждениями возникают разногласия, которые без своевременного вмешательства могут существенно повлиять на имидж медицинского учреждения и его финансовую устойчивость.

Поскольку природа отношений между пациентом и врачом достаточно и в целом объективно сложна, то разрешение в суде конфликтов, возникших в процессе или в результате оказания медицинской помощи, является

в России исключением из правила. Дела тянутся годами, суммы выплат по искам в среднем незначительны, граждане не доверяют ни врачам, ни судам, ни государству. Средняя продолжительность разрешения медицинских дел судами общей юрисдикции составляет от 3 до 5 лет. Возможная продолжительность процедуры медиации от 1 дня до 180 дней.

Исторически сложилось так, что у врача есть неписаное право распоряжаться жизнью и здоровьем человека. Данного права нет ни в одной профессии в мире. И это неписаное право порождает у пациента ощущение зависимости, страха и собственного бессилия, а у врача доминирующее положение в отношениях.

Положение врача по отношению к пациенту (реализация права выбора лечения и способа лечения) негативно сказывается на экономических и этических нормах в медицине: жизнь и здоровье человека бесценны, то есть, как вроде, стоят любых денег, и потому позволяют делать капитал из медицинской помощи.

Медицинские учреждения (особенно частные) берутся проводить любые процедуры в не зависимости от сложности, как самой медицинской процедуры, так и заболевания пациента, что дает возможность выиграть тому учреждению, которое берется за любую работу (экономический принцип), а не то, которое руководствуется принципами морали и этики (ведь пациент не обладает специальными познаниями).

Отсюда и конфликт интересов, с одной стороны, врач – это специалист, а с другой, пациент, доверяющий специалисту и не обладающий специальными познаниями в медицине, то есть эдакая асимметрия информации, когда пациент, мало понимающий в медицине, должен выбрать вид медицинского вмешательства после объяснений врача, который владеет специальными познаниями.

Пациент, не обладающий специальными познаниями, редко может понять объяснения врача, а врачу сложно объяснить медицинские понятия на доступный язык для пациента (лишняя трата времени, наличие терпения и навыков общения). Отсюда, в случае негативной ситуации, возникают конфликтные ситуации.

Конфликтные ситуации избежать маловероятно, так как необходимо обучать будущих врачей науке общения, толерантности, пересматривать режим и условия работы при приеме пациентов. Все это трудоемко и затратно, да и в один момент не изменить целую систему, сформированную годами.

В связи, с чем востребованность медиации в медицине достаточно высока.

Медиация одна из технологий альтернативного урегулирования споров с участием третьей нейтральной, беспристрастной, не заинтересованной в данном конфликте стороны — медиатора, который помогает сторонам выработать определенное соглашение по спору, при этом стороны полностью контролируют процесс принятия решения по урегулированию спора и условия его разрешения.

В том виде, в котором мы сегодня знаем медиацию, она сформировалась во второй половине XX века. Сначала – в США, затем в Австралии, Англии. Эти страны - родоначальники англосаксонского права, самыми первыми поняли преимущество разрешения споров без суда. Чуть позже медиация развилась в странах Европы, где правовая система несколько иная, европейская. И только в 2011 году медиация пришла в Россию.

Существенное отличие процедуры медиации от суда – это конфиденциальность и экономия невосполнимого ресурса: времени.

Преимущества медиации:

- экономия времени и эмоциональных сил участников спора;
- конструктивный поиск решений спора;
- конфиденциальность процедуры;
- финансовое удешевление процедуры (отсутствие расходов по оплате госпошлины, услуг адвокатов).

Основные принципы медиации:

1. добровольное участие сторон (врач-пациент) в процессе (согласие всех конфликтующих сторон и медиатора);
2. беспристрастность;
3. раскрытие медиатором сущности конфликта (потенциальный конфликт интересов с позиции каждой спорящей стороны);
4. наделение конфликтующих сторон силой, властью, для возможности принять самостоятельное осознанное решение (информирование о возможных вариантах решений и их последствий со всех возможных позиций);
5. уважительное отношение к личности участвующих в конфликте, их индивидуальности, соблюдение культурных, моральных, этических норм каждого участника конфликта;
6. обеспечение личной безопасности участников медиации, информирование и защита от возможных рисков при обсуждении и принятии возможных решений;
7. конфиденциальность и защита полученной информации от участников, как при индивидуальном обсуждении вариантов решения, так и в самом процессе медиации;
8. ориентация участников медиации на перспективу дальнейшего развития, в будущее, а не разбирательство и «застывание» в прошлом;
9. акцентирование и учет взаимных интересов и потребностей всех участников конфликта (в том числе недееспособных, инвалидов, детей), а не прав отдельных людей;
10. привилегированность юридической стороны вынесенного решения (в случае принятия медиативного соглашения – оно обязательно для исполнения участниками медиации);
11. компетентность и профессионализм медиатора в рассматриваемых вопросах при разрешении конфликтов (наличие у медиатора специальных знаний и умений, связанных с областью рассмотрения конфликтов).

Таким образом, медиация в здравоохранении обеспечивает равнопра-

вие сторон в ходе процедуры: каждый имеет равное количество времени для изложения своего видения ситуации. Медиатор – не судит, не навязывает своего мнения и решения, не оценивает ситуацию. Он – сопровождает и организует процесс конструктивных переговоров, точно зная, в какой момент что сказать, кому сказать, кому дать слово и какой вопрос задать.

Медиация в здравоохранении – это «новая этика», партнерство, которое включает в себя диалог пациента и врача, новый формат отношений врач-пациент.

И.В. Васильев, А.В. Калиниченко

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. В статье на основании теоретических правовых предпосылок, анализа действующего законодательства, правоприменительной практики, исследуется правовая природа тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования. На примере Новосибирской области изучается практика заключения тарифного соглашения, выявляются противоречия с нормативно-правовым регулированием.

I.V.Vasilev, A.V.Kalinichenko

THE TARIFF AGREEMENT IN SYSTEM OF OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE

Novosibirsk state medical university, Russia

Abstract. In article on the basis of theoretical legal preconditions, the current legislation analysis, the tariff agreement in system of obligatory medical insurance is investigated. On an example of the Novosibirsk region practice of the conclusion of the tariff agreement is studied, contradictions with is standard-legal regulation come to light.

Одно из центральных мест в регулировании взаимоотношения между фондами обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями и медицинскими организациями занимает тарифное соглашение. Вместе с тем правовая природа этого акта остается до сих пор неясной, не смотря на достаточно длительный период заключения тарифных соглашений в рамках прежнего закона. Для оценки правовой сущности тарифного соглашения следует провести анализ действующего законодательства, правоприменительной практики и общетеоретических правовых предпосылок.

Конечно же, тарифное соглашение не подпадает под понятие нормативного акта, однако Российская правовая система признает и иные источники права, одним из которых является нормативный договор.

Под нормативным договором теория права подразумевает соглашение с участием уполномоченных государственных органов, содержащее правовые нормы (Учебное пособие по теории государства и права // *Диаконov В.В.* [Электронный ресурс]. – 2004 - Режим доступа: <http://www.allpravo.ru/library/.../instrum 151>

Нормативные договоры обязательны для многочисленного и формально-неопределенного круга лиц, рассчитаны на многократное применение, действуют независимо от того, возникли или прекратились предусмотренные ими конкретные правоотношения.

Признаки нормативного договора:

Правовая база нормативных договоров находится в действующем законодательстве. Такие договоры выполняют правовосполнительную функцию, дополняя и конкретизируя действующее законодательство.

Нормативные договоры заключаются в публичных интересах, их цель – достижение общего блага, то есть общественные цели здесь преобладают.

Договорные нормы рассчитаны на длительное действие и многократное применение.

Существует особая, строго формальная процедура заключения нормативных договоров, а также специальный порядок рассмотрения споров и конфликтов, связанных с их исполнением.

Изменения или отказ от выполнения договорных условий в одностороннем порядке не допускаются. Нормы о непреодолимой силе (форс-мажор) здесь неприменимы.

В отличие от индивидуальных договоров, содержание которых составляет коммерческую тайну, нормативный договор характеризует публичность, общедоступность договорных условий, иногда - официальное опубликование. В силу общеобязательности договорных условий оговорка о конфиденциальности здесь неприменима.

Нормативные договоры служат правовой базой для издания административных актов, заключения индивидуальных договоров, совершения иных юридически значимых действий. Это отличает их от договоров индивидуального характера, устанавливающих (изменяющих, прекращающих) конкретные правоотношения.

Обязанность и порядок заключения тарифного соглашения определены в части 2 статьи 30 Закона № 326-ФЗ. (Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 14.06.2011) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») Круг субъектов участвующих в заключении соглашения исчерпывающе обозначен и включает в себя государственный орган субъекта Российской Федерации, территориальный фонд, представителей страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников.

В Законе № 326-ФЗ есть прямые указания на то, что соглашение распространяется не только на субъектов, его заключивших.

Тарифное соглашение рассчитано на длительное действие и многократное применение.

Таким образом, тарифное соглашение обладает всеми признаками нормативного договора, что не противоречит и мотивировочным частям судебных постановлений.

Попробуем оценить с вышеизложенных позиций заключаемые сегодня тарифные соглашения. Так, например, тарифное соглашение Новосибирской области на 2011-2012 годы в основной своей части отвечает вышеизложенным признакам, определяя тарифы на оплату медицинской помощи, их структуру, порядок формирования, нормативы финансовых затрат и системы оплаты, создавая тем самым правила поведения для медицинских организаций — участников обязательного медицинского страхования. Вместе с тем, в тарифное соглашение включаются приложения (п.п. 4.2., 4.5 тарифного соглашения). Данные приложения фактически полностью меняют характер соглашения. Так, приложение 2 тарифного соглашения, о нормативах финансовых затрат в части заработной платы и начислений на оплату труда, вводит понятие уровней медицинских организаций, ставя в зависимость от уровня, оплату труда. Механизмов оценки уровня медицинских организаций в тарифном соглашении не заложено. Приложение 5 распределяет по уровням медицинские организации без фактического обоснования. Между тем, правила обязательного медицинского страхования не предусматривают механизма деления медицинских организаций на уровни. Следовательно, данное деление является инициативой регионов. Не исключая возможности введения новых правил тарифных соглашений, следует отметить, что они должны быть мотивированны и носить нормативный характер. То есть применяться не к конкретному субъекту, а ко всем участникам. Еще более странно выглядят, вводимые приложением 7 индивидуальные коэффициенты на оплату труда и прочие расходы. Данное приложение фактически нивелирует понятие тарифа, устанавливая отдельные нормативы оплаты на абсолютно непонятных основаниях. Таким образом, указанное выше приложение полностью меняет прописанные в основном соглашении понятия тарифов.

Установление индивидуальных размеров оплаты для каждого учреждения, участвующего в обязательном медицинском страховании, характерно для индивидуального договора, однако в таком случае непонятно, почему поименованные в приложениях организации не принимают участие в заключении соглашения и как ненормативный договор может создавать юридические обязанности для не заключавших его субъектов.

Что касается сроков заключения тарифного соглашения, то тарифное соглашение должно предварять не только его исполнение, но и фактически являться офертой для медицинских организаций, имеющих лицензию на медицинскую деятельность. Именно осознавая порядки и стоимость та-

рифов, участники рынка медицинских услуг уведомляют об участии в системе ОМС.

Вариант заключения тарифного соглашения задним числом фактически предлагает медицинским организациям подписать соглашение с заранее неизвестными условиями, что противоречит принципам права. Соглашение должно быть заключено до окончания срока заключения оферты (01.09. предшествующего года). В этом случае будет невозможно заранее определить индивидуальные коэффициенты, поскольку участие или неучастие конкретных субъектов в ОМС не определено.

Таким образом, существующая сегодня практика тарифных соглашений находится в противоречии с действующим законодательством и не укладывается в существующую правовую парадигму, представляя собой некую квазистраховую систему. По своей сути, подобная практика блокирует модернизацию здравоохранения, извращая законодательный посыл на реформу системы.

И.В. Васильев, А.В. Калиниченко, А.В. Бурдейн, О.В.Филатова
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Сегодня пациент последовательно заключает договоры оказания услуг с диагностическим, лечебным и реабилитационным учреждениями. Помимо отношений оказания услуги между пациентом и медицинским учреждением должны быть и взаимоотношения генподрядчик – субподрядчик между диагностическими, лечебными и реабилитационными медицинскими учреждениями.

I.V. Vasiliev, A.V. Kalinichenko, A.V. Burdein, O.V. Filatova
THE LEGAL REGULATION OF MEDICAL CARE

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. Today the patient consistently concludes contracts of rendering of services with diagnostic, medical and rehabilitation establishments. Besides relations of rendering of service between the patient and medical institution should be and mutual relations the contractor – the subcontractor between diagnostic, medical and rehabilitation medical institutions.

С принятием Гражданского кодекса РФ жизнь и здоровье стали объектами гражданских прав (ст. 150 ГК РФ) и получили гражданско-правовую

защиту, как нематериальные блага. Такое признание фактически отрицает прежний патерналистский подход к охране здоровья граждан со стороны государства, который во многом был государственным распоряжением здоровьем гражданина во благо охраняемому субъекту. Ст. 779 ГК РФ прямо относит медицинскую помощь к правоотношениям, складывающимся по правилам договора возмездного оказания услуги. Тем самым закрепляется подход к оказанию медицинской помощи как к двухсторонней сделке. Одной из сторон является пациент - услугополучатель другой медицинское учреждение – услугодатель. Для заключения договора необходимо выражение согласованной воли двух сторон (ст. 153 ГК РФ).

Вместе с тем ст. 161 ГК РФ обязывает соблюдать простую письменную форму при заключении договора между юридическим и физическим лицом. Во взаимоотношении лечебного учреждения и пациента роль договора призвано выполнять добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство согласно ст. 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Формальный подход к составлению этого документа, либо его отсутствие могут приводить к серьезным правовым последствиям.

Сущность медицинской услуги подразумевает причинение вреда здоровью субъекта действиями медицинских работников для достижения цели сохранения и улучшения его здоровья. Постольку поскольку здоровье есть нематериальное благо неотчуждаемое и непередаваемое иным способом ч. 1. ст. 150 ГК РФ только сам субъект может распоряжаться этим благом. Невозможность для медицинского учреждения доказать наличие сделки влечет за собой ответственность за внедоговорное причинение вреда согласно ст. 1064 ГК РФ.

Формально составленное информированное согласие встречается гораздо чаще в медицинской реальности и представляет собой формализованный бланк без указания конкретных для пациента условий соглашения обязательных в силу ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан: каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Подобный подход может позволить пациенту оспорить сделку согласно ст. 178 ГК РФ: Сделка, совершенная под влиянием заблуждения, имеющего существенное значение, может быть признана судом недействительной по иску стороны, действовавшей под влиянием заблуждения. Вред здоровью в данном случае даже причиненный согласно медицинским правилам становится внедоговорным с вытекающими из этого последствиями.

В сегодняшней ситуации при отсутствии серьезной проработки правового регулирования оказания медицинской помощи с позиций организации здравоохранения и фактическом доминировании прежней административной системы здравоохранения, внедрение договорного подхода искажа-

ет саму сущность медицинской помощи. Так согласно ст. 780 ГК РФ, если иное не предусмотрено договором возмездного оказания услуг, исполнитель обязан оказать услуги лично. Буквальное применение этой статьи к оказанию медицинской помощи привело к ее пониманию как дискретного набора отдельных медицинских услуг, оказываемых различными медицинскими учреждениями, что, в конечном счете, изменило понятие медицинской помощи и привело к ущемлению прав граждан при ее оказании.

В настоящее время, исходя из трактовки гражданского законодательства и существующей системы здравоохранения, процесс оказания медицинской помощи выглядит иначе. (Схема 1)

Таким образом, в сегодняшней ситуации пациент последовательно заключает договоры возмездного оказания услуг с диагностическим, лечебным и реабилитационным учреждениями, что в реальности еще более усложняется, если диагностическую или лечебную помощь оказывают несколько учреждений. В действительности медицинская помощь и медицинская услуга представляет собой дискретный набор манипуляций лишь в технологическом медицинском смысле, являясь непрерывным процессом для достижения конкретного блага для здоровья пациента. (Схема 2).

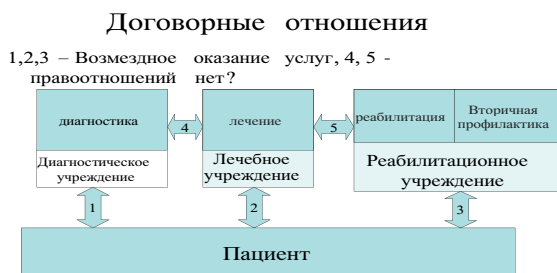


Схема 1

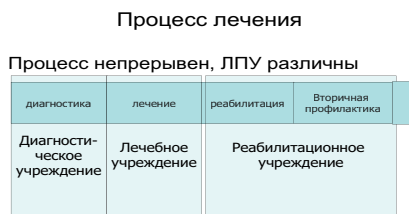


Схема 2.

Более того, весьма часто лечебное учреждение не доверяет данным диагностического процесса, реабилитационные центры создают собственные диагностические подразделения, что выливается в огромные материаль-

ные затраты и приводит к мультипликации диагностических мероприятий, неэффективно увеличивая расходы на здравоохранение. Сама по себе диагностическая услуга, например рентгенография или биохимический анализ крови, не является полезной для услугополучателя. Она имеет смысл только в контексте получения полного объема медицинской помощи – собственно услуги. Тем самым подразумевается наличие неких правоотношений между двумя медицинскими учреждениями, которые позволяют передать больного и обеспечить требуемую помощь. По всей видимости, в данном случае должна идти речь о договорных отношениях между медицинскими учреждениями по поводу оказания услуги пациенту.

На наш взгляд этому больше соответствуют нормы договора подряда. Ч.1. ст. 706 ГК РФ предусматривает: Если из закона или договора подряда не вытекает обязанность подрядчика выполнить предусмотренную в договоре работу лично, подрядчик вправе привлечь к исполнению своих обязательств других лиц (субподрядчиков). В этом случае подрядчик выступает в роли генерального подрядчика. Для договора возмездного оказания услуг характерно личное выполнение договора, однако ст. 780 ГК РФ предусматривает возможность изменения этого порядка. Кроме того, ст. 783 ГК РФ определяет, что общие положения о подряде (статьи 702 - 729) и положения о бытовом подряде (статьи 730 - 739) применяются к договору возмездного оказания услуг, если это не противоречит статьям 779 - 782 настоящего Кодекса, а также особенностям предмета договора возмездного оказания услуг.

Представляется, что функцию генерального подрядчика должно принимать на себя лечебное учреждение, поскольку диагностический процесс планируется лечащим врачом, с позиций верификации диагноза и лечения, сущность и набор реабилитационных мероприятий и сами реабилитационные медицинские учреждения определяются исходя из диагноза и проведенного лечения с учетом сопутствующей патологии. Схематично взаимоотношения при оказании медицинской помощи представлены на схеме 3.

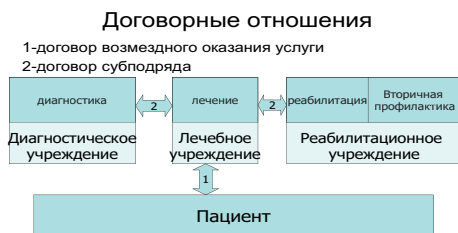


Схема 3.

Таким образом, помимо правоотношений возмездного оказания услуги между пациентом и медицинским учреждением при оказании медицинской помощи, должны быть и взаимоотношения генподрядчик – субподрядчик

между диагностическими, лечебными и реабилитационными медицинскими учреждениями для установления их прав, обязанностей и ответственности перед пациентом и друг перед другом.

Г.Е.Васильева

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ САНКЦИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

*Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Новосибирской области, Россия*

Аннотация. В статье рассмотрены проблемы правового регулирования применения страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, и сформулированы предложения по внесению изменений в действующее законодательство.

G.E.Vasilyeva

PROBLEMS OF LEGAL REGULATION OF APPLICATION OF SANCTIONS IN SYSTEM OF OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE

*Territorial fund of obligatory medical insurance Novosibirsk region,
Russia*

Abstract. In article problems of legal regulation of application by medical insurance companies and territorial funds of obligatory medical insurance of sanctions to the medical organizations for the violations revealed at monitoring procedure of volumes, terms, quality and conditions of providing medical care on obligatory medical insurance are considered, and offers on modification of the current legislation are formulated.

С 01 января 2011 года вступил в силу Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон №326-ФЗ). Глава 9 Федерального закона №326-ФЗ посвящена проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Контроль).

Контроль осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

Основными субъектами проведения Контроля являются страховые медицинские организации. Однако, согласно пункту 11 статьи 40 Федерального закона №326-ФЗ территориальные фонды обязательного медицинского страхования также проводят медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи как в порядке контроля за страховыми медицинскими организациями (повторно), так и самостоятельно, в том числе при оказании медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории страхования.

Порядок организации и проведения Контроля, в том числе и Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи по результатам Контроля, утвержден приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Согласно пункту 10 статьи 40 Федерального закона №326-ФЗ по результатам проведенного Контроля применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона №326-ФЗ и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Этими мерами (санкциями) являются неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Статья 41 Федерального закона №326-ФЗ определяет, что применение санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении Контроля, осуществляется страховыми медицинскими организациями в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также порядком оплаты медицинской помощи, устанавливаемым правилами обязательного медицинского страхования. Применение санкций по результатам Контроля территориальными фондами обязательного медицинского страхования данной статьей не регламентировано.

Типовая форма договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.12.2010 №1184н, и порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (раздел VIII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н) не содержат санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении Контроля, и отсылают к статье 41 Федерального закона №326-ФЗ.

В свою очередь, заключение договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию между территориальными фондами обязательного медицинского страхования и медицинскими организациями при проведении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории страхования, не предусмотрено законодательством. Согласно пункту 8 статьи 34 Федерального закона №326-ФЗ такие расчеты проводятся в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования.

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования были доведены до территориальных фондов обязательного медицинского страхования «возможные» размеры санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении Контроля, письмом от 15.03.2011 №1257/30-4/и, которое носит рекомендательный характер.

Таким образом, рассмотренные нормативно-правовые акты не содержат санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении Контроля, а у территориальных фондов обязательного медицинского страхования отсутствуют правовые основания для применения таких санкций, поскольку законодательством не предусмотрено заключение между территориальными фондами обязательного медицинского страхования и медицинскими организациями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Регламентированная законодательством обязанность страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования проводить Контроль и, следовательно, применять санкции по его результатам, на практике привела к тому, что в субъектах Российской Федерации были приняты разные решения по нормативному регулированию применения последних. Так, например, из 12-ти субъектов Российской Федерации Сибирского федерального округа:

- в 2-х санкции включены только в дополнительные соглашения к договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, что исключает возможность их применения территориальными фондами обязательного медицинского страхования;

- в 1-м санкции включены в дополнительные соглашения к договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и утверждены совместным приказом министерства здравоохранения и территориального фонда обязательного медицинского страхования;

- в 1-м санкции утверждены только совместным приказом министерства здравоохранения и территориального фонда обязательного медицинского страхования, что противоречит статье 41 Федерального закона №326-ФЗ;

- в 4-х санкции включены в дополнительные соглашения к договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому

му страхованию и в Тарифные соглашения в системе обязательного медицинского страхования;

- в 4-х санкции включены в дополнительные соглашения к договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и утверждены согласительными комиссиями или сторонами, определенными статьей 30 Федерального закона №326-ФЗ для согласования тарифов в системе обязательного медицинского страхования.

Из приведенного примера видно, что в 92% случаев санкции включены в дополнительные соглашения к договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Кроме того, большинство регионов пошли по пути регламентации санкций в документах, подписанных сторонами, определенными для согласования тарифов в системе обязательного медицинского страхования, что не предусмотрено Федеральным законом №326-ФЗ.

На основании вышеизложенного, в целях единообразной правоприменительной практики необходимо устранить пробелы в нормативном регулировании применения страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении Контроля:

1) дополнить типовую форму договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.12.2010 №1184н, санкциями к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении Контроля;

2) дополнить статью 41 Федерального закона №326-ФЗ ссылкой на документ, которым должны быть определены размеры санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные территориальными фондами обязательного медицинского страхования при проведении Контроля.

М.А. Колесникова, А.О. Диреев, А.М. Новиков

МЕДИАЦИЯ: «ЗА» И «ПРОТИВ»

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. В данной статье рассмотрено отношение к медиации в области здравоохранения с позиции представителя практического здравоохранения. Выявлены основные причины возникновения конфликтных ситуаций между пациентом и врачом, внутри трудового медицинского коллектива, между пациентом и непосредственно самим медицинским учреждением. Предложены возможные пути внедрения медиации в практическое здравоохранение РФ.

Abstract. In this article considered by us the relation to mediation in health care from the point of you of practical health care. We identified the basic cause of the conflict between the patient and the doctor, in the employment of medical staff, between the patient and directly by the hospital. We proposed possible ways of practical implementation of mediation in Health care of the Russian Federation.

Конфликтные ситуации есть в любой сфере деятельности. Это ни для кого не секрет. На сегодняшний момент выделяют следующие виды конфликтов в лечебном учреждении: межличностные конфликты возможны между медицинскими работниками (врач – медсестра, врач – врач, врач – заведующий отделением), между врачом и пациентом, между врачом и родственником пациента; персонально-интергрупповые конфликты возможны между врачом и пациентом, включая «группу поддержки» последнего, между пациентом и его семьей, между пациентом и родственниками соседа по палате, между пациентами; интергрупповые конфликты — между родственниками и медицинскими работниками, между профессиональными микрогруппами медицинских работников в границах одного или нескольких структурных подразделений ЛПУ, между различными лечебными учреждениями; а также интраперсональные конфликты — пациента, врача, родственника пациента. Огромное количество возможностей для формирования конфликтов, и каждый из них влияет на рабочую атмосферу всего коллектива. Сегодня не каждый специалист готов решать серьезные конфликты на уровне переговоров, очень часто дело доходит до суда. И проблема не только в том, что грамотность населения в сфере конфликтологии низкая, но и в том, что участники конфликта не обращаются к специалистам в сфере разрешения споров. Один из немногих путей решения данной проблемы – медиация. Отношение сегодня к достаточно новой для граждан РФ услуге спорное, многие вообще не знают о её существовании, да и механизмы внедрения данной услуги практически не проработаны.

Медиация в ее современном понимании начала развиваться во второй половине 20 столетия. Прежде всего, в странах англо-саксонского права - США, Австралии, Великобритании, а затем уже она постепенно стала распространяться и в Европе. Первые попытки применения медиации, как правило, предпринимались при разрешении споров в сфере семейных отношений. Впоследствии медиация получила признание при разрешении споров самого широкого круга, начиная от семейных конфликтов и заканчивая сложными многосторонними конфликтами в коммерческой и

публичной сфере. Мировая практика дает нам множество примеров законодательного закрепления медиации. Соответствующие акты приняты в США, Австрии, Германии. Европейская комиссия утвердила Кодекс медиатора, а Евросоюз издал ряд директив, регулирующих деятельность медиаторов. Типовой закон о медиации разработан комиссией ООН по международному торговому праву (UNCITRAL), в пояснительной записке к нему содержится интересный обзор по юридическому эффекту и обязательности соглашения, достигнутого в ходе медиации, в тех странах, где этот институт уже находит свое применение.

В РФ в 2011 году вступил в силу Федеральный закон от 27.07.2010 N 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)», согласно которому «Процедура медиации не применяется к коллективным трудовым спорам...». Однако коллективный трудовой спор может разрешаться с помощью примирительной комиссии и с участием посредника согласно ТК РФ, однако ТК РФ не содержит детального регулирования процедуры улаживания, что могло бы решить применение медиации в трудовых коллективных спорах. В работе организации это важный момент. Не каждое учреждение может позволить себе держать штатного конфликтолога, а заключить договор с медиатором очень удобно, особенно важно то, что это должно быть не заинтересованное лицо. Средняя продолжительность разрешения медицинских дел судами общей юрисдикции составляет от 3 до 5 лет. Возможная продолжительность процедуры медиации от 1 дня до 180 дней. Разница очевидна. Здравоохранение нуждается в медиации. Ведь это отношения, в которых участвует практически все население, и формирование здесь механизмов, способных снять напряжение, найти пути урегулирования, удовлетворяющие все стороны, представляется очень важным как в интересах отдельной личности, так и с точки зрения сохранения социальной стабильности.

С развитием судебной практики в области здравоохранения судебных тяжб с каждым годом становится все больше, многие из которых можно было решить посредством медиации. Это и ускорило бы процесс, и снизило уровень агрессии во взаимоотношениях врач-пациент, лечебное учреждение – пациент и т.д.

Сегодня очень важно доступно и грамотно информировать население о существовании медиации, в том числе с использованием СМИ и любых доступных эффективных средств распространения информации, разрешить организациям прибегать к данной услуге при решении коллективных споров, а также сформировать институты медиации в РФ, развивать институты конфликтологии.

Е.В. Колядо, В.С. Лазарев, А.А. Перфильев, О.П. Ефремова
**СТРУКТУРА АДМИНИСТРАТИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ,
ВЫЯВЛЕННЫХ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНЫХ ПОЛНОМОЧИЙ В
АЛТАЙСКОМ КРАЕ**

Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, КГБУЗ «Краевой центр лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности», КГКУЗ «Центр государственного заказа в сфере здравоохранения Алтайского края», Барнаул, Россия

Аннотация. Проведен анализ структуры административных правонарушений за 2010 год выявленных Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности в рамках контрольно-надзорных полномочий. Рассмотрены виды деятельности, по которым были составлены протоколы об административных правонарушениях, предмет правонарушений, представлены выводы. Приведены нормы действующего законодательства, существенно усилившие ответственность за административные нарушения.

E.V. Kolyado, V. S. Lazarev, A.A. Perfilyev, O. P. Efremova
**STRUCTURE OF THE ADMINISTRATIVE OFFENCES
REVEALED WITHIN THE STATE CONTROL AND
SUPERVISING POWERS IN ALTAI REGION**

Abstract. The analysis of administrative offenses structure for 2010 revealed by the Head department of Altai Krai on health care and pharmaceutical activity within control and supervising powers is spent. Kinds of activity on which protocols on administrative offenses were made, a subject of offenses are considered, conclusions are presented. The standards of the current legislation which have essentially strengthened responsibility for administrative violations are given.

В соответствии со статьей 86 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и постановлением Администрации края от 21 февраля 2007 г. № 67 «Об утверждении Положения о Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности» Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности является органом, уполномоченным на осуществление государственного контроля (надзора). Государственный контроль (надзор) осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении госу-

дарственного контроля (надзора) и муниципального контроля» и соответствующими подзаконными актами.

Т а б л и ц а 1

Структура административных правонарушений за 2010 год по видам деятельности

Вид деятельности	Абс.	Уд.вес (%)
Медицинская деятельность	42	55,3%
Фармацевтическая деятельность	31	40,8%
Деятельность, связанная с оборотом НС и ПВ	3	3,9%
Всего	76	100,0%

В 2010 году в рамках государственных контрольно-надзорных полномочий уполномоченными должностными лицами Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности было составлено 76 протоколов об административных правонарушениях, из них 42 (55,3%) по разделу медицинской деятельности, 31 (40,8%) по фармацевтической деятельности и 3 (3,9%) по деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ (таблица 1).

В 2010 году по разделу медицинской деятельности было выявлено 42 административных правонарушения, по которым сотрудниками Главного управления составлены протоколы об административных правонарушениях.

Из общего количества протоколов по медицинской деятельности, 15 протоколов (35,7%) составлены на основании ч.2 ст.14.1. Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (далее - КоАП РФ) (осуществление предпринимательской деятельности без специального разрешения (лицензии), если такое разрешение (лицензия) обязательна) и ч.1 ст.19.20. КоАП РФ (осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, без специального разрешения (лицензии), если такое разрешение (лицензия) обязательна).

25 протоколов (59,5%) составлены на основании ч.4 ст.14.1. КоАП РФ (осуществление предпринимательской деятельности с грубым нарушением условий, предусмотренных лицензией) и ч.3 ст.19.20. КоАП РФ (осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с грубым нарушением условий, предусмотренных лицензией).

2 протокола (4,8%) составлено на основании ч.2 ст. 19.20. КоАП РФ (осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с нарушением условий, предусмотренных лицензией).

При проведении плановых и внеплановых проверок по разделу медицинской деятельности 35,7% от всех выявленных административных правонарушений составила безлицензионная деятельность. По всем выявленным фактам безлицензионной деятельности были составлены протоколы об административных правонарушениях и направлены в суд для рассмотрения и принятия решения об административном наказании.

Наибольший удельный вес административных правонарушений по медицинской деятельности 59,5% составила выявленная деятельность с грубым нарушением лицензионных требований и условий. Примечание ст.19.20. КоАП РФ определяет, что понятие грубого нарушения устанавливается Правительством РФ в отношении конкретного лицензируемого вида деятельности. Пункт 6 постановления Правительства РФ от 22 января 2007 г. № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», действовавшего в 2010 году, установил исчерпывающий перечень нарушений лицензионных требований и условий, которые квалифицируются как грубые нарушения. Из 25 протоколов, составленных по данному разделу, в 52% основанием для протокола является нарушение пп. «з» п.5 Положения о лицензировании медицинской деятельности – несоблюдение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам), что является грубым нарушением лицензионных требований и условий.

Из общего количества протоколов, составленных за грубые нарушения лицензионных требований и условий по медицинской деятельности в 28% основанием послужило нарушение пп. «ж» п.5 Положения о лицензировании медицинской деятельности – несоблюдение лицензиатом санитарных правил.

В протоколах, составленных за грубые нарушения лицензионных требований и условий в 24% основанием явилось нарушение пп. «г» п.5 Положения о лицензировании медицинской деятельности – наличие в учреждении сотрудников, имеющих несоответствующую требованиям подготовку или без сертификата специалиста.

4,8% от всех выявленных административных правонарушений составила деятельность с нарушением лицензионных требований и условий (без квалификации – грубые нарушения). Нарушения пп. «л» п.5 Положения о лицензировании медицинской деятельности – ведение лицензиатом учетной и отчетной медицинской документации.

Таким образом, проведенный анализ структуры административных правонарушений по разделу медицинской деятельности за 2010 год показал, что наибольший удельный вес правонарушений – 59,5% составила деятельность с грубым нарушением лицензионных требований и условий, причем в половине случаев выявлено нарушение федеральных стандартов оказания медицинской помощи и отсутствие в учреждениях контроля за соответствием качества оказания помощи стандартам. Значительный удельный вес правонарушений – 35,7% составила безлицензионная деятельность.

Особенностью данного раздела явилось то, что при проведении государственных контрольно-надзорных мероприятий по медицинской деятельности в 12% проверяемых объектов было выявлено несколько оснований одновременно для привлечения учреждений к административной ответственности, в результате чего протоколы об административном правонарушении составлялись сразу по нескольким основаниям.

В связи с изменениями, внесенными Федеральным законом от 08.11.2010 г. № 293-ФЗ в Кодекс РФ об административных правонарушениях, с 1 января 2011 года значительно увеличены штрафы за нарушения ст.19.20. (безлицензионная деятельность, деятельность с нарушением лицензионных требований и условий). Для должностных лиц (главных врачей) штрафы увеличены в среднем в 25 раз, для юридических лиц (учреждений) – в 10 раз.

По разделу фармацевтической деятельности в 2010 году должностными лицами Главного управления АК по здравоохранению и фармацевтической деятельности был составлен 31 протокол об административном правонарушении.

Из общего количества протоколов по фармацевтической деятельности, 2 протокола (6,5%) составлены на основании ч.2 ст. 14.1. КоАП РФ (осуществление предпринимательской деятельности без специального разрешения (лицензии), если такое разрешение (лицензия) обязательна) и ч. 1 ст. 19.20. КоАП РФ (осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, без специального разрешения (лицензии), если такое разрешение (лицензия) обязательна).

29 протоколов (93,5%) составлены на основании ч. 4 ст. 14.1 КоАП РФ (осуществление предпринимательской деятельности с грубым нарушением условий, предусмотренных лицензией) и ч. 3 ст. 19.20. КоАП РФ (осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с грубым нарушением условий, предусмотренных лицензией).

При проведении плановых и внеплановых проверок 6,5% от всех выявленных административных правонарушений составила безлицензионная деятельность.

Наибольший удельный вес административных правонарушений 93,5% составила выявленная деятельность с грубым нарушением лицензионных требований и условий. Понятие грубого нарушения устанавливается Правительством РФ в отношении конкретного лицензируемого вида деятельности. Пункт 5 постановления Правительства РФ от 06 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», действовавшего в 2010 году, установил исчерпывающий перечень нарушений лицензионных требований и условий, которые квалифицируются как грубые нарушения. Следует отметить, что в Положение о лицензировании фармацевтической деятельности в конце 2010 года были внесены изменения, которые расширили лицензионные требования и условия при осуществлении фармацевтической деятельности.

Из общего количества протоколов, составленных за грубые нарушения лицензионных требований и условий по фармацевтической деятельности, в 93% основанием для протокола явилось нарушение пп. «в» п. 4 Положения о лицензировании фармацевтической деятельности – несоблюдение лицензиатом, осуществляющим розничную торговлю лекарственными средствами, требований ст. 32 Федерального закона «О лекарственных средствах» и правил продажи лекарственных средств.

Выявлялись следующие типичные нарушения: нарушение температурного режима при хранении термолабильных препаратов; нарушения, касающиеся обеспечения минимального ассортимента лекарственных средств; применение приборов, относящихся к средствам измерения, не прошедших своевременную метрологическую поверку; превышение допустимой торговой надбавки на препараты, входящие в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств; отсутствие приточно-вытяжной вентиляции или ее неисправное состояние; нарушения по хранению лекарственных препаратов, относящихся к списку «Б»; нарушения по маркировке лекарственных препаратов и срокам годности; неудовлетворительное состояние помещений и необходимость ремонта стен, пола, потолка; нарушения по оформлению вывески аптечного учреждения; помещения аптечной организации функционально не объединены в единый блок, изолированный от других организаций; не организовано хранение верхней одежды, обуви и санитарной одежды; в продаже был выявлен препарат, обращение которого на территории РФ приостановлено.

По разделу деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ в 2010 году было выявлено 3 административных правонарушения, по которым сотрудниками Главного управления была составлены протоколы об административных правонарушениях.

О.Ю. Лихачева, М.А.Садовой, Т.И.Астахова

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СТАТУСА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. С позиции действующего законодательства, регулирующего правоотношения при оказании медицинской помощи, выполнен анализ определения категории лиц, относящихся к медицинским работникам. Отмечено отсутствие единых критериев правового статуса медицинских работников в зависимости от специального образования.

O.Ju. Likhacheva, M.A.Sadovoy, T.I. Astahova

LEGAL ASPECTS OF THE STATUS OF MEDICAL WORKERS

Novosibirsk state medical university, Russia

Abstract. With position of the current legislation regulating legal relationship at rendering medical care, it is analyzed definitions of category of the persons belonging to medical workers. Absence of the criteria of legal status of medical workers depending on special education is noted.

Современное состояние правовой науки характеризуется существенным повышением интереса к исследованиям, связанным с юридическим обеспечением медицинской деятельности. Правоприменительная деятельность постоянно сталкивается с проблемой правовой неопределенности статуса участников отношений, связанных с оказанием медицинской помощи.

Основным субъектом правоотношения, возникающего в процессе оказания медицинских услуг (медицинской помощи) гражданам, является медицинский работник, наделенный широким кругом прав и обязанностей. Федеральный закон от 22.07.1993 № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», утративший силу с 01.01.2012 (за исключением отдельных положений), четко не определил понятие «медицинского работника», что вызывало определенные трудности на практике. Несмотря на широту легального определения понятия «медицинский работник», закрепленного в статье 54 указанного закона, под это определение формально не попадали те работники медицинских организаций, которые непосредственно участвуют в осуществлении медицинской деятельности в составе единого коллектива с лицами, обладающими средним или высшим профессиональным медицинским образованием и без которых в ряде случаев оказание медицинской помощи становится невозможным (представители младшего медицинского персонала, инструктор ЛФК, эмбриолог и пр.).

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) в п.12 статьи 2 определено понятие медицинского работника как физического лица, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Таким образом, Закон № 323-ФЗ, в качестве квалифицирующего признака отнесения работника к категории медицинского, определяет не наличие профессионального образования (высшего или среднего), а осуществление работником медицинской деятельности. Под медицинской деятельностью в соответствии с Законом № 323-ФЗ, понимается профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов или тканей, обращением донорской крови или ее компонентов в медицинских целях.

Приказом Минздрава России (в ред. от 30.03.2012 № 302н) утверждена Номенклатура должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения, в которой содержатся как должно-

сти работников, подлежащие замещению лицами с высшим (средним) медицинским образованием, так и должности работников, подлежащие замещению лицами с иным высшим (средним) профессиональным образованием.

Таким образом, работник с высшим (средним) немедицинским профессиональным образованием может быть отнесен к категории медицинских работников, если в соответствии со своими трудовыми (должностными) обязанностями, установленными в трудовом договоре и должностной инструкции, осуществляет медицинскую деятельность в том смысле, который и определен Законом № 323-ФЗ.

Нормативно закреплённый путь, который должен пройти специалист, для осуществления профессиональной деятельности в качестве медицинского работника установлен в статье 69 Закона № 323-ФЗ, вступающей в силу с 01.01.2016. До указанного периода следует руководствоваться статьей 54 Закона от 22.07.1993 № 5487-1, в соответствии с которой право на занятие медицинской деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской деятельности. Вместе с тем для лица, работающего в медицинской организации, в настоящее время лицензии не требуется, поскольку ею должна обладать медицинская организация. Сертификатом специалиста является документ, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам, и способность вести самостоятельную практическую деятельность в качестве специалистом на основании определенного уровня теоретических знаний, практических навыков и умений. С учетом специфики профессиональной деятельности медицинских работников, связанной с влиянием морально-этических факторов в процессе оказания медицинской помощи, открытым является вопрос об уровне необходимого запаса специальных познаний, которыми должен обладать медицинский работник при осуществлении своих профессиональных обязанностей.

Необходимо отметить, что указанные условия распространяются не только на специалистов, работающих в медицинских организациях, но и лиц, самостоятельно осуществляющих медицинскую деятельность в качестве индивидуальных предпринимателей. Объединение под одним наименованием «медицинский работник» широкого круга лиц с принципиальными различиями в правовом статусе представляется проблемным, поскольку требует специального толкования при применении соответствующих норм законодательства.

Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н утверждён Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих. Раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (далее - ЕКС), призван способствовать правильному подбору и расстановке кадров, повышению их деловой квалификации, разделению труда между руководителя-

ми, специалистами, а также обеспечению единства подходов при определении должностных обязанностей этих категорий работников и предъявляемых к ним квалификационных требований и состоит из пяти разделов: I - «Общие положения»; II - «Должности руководителей»; III - «Должности специалистов»; IV - «Должности младшего медицинского персонала»; V - «Должности прочего персонала лечебно-трудоустроенных мастеровских при медицинских организациях».

Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения ЕКС применяются в качестве нормативных документов и служат основой для разработки должностных инструкций, содержащих конкретный перечень должностных обязанностей с учетом особенностей труда работников медицинских организаций.

В квалификационных характеристиках должностей в разделе «требования к квалификации» определены уровни требуемого профессионального образования работника, необходимого для выполнения возложенных на него должностных обязанностей, а также требуемый стаж работы. Так, для специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием требованиями к квалификации являются наличие высшего профессионального образования, послевузовского профессионального образования (интернатуры или ординатуры) и сертификат специалиста по специальности.

Для должностей специалистов с высшим профессиональным образованием требования к квалификации определены наличием высшего профессионального образования и дополнительного профессионального образования в соответствии с направлением профессиональной деятельности.

В соответствии с п.1 статьи 69 Закона № 323-ФЗ, вступающей в силу с 01.01.2016 г., право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. Однако, в п.3 этой же статьи аккредитация специалиста определена как процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В отношении аккредитации специалистов, имеющих иное образование и относящихся к категории медицинских работников, указаний в законодательстве не содержится.

Учитывая вышеизложенное, на законодательном уровне требуется формирование единообразных критериев правового статуса медицинских работников, что является обеспечением конституционного принципа равенства, гарантируемого государством независимо, в том числе, от должностного положения и иных обстоятельств. Регулирование правоотношений с участием работников, не имеющих медицинского образования, но попадающих в категорию медицинских работников, должно обладать теми же особенностями, характерными для регулирования труда специалистов, имеющих медицинское образование и непосредственно оказывающих медицинскую помощь.

М.Э. Морозов

ПРАВОВЫЕ РИСКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.

Председатель Сибирского третейского суда, г. Новосибирск, Россия

Аннотация: Статья посвящена правовым проблемам урегулирования споров в сфере здравоохранения посредством третейского суда.

M.E. Morozov

LEGAL RISKS IN HEALTHCARE.

Chairman of the Siberian arbitration court, Novosibirsk, Russia

Abstract. The article is devoted to legal problems of settlement of disputes in the sphere of public health by the use of the arbitration court.

Система здравоохранения находится в стадии реформирования. Точно определить какой она будет в ближайшем будущем достаточно сложно, но безусловно сохранятся высокие темпы роста обращений граждан в суд за защитой своих прав в сфере здравоохранения. Это явление есть во всех развитых странах, и игнорировать это обстоятельство было бы в корне неверно. В России по сравнению со странами запада, количество медицинских исков еще мало. Практика судебных разбирательств в России свидетельствует, что в основном в суд обращаются по вопросам педиатрии, стоматологии, косметологии, акушерства и гинекологии. Уже сейчас известны примеры удовлетворения огромных компенсаций морального вреда и выраженного уклона в правосудии «пациент всегда прав».

Сталкиваются с судебными делами и главные врачи больниц, особенно крупных. Занятость этими судами отвлекает и юриста лечебного учреждения и его главного врача от другой важной работы. Просто, отдать день-

ги недовольному пациенту больница не может. Во-первых, это может быть обременительно финансово. Во-вторых, если пациент получил компенсацию от больницы, это не отменяет его права подать в суд, и добиваться компенсаций еще и там, есть такие пациенты. Причем, факт выплаты денег больницей до суда только подтвердит вину учреждения в этом случае.

Судебное разбирательство – ущерб репутации медицинского учреждения. Для пациента, процесс в федеральном суде – стресс и ухудшение состояния. К тому же, в дальнейшем ему придется посещать то самое лечебное учреждение, с которым он спорил в суде.

Издержки современного российского правосудия известны: это длительные сроки судебного разбирательства. Государственные судьи не всегда могут компетентно оценить доводы сторон судебного спора, так как не обладают специальными знаниями в области медицины и сами, как правило, являясь пациентами лечебных учреждений. Поэтому, зачастую при вынесении решений судьи склоняются на сторону пациентов. В то же время, нельзя сказать, что и пациенты довольны таким положением, поскольку существует сложная процедура доказывания крайне длительные сроки рассмотрения дел и сильное сопротивление со стороны ответчика и его явное нежелание исполнять уже принятое решение суда. Но основную трудность, конечно, составляет отсутствие специальных знаний делающих крайне затруднительным отличить неисполнение своих обязанностей или врачебную ошибку от чрезмерной требовательности пациента. От того, что часто эта грань трудно различима, страдают обе стороны процесса, ведь даже вынесенное решение может быть отменено из-за погрешностей при рассмотрении дела по существу.

Видимо медицинские учреждения не осознали собственных возможностей по защите своих интересов. В коммерции бурно развиваются третейские суды, разрешающие споры предпринимателей, чего не наблюдается в медицине. Возникает вопрос, чем вызван этот интерес к третейским судам? Главным преимуществом третейских судов является их специализация в отдельных отраслях права, возможность для сторон выбора судьи, короткие сроки рассмотрения спора и его рассмотрение по собственным правилам, а не по процессуальным кодексам.

Особенность рассмотрения споров в сфере здравоохранения привлекла внимание такого государства как Грузия. Так в 2012 году были внесены изменения в ГК в котором предусмотрено проведение и приведение в исполнение решений Службы медицинской медиации. Сама служба была создана для рассмотрения споров медицинскими учреждениями, страховыми компаниями, медицинскими ассоциациями и министерством здравоохранения и в настоящее время фактически осуществляет публичноправовые функции по разрешению споров, представляя собой некий гибрид третейского суда, медиативного органа и органа публичного права.

Одним из препятствий к развитию третейского разбирательства была позиция Роспотребнадзора о том, что передача спора на рассмотрение третейского суда нарушает права пациента-потребителя. Оставив даже в стороне вопрос о том насколько медицинская помощь подпадает по действие закона «О защите прав потребителя в РФ», такая позиция вызвала недоумение. В настоящее время эта проблема нашла свое разрешение после определения Верховного суда РФ в котором прямо указано, что потребитель вправе сам решать в каком порядке он будет защищать свои права, а потому стороны вправе заключать третейское соглашение и оно права потребителя не ущемляет.

1 июля 2004 года в Новосибирске начала свою работу отдельная коллегия Сибирского третейского суда по медицинскому праву - Медицинский арбитраж, специализирующейся на разрешении споров в области здравоохранения. Все арбитры имеют не только высшее юридическое, но и медицинское образование либо большой опыт работы в сфере здравоохранения. Само разбирательство будет проходить с участием трех арбитров. Одного выбирает истец, другого – ответчик, и третьего назначает суд. Такой порядок делает судопроизводство более объективным. Третейский суд достаточно прозрачен, а земля слухом полнится. Если суд начнет принимать решения только в пользу врачей, то, разумеется, ни один пациент не захочет подписывать третейскую оговорку. Безусловно, речь не может идти о превалировании интересов медицинского учреждения над правами пациента, но избежать антиврачебного уклона третейский суд вполне способен. Более того, сама возможность выбирать судью которому доверяешь, проводить экспертизу в согласованном сторонами месте, все это способствует к значительно большему доверию к вынесенному решению.

Еще одним аспектом третейского разбирательства является принцип конфиденциальности рассмотрения спора. Участвовать в разбирательстве могут только сами стороны, что является крайне важным для сохранения репутации, которая может пострадать в ходе открытого процесса в государственном суде.

Примирение сторон одна из важнейших задач третейского процесса. Достичь этого удастся далеко не всегда, но часто у сторон процесса отношения оказываются не настолько испорченными, чтобы вновь не сесть за стол переговоров и не решить спор по обоюдному согласию. В этом случае достигнутое мировое соглашение утверждается третейским судом, а спор считается разрешенным окончательно и вернуться к его пересмотру уже невозможно. Наша деятельность свидетельствует о значительном числе мировых заключенных в третейском суде.

В основе третейского суда лежит добровольное согласие двух сторон на то, что бы третья сторона разрешила их спор. Договориться о судопроизводстве в третейском суде стороны могут не только после возникновения конфликта, но и заранее, при заключении договора. Для этого в тексте до-

говора между лечебным учреждением и пациентом нужно поместить так называемую «третейскую оговорку». То есть пункт о том, что в случае возникновения спора, он будет решаться в конкретном третейском суде.

В любом судебном процессе важнейшим доказательством будут являться документы предусмотренные законодательством о здравоохранении. Поэтому правовые риски должны учитываться задолго до возникновения конфликта. Между тем, медицинские учреждения не уделяют должного внимания этому аспекту. Отчасти это вызвано и различием подходов государственных судей к тому, что и как нужно исследовать для принятия справедливого решения. Специализация третейского суда позволяет снять эту проблему. Третейский суд вполне способен еще до возникновения спора сообщить медицинскому учреждению свои требования к оформлению медицинской документации и последствиям таких нарушений. Для специалистов большинство проблем с формированием медицинским учреждением доказательств не представляют сложности, т.к. носят типовой характер. Массовые упущения в оформлении документов, которые кажутся незначительными при лечении, могут сыграть решающую роль при рассмотрении спора. Особые проблемы вызывает наличие или отсутствие полноценного информированного согласия. Зачастую оно не выполняет своей роли информирования пациента, а является общим бланком на все случаи жизни. Осведомленность о типовых ошибках и последствиях нарушения правил документооборота позволяют избежать серьезных проблем.

Еще одной разновидностью медицинских споров являются споры медицинских учреждений и страховых компаний по поводу выплаты возмещения. В настоящий момент лишь их незначительная часть доходит до судов как раз ввиду слабого урегулирования этой сферы, а так же того, что уровень собственно правового спора в этой сфере низок, особенно когда речь идет о необходимости назначения определенного лечения, анализов или иных процедур. Как раз в этой сфере введение медицинского арбитража позволило бы быстро и эффективно разрешить эти споры, подменив собой одностороннее решение страховой компании.

Сибирский третейский суд разрешает гражданско-правовые споры уже около 20 лет и показатели количества рассмотренных дел, являются одними из самых высоких в России. Эти успехи результат роста доверия к суду со стороны общества. Хочется надеяться, что Медицинский арбитраж займет важное место в ряду органов разрешающих такие непростые споры. Медицинские учреждения, страховые компании и просто граждане смогут разрешать свои конфликты с большей эффективностью.

Самое главное в этом процессе это осознание руководителями медицинских учреждений своих возможностей заранее позаботиться о защите своих интересов. Как пациент не думает, что он может заболеть, так и медицинское учреждение не ожидает, что станет объектом внимания юристов. Но ни те, ни другие не избежат этого. Поэтому, лучше заранее позаботиться о себе не дожидаясь аномального развития событий.

С.М. Морозов

СЛОЖНОСТИ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ У МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ (РЕБЕНКУ) КАК СУБЪЕКТУ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

29 бюро, ФКУ ГБ МСЭ по Новосибирской области, Россия

Аннотация. Сложности, которые возникают у медицинских работников при назначении и проведении ребенку (несовершеннолетнему) лечебных, диагностических и реабилитационных манипуляций, для выполнения которых требуется согласие родителей (законных представителей), или самих несовершеннолетних. Эти отношения регулируются Федеральным Законом № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Закон). Данный Закон дает не всегда однозначные и обоснованные ответы на эти вопросы.

S.M. Morozov

DIFFICULTIES THAT MAY ARISE IN THE MEDICAL PROFESSION IN THE ASSISTANCE OF A MINOR (CHILD) AS A SUBJECT OF MEDICAL LAW

29 offices, PKU GB ITU in Novosibirsk region, Russia

Abstract. The difficulties that arise in health care workers in the appointment and conduct of a child (minor) medical, diagnostic and rehabilitative manipulations, for which the consent of the parents (legal representatives) or the minor. These relations are governed by the Federal Law № 323-FZ dated 21 November 2011 «On the basis of health protection in the Russian Federation» (the Act). This law does not always give unambiguous and answers to these questions.

В последнее время в прессе все чаще появляются жалобы на действия медицинских работников, которые, без разрешения родителей (законных представителей) проводят в дошкольных и школьных учреждениях медицинские осмотры (в том числе и гинекологические), ставят прививки, или выполняют какие то лечебные и диагностические манипуляции. Возникает вопрос, законно ли это? А с другой стороны, как вести себя врачу при необходимости срочного оказания медицинской помощи ребенку (несовершеннолетнему), при необходимости проведения диагностических, лечебных, или реабилитационных мероприятий, как по экстренным показаниям, так и в плановом порядке (напр. диагностическая бронхоскопия, аппендектомия, переливания крови и т. д.), при категорическом отказе родителей (законных представителей) от данного вмешательства (напр. по религиозным основа-

ниям), либо невозможности узнать волю родителей (законных представителей) на эти вмешательства.

На сегодняшний день, ответы на эти вопросы надо искать во вступившим недавно в силу Федеральном Законе №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Закон), а он дает не всегда однозначные и обоснованные ответы на эти вопросы. Так ч.5 ст. 19 данного Закона «Право на медицинскую помощь», регламентирует отказ пациента на медицинское вмешательство. Следовательно, родители ребенка (законные представители) имеют право согласно норме этой статьи отказаться от медицинского вмешательства своему ребенку на законных основаниях. Причем, согласно ст.20 Закона, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель. Данная диспозиция статьи запрещает медицинским работникам проведение медицинских манипуляций (вмешательств) детям, без разрешения родителей (законных представителей), что в общем то является правильным, и не противоречит интересам ребенка, при необходимости проведения плановых и диагностических лечебных мероприятий, не связанных с экстренными ситуациями.

Однако, в части статей Закона содержатся достаточно спорные формулировки, которые противоречат интересам ребенка (несовершеннолетнего) и не соответствуют требованиям Гражданского законодательства РФ. Ч.2. ст. 54 Закона «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья», определяет права несовершеннолетних больных наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иных несовершеннолетних в возрасте старше пятнадцати лет, а именно, согласно диспозиции данной статьи они имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с частями 2 и 9 статьи 20 настоящего Федерального закона. Смотрим ч. 2 ст. 20 Закона «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» - информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или законный представитель в отношении: 1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство; 2) не-

совершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста). Данная статья же отсылает нас к ч.5 ст. 47 Закона в которой рассматривается « Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)» - Трансплантация (пересадка) органов и тканей человека допускается при наличии информированного добровольного согласия совершеннолетнего дееспособного реципиента, а в отношении несовершеннолетнего реципиента, а также в отношении реципиента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если он по своему состоянию неспособен дать информированное добровольное согласие, - при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя, данного в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Т. е. ни о каком возрасте в данной статье не говорится, что вносит путаницу и непонимание при ее трактовке. Также, насколько адекватным и обоснованным можно считать отказ на медицинское вмешательство, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше шестнадцати лет и иных несовершеннолетних в возрасте старше пятнадцати лет. Может ли ребенок в таком возрасте и с учетом нестабильности психики (возрастные особенности, или наличие сопутствующей наркопатологии, или другого заболевания) адекватно оценить свое состояние и принять решения не причинив вреда себе и своему здоровью? Все это вызывает сомнение и непонимание. Если обратиться к Гражданскому законодательству, то в ст. 21 ГК РФ «Дееспособность граждан» четко определен возраст, с которого наступает дееспособность в полном объеме, а она наступает по достижении восемнадцатилетнего возраста, за исключением случаев, предусмотренных законодательством, когда несовершеннолетний приобретает дееспособность до наступления 18 лет. Недееспособные граждане приобретают гражданские права и создают обязанности не самостоятельными действиями, а посредством действий дееспособных лиц – законных представителей: родителей, усыновителей, опекунов, попечителей (комментарий к ст. 21 ГК РФ).

Еще более спорной является п.5 ч.1 ст. 54 Закона «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья», эта статья обязывает медицинских работников сообщать информацию о состоянии здоровья несовершеннолетним, в доступной для них форме в соответствии со статьей 22 настоящего Федерального закона. Смотрим диспозицию ст. 22 Закона «Информация о состоянии здоровья», а именно ч.1 которая устанавливает, что каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе све-

дения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Отсутствие возрастного ограничения в данной статье ставит лечащего врача как минимум в затруднительное положение, с одной стороны не выполняя требования ФЗ он может быть подвергнут наказанию в установленной законом порядке, а с другой стороны он полностью отдаст себе отчет в том, что информация сообщаемая ребенку (несовершеннолетнему) не может быть им оценена и воспринята адекватно, а может наоборот привести, с учетом возрастной лабильности психики, к патологическим психотическим реакциям, вплоть до суицидальных. А врач в последствие за свои действия может понести ответственность, в том числе и уголовную. Действующий Закон не дает ответы на эти вопросы. Согласно ч.7 ст. 20 Закона - информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента, что в последствие может служить важным юридическим фактом для подтверждения правоты действий медицинского персонала.

Интересная ситуация возникает при отказе родителей (законных представителей) от экстренного медицинского вмешательства ребенку (несовершеннолетнему), либо отсутствие возможности узнать волю родителей (законных представителей). Закон дает как минимум два варианта разрешения такой ситуации. Во-первых, в соответствии с ч. 4 и 5 ст. 20 Закона - при отказе от медицинского вмешательства, гражданину одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в части 2 настоящей статьи, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. А также, при отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Однако, механизмы такого обращения в суд, судебная инстанция какого уровня и в какие сроки будет рассматривать эти обращения не существует. Если речь идет о срочности проведения медицинского вмешательства (операции) по жизненным показаниям, где счет идет на десятки минут – часы, необходимо законодательно разработать последовательность действий медицинских работников и сроки разрешения этого вопроса, взяв например за основу методы работы мировых судей по административным нарушениям, где дела рассматриваются и выносятся решения в течение нескольких минут. Во-вторых: со-

гласно ч.9. ст. 20 Закона - медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается, п.Если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи. А ч.2 ст. 20 Закона определяет его как несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста). По ч. 10 ст. 20 Закона - решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается: 1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство. Подобные действия медицинского персонала укладываются в диспозицию ст. 980, 981 Гл. 50 ГК РФ «Действие в чужом интересе без поручения», а именно: действия без поручения, иного указания или заранее обещанного согласия заинтересованного лица в целях предотвращения вреда его личности или имуществу, исполнения его обязательства или в его иных непротивоправных интересах (действия в чужом интересе) должны совершаться исходя из очевидной выгоды или пользы и действительных или вероятных намерений заинтересованного лица и с необходимой по обстоятельствам дела заботливостью и осмотрительностью, т.е. действуя в чужом интересе для предотвращения опасности для жизни и здоровья пациента.

Таким образом, доктор оказывающий срочное или плановое медицинское вмешательство ребенку (несовершеннолетнему) по жизненным показаниям, в том числе при невозможности уведомить родителей (законных представителей), или при их категорическом отказе, опираясь на действующие нормативные акты, преодолевает правовой запрет на эти вмешательства, и сможет оградить себя как от необоснованных гражданских исков о причинении вреда (Гл. 59 ГК РФ), так и возможного уголовного преследования по ст. ст.124 и 125 УК РФ «Неоказание помощи больному, или «Оставление в опасности».

А.С. Фунтиков, А.А. Принёва

ПРОБЛЕМНЫЕ МОМЕНТЫ ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. В данной статье отражена актуальная на сегодняшний день тематика: система обязательного медицинского страхования в свете нового закона об ОМС. В связи с широким общественным резонансом этого вопроса нами проанализированы основные проблемные моменты закона. Дан ряд предложений и практических рекомендаций.

A.S. Funtikov, A.A. Prineva

PROBLEM POINTS LAW «ON MANDATORY HEALTH INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. This article reflects the up-to-date topics: the system of compulsory health insurance in the light of the new law on the compulsory health insurance. Due to the wide publicity of this question, we analyzed the main problem points of law. A number of offers and practical recommendations are given.

С 1 января 2011 года вступил в силу Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании (ОМС) в Российской Федерации». После принятия в 1993 году закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» произошли колоссальные изменения в экономике и социальной сфере нашей страны, что требовало нового подхода к сфере ОМС.

В этом законе нашли отражение те изменения, которые назрели за прошедшие годы. Суть этих изменений такова:

1. Функции страховщика граждан РФ по ОМС переданы Федеральному фонду ОМС. Ранее страховщиками являлись страховые медицинские организации.

2. Гражданин теперь имеет право выбора страховой медицинской организации, тогда как раньше страховую организацию выбирали либо работодатель (для работающих граждан), либо орган власти субъекта РФ (для неработающих). Для этого 1 раз в год до 1 ноября гражданин пишет заявление в выбранную им из СМО, зарегистрированных на территории субъекта, страховую компанию.

3. Гражданина наделяют правом самостоятельно выбирать лечебное учреждение и врача.

Возможность для пациента самому выбрать ЛПУ, где он будет проходить обследование или лечение, существовала и ранее. При обращении за медпомощью и при ее получении пациент имел право на выбор врача (в том числе врача общей практики, лечащего врача), а также лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами ОМС и ДМС. То есть пациент, имеющий полис ОМС, теоретически мог выбирать мед. организации – но только те, с которыми страховая компания, выдавшая полис ОМС, заключила договор. Если договора не было, пациент обратиться в бюджетное медучреждение не мог, а какой-либо юридической ответственности медицинских организаций – к примеру, значимого административного штрафа за нарушение данного права пациентов – не было. С принятием нового Закона об обязательном медицинском страховании права выбора стали четко определены.

Таким образом, главный смысл изменений в Законе - это выстраивание системы обязательного медицинского страхования так, чтобы центральное место в ней занимало застрахованное лицо, и чтобы стимулы деятельности медицинских организаций зависели оттого, насколько человек удовлетворен качеством и доступностью медицинской помощи.

Теперь система финансирования по обязательному медицинскому страхованию выстроена так, что деньги за пациента будут выплачиваться через страховую компанию, которую выбрал гражданин, в выбранное им же лечебное учреждение. Это ставит все субъекты страхования в зависимость от выбора гражданина, что, с одной стороны, является стимулом для конкуренции между СМО, с другой - увеличивает заинтересованность лечебных учреждений в пациентах.

Однако, в ходе изучения Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», мы заметили, что принятый Закон имеет не только достоинства, но и ряд недостатков, которые могут привести в качество работы медучреждений некоторые отрицательные изменения.

Принятие Закона об ОМС вызвало множество дискуссий, как со стороны медицинских учреждений, так и со стороны организаций медицинского страхования. Обсуждая новый Закон, часто говорят о том, что он серьезно расширил возможности пациентов по выбору медицинского учреждения и лечащего врача. Однако, в реализации этих возможностей имеются некоторые затруднения. В частности, остаются недостаточно проработанными нюансы выбора поликлиники. Причём, теперь в роли территориальной поликлиники может выступить и частная клиника, работающая в системе ОМС. Но, несмотря на возможность выбора, есть множество официальных ограничений по выбору поликлиники: реализовать право выбора пациент может лишь один раз в год; запрещается «прикрепление» одновременно к нескольким поликлиникам; ЛПУ должно работать в рамках системы ОМС; процесс выбора поликлиники требует взаимности (главный врач должен

согласиться принять дополнительного пациента). Выходит, что в предложенном механизме смены поликлиники именно главный врач решает, нужны ли ему ещё пациенты или нет.

Как говорилось выше, теперь и частные компании могут участвовать в ОМС. Хотя ОМС и позволяет расширить клиентскую базу и увеличить количество услуг, успешно работающим частным клиникам невыгодно входить в систему ОМС - тариф ОМС не покрывает и трети расходов лечебно-профилактического учреждения. Прибыль в данной ситуации получить практически невозможно. По нашему мнению, пока нет полного тарифа, остаются сомнения, что частная медицина пойдет в систему. Поэтому данное положение Закона выглядит весьма декларативным.

С изменением экономической ситуации в стране со времени принятия предыдущего принятия Закона об ОМС значительную долю затрат на здравоохранение взяло на себя государство. При этом новым Законом перед страховыми компаниями ставится задача – сэкономить путем выявления необоснованных затрат. Разработана система бонусов для сэкономивших страховых компаний. Страховые компании ставятся в условия, когда увеличение их дохода будет находиться в прямой зависимости от увеличения числа нарушений. Медицинское учреждение, располагая ограниченным объемом финансов, вынуждено будет максимально экономить в его рамках. Таким образом, Закон, который создавался в интересах пациента, грозит обернуться для него резким снижением объемов медицинской помощи.

В новом Законе закреплено право страховых медицинских организаций осуществлять контрольные функции в отношении как качества медицинской помощи, так и тех расчетов, которые осуществляет медучреждение. Аналогичное право имеют и территориальные фонды ОМС. В типовых договорах, которые заключаются между страховыми компаниями и медицинскими организациями, заложен ряд стандартных требований к медицинским организациям. В случае невыполнения этих стандартов и оказания ненадлежащей медицинской помощи к медучреждению применяются экономические санкции (штрафы). Однако, основные дефекты, за которые страховые компании вправе наказать медицинскую организацию (очереди к врачам, ошибки в ведении реестра, неграмотное оформление счетов), относятся не к лечебной деятельности, а к управленческой. Пока медицинские организации фактически имеют гораздо больше обязанностей, чем прав, в то время как страховые компании полностью контролируют ситуацию. Они могут проверять лечебные учреждения, а вот лечебные учреждения не имеют права встречной проверки. Мы считаем, что со стороны лечебных учреждений нужен не меньший пакет документов, чем со стороны страховых компаний.

Помимо анализа проблемных нюансов Закона, стоит остановиться на идее об условно одноканальном финансировании системы ОМС. Условно

одноканальная (до 80% затрат) система финансирования может быть легче проконтролирована и направлена на достижение результата. В этом заключается преимущество предлагаемой новации. Средства, которые сейчас поступают из бюджета, предполагается включить в состав затрат по тарифам на ОМС. Это потребует значительно больших ресурсов, чем присутствуют сейчас в системе ОМС. Планируется консолидировать в один поток бюджетную и страховую части финансирования. Увеличение страховых взносов, с одной стороны, объясняется планами перехода на одноканальное финансирование, с другой - стремлением к реализации повышенных обещаний системы. Одноканальная система - это достаточно цивилизованный способ управления, приближенный к нормальным образцам рыночной экономики. Однако, российское здравоохранение в целом еще не готово к переходу к бизнес-отношениям. На наш взгляд, при переходе к новым экономическим отношениям в здравоохранении будет иметь большой смысл создание института профессиональных управляющих. В случае передачи медицинскому учреждению функций рыночной структуры начинают действовать совершенно другие правила. Главные врачи не смогут остаться врачами и одновременно быть эффективными финансовыми менеджерами. Поэтому такая прогрессивная конструкция, как одноканальное финансирование, требует более серьезной перестройки всей инфраструктуры здравоохранения.

Таким образом, новый Закон об ОМС оставил открытыми ряд серьезных моментов, которые могут вызвать проблемы в осуществлении медицинской деятельности. Это:

- угроза резкого снижения объемов медицинской помощи вследствие созданной прямой зависимости увеличения дохода страховых компаний от увеличения числа нарушений со стороны лечебных учреждений;
- финансовая незаинтересованность частных медицинских учреждений в участии в ОМС;
- управленческая направленность санкций к медицинским учреждениям со стороны страховых компаний;
- официальные ограничения по выбору пациентом поликлиники;
- относительная неподготовленность российского здравоохранения к переходу к рыночной экономике.

Для решения некоторых из них мы предлагаем следующие мероприятия на разных уровнях:

Законодательный: внести поправки в закон согласно выявленным недостаткам;

Финансовый: переход на полный тариф при оплате услуг клиники;

Управленческий: усовершенствование системы контроля работы как медицинских организаций, так и страховых компаний.

А.С.Фунтиков, Д.В.Чебыкин

СИНЕРГИЯ СИСТЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: РЕАЛЬНОСТЬ ИЛИ УТОПИЯ?

*Новосибирский Государственный Медицинский Университет,
Россия*

Аннотация. В настоящей статье представлены две системы медицинского страхования. Рассмотрено их возможное взаимодействие друг с другом: отражены основные плюсы и минусы. Приведены точки зрения специалистов здравоохранения, представителей страховых медицинских организаций, собственные выводы.

A.S.Funtikov, D.V.Chebykin

SYNERGY OF SYSTEMS OBLIGATORY AND VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE: REALITY OR UTOPIA?

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. Two systems of health insurance are presented in this article. Their possible interaction with each other is considered: the main pluses and minuses are reflected. The points of view of experts of health care, representatives of medical insurance companies, my own conclusions are given.

На современном этапе в Российской Федерации медицинское страхование представлено двумя видами – ОМС (обязательным медицинским страхованием) и ДМС (добровольным медицинским страхованием). Система ОМС чётко прописана в ФЗ от 29.2010 №326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ». Справедливо заметить, что нормами нового закона не прописано никаких правил для страховщиков по ДМС. Соответственно остро встает вопрос о стратегии развития рынка ДМС и принятия проекта закона, регламентирующего его деятельность.

С переходом экономики здравоохранения на рыночные рельсы не прекращаются дискуссии по поводу сосуществования двух полисов и условий их действия. По мнению страховщиков, синергия систем ОМС и ДМС существенно повысит прозрачность и эффективность финансирования здравоохранения. В то же самое время, позиция министерства здравоохранения противоположная – развитие только ОМС как социального вида страхования без разработки единого законодательного акта, объединяющего два вида страхования.

Мы считаем, что в перспективе можно надеяться на слияние двух медицинских полисов, однако данный процесс требует изменений не только на законодательном, но и на финансовом и техническом уровнях. Специалисты отмечают, что объединение ОМС и ДМС приведет к объективному снижению стоимости полиса ДМС. Значительные изменения пре-

терпит продуктовая линейка медицинских страховщиков. Будут создаваться продукты, сочетающие ДМС и ОМС, продукты ДМС с высокой сервисной составляющей, рисковое ДМС. Данные инновации станут существенным стимулом роста спроса на ДМС и увеличения числа застрахованных по программам ДМС.

Принятие нового закона значительно ужесточило финансовые условия работы страховых медицинских организаций: жесткие ограниченные рамки отчисления средств на ведение деятельности, возросшие расходы страховщиков на оплату экспертов, покупку оборудования для пунктов выдачи полисов, на информатизацию населения; увеличение минимального уровня уставного капитала, сокращение инвестиционных доходов. Вполне вероятно, что вследствие подобных процессов многие СМО (страховые медицинские организации) останутся не у дел. В данной ситуации дополнительные конкурентные преимущества получают страховые медицинские организации, занимающиеся ДМС (самостоятельно либо в рамках страховой группы). Во-первых, бизнес по ДМС позволяет генерировать дополнительные финансовые потоки, которые можно вкладывать в повышение эффективности деятельности и дальнейшее развитие. Во-вторых, страховые медицинские организации могут использовать инфраструктуру по ДМС как платформу для расширения бизнеса по ОМС.

Интересной является идея о слиянии счетов страховых организаций: ОМС оплачивает базовую программу, ДМС – дополнительные услуги, т.е. работа во взаимодействии друг с другом, а не противопоставление. Однако сейчас эти системы никак не пересекаются, хотя по смыслу предоставляют одни и те же услуги.

Дальнейшим шагом развития системы медицинского страхования должен стать возврат страховых резервов по ОМС. СМО должны нести реальные страховые риски и не ограничиваться функцией посредника между ФФОМСом (Федеральный фонд обязательного медицинского страхования) и медицинскими организациями.

До 2011 года страховые резервы позволяли медицинским страховщикам свободно и эффективно распределять денежные потоки и в случае непредвиденных расходов лечебных учреждений покрывать их в короткие сроки. Сейчас же СМО могут оплатить счета только в тех объемах, которые им выделил ФФОМС. Это в конечном счете может приводить к разрыву ликвидности у медицинских организаций и задержке зарплат медицинским работникам. Перевод СМО на страховые рельсы повысит эффективность системы, сделает ее более гибкой и эффективной.

ИННОВАЦИИ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Ю.И. Бравве, А.В. Чикинева, Т.К. Федорова, Г.П. Ахременко,
С.А. Песков

ОПЫТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В КРУПНОМ РЕГИОНАЛЬНОМ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

*Государственный Новосибирский областной клинический
диагностический центр, Россия*

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Обеспечение качества и повышение эффективности консультативно-диагностической помощи напрямую связано с организацией и оптимизацией сестринского процесса в крупных региональных консультативно-диагностических центрах. Разработанная в Государственном Новосибирском областном клиническом диагностическом центре система менеджмента качества сестринской деятельности направлена на совершенствование организации и управления сестринским процессом, постоянное профессиональное обучение среднего медицинского персонала, стандартизацию, аудит сестринской деятельности, обеспечение безопасности сотрудников медицинского учреждения и пациентов.

Yu.I. Bravve, A.V. Chikineva, T.K. Fedorova, G.P. Akhremenk,
S.A. Peskov

TEST IMPROVEMENT NURSING PROCESS OF LARGEST REGIONAL CONSULTATIVE AND DIAGNOSTIC CENTERS

Novosibirsk State Regional Clinical Diagnostic Center, Russia

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. Providing with the quality and an improvement in the effectiveness of consultative and diagnostic services are directly related to the organization and optimization of the nursing process in large regional consultative and diagnostic centers. A system of nursing activities quality management developed at the Novosibirsk State Regional Clinical Diagnostic Center is aimed at improving the organization and management of the nursing process, at permanent training of

nursing staff, at a standardization, at an audit of nursing activities, at ensuring the security of hospital staff and patients.

В программных документах Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в решении задач, поставленных приоритетным национальным проектом «Здоровье», в Концепции развития здравоохранения до 2020г., подчеркивается необходимость улучшения системы управления отраслью - повышение качества прогнозирования и эффективности планирования ресурсов здравоохранения, создание системы управления качеством медицинской помощи, повышение мотивации медицинских работников к качественному труду, внедрение систем оплаты труда, увязанных с качеством и результатами труда.

Однако организационные мероприятия по совершенствованию сестринского дела, разработка методик измерения объемов и дифференцированной оплаты труда медицинских сестер внедряются недостаточно эффективно, что является причиной ухода из профессии квалифицированного сестринского персонала, увеличения дисбаланса в соотношении между врачами и медицинскими сестрами. Все это диктует необходимость изменений в системе оказания медицинской помощи за счет повышения (оптимизации) ее технологического, организационного и профессионального уровней.

Материалы и методы. В проведенном исследовании ставилась задача изучить современное состояние проблем организации работы сестринского персонала, разработать организационные технологии совершенствования сестринского процесса в медицинской организации на основе комплексного социально-гигиенического исследования, включающего анализ данных годовых статистических отчетов; нормативно-правовых документов, регламентирующие деятельность сестринского персонала медицинского центра; данных социологического опроса пациентов и средних медицинских работников; экспертных оценок.

Базой для исследования выбран ГБУЗ НСО «Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр» (ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ»), как крупный многопрофильный амбулаторно-поликлинический медицинский центр, оказывающий первичную медико-санитарную помощь населению на региональном уровне. При планировании социологического опроса ставилась задача оценить уровень профессиональной квалификации и самообразования; уровень обеспеченности рабочих мест регламентной документацией, расходными материалами, средствами дезинфекции; уровень организации сестринского процесса и использование современных сестринских технологий, самооценка персоналом напряженности и интенсивности труда.

Результаты и обсуждение. Демографическая структура кадрового состава ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ», в том числе среднего медицинского персонала характеризуется значительным преобладанием женщин (85,4%), большим удельным весом лиц старших возрастных групп (34,6% человек в возраст-

те более 50 лет), снижение притока молодых специалистов и высоким уровнем текучести кадров (18,7%). Низкая укомплектованность младшим медицинским персоналом (22,9%) вынуждает медицинских сестер совмещать работу и функции младшего медицинского персонала. За последние три года процент аттестованных средних медицинских работников увеличился с 83,0 до 91,4% (на 8,4%), имеющих высшую категорию с 67,0 до 76,4% (на 9,4%).

Данные опроса пациентов позволили выявить определенные проблемы в организации консультативно-диагностической помощи населению: 14,1% респондентов не удовлетворены медицинской помощью в медицинском центре, 26,2% не были проинформированы врачом, проводящим исследование, или медицинской сестрой о сущности и безопасности метода исследования, 13,0% не были даны пояснения по результатам исследования, 11,2% не поняли данные врачом или медицинской сестрой пояснения и рекомендации.

Среди опрошенных медицинских сестер 57,4% отметили неритмичность нагрузки во время работы, 7,2% высокий и напряженный ритм работы, при этом значительная часть рабочего времени (39,4%) уходит на ведение медицинской документации, всего 44,6% медицинских сестер используют в работе компьютерные технологии ведения документации.

Отмечается высокий уровень совместительства: 17,5% медицинских сестер совмещают работу на 0,5 и более ставки в своем учреждении, 27,5% совмещают работу в должности младшего медицинского персонала, 2,6% совмещают работу в другом медицинском учреждении, 5,1% на других работах, не связанных с медицинской специальностью. В ряде случаев медицинской сестре приходится выполнять работу, не относящуюся к своим профессиональным обязанностям, в том числе по поручению врача (15,3% ответивших), по поручению старшей медицинской сестры (20,4%), а также хозяйственную, за младший медицинский персонал (30,1%). Отмечен высокий уровень профессиональной подготовки и квалификации средних медицинских работников диагностического центра (4,4 балла из 5 возможных) и уровень организации сестринского процесса (4,1 - 4,5 балла). На удовлетворительном уровне оценили укомплектованность персоналом (3,4 балла).

По результатам экспертной оценки были выделены профессиональные знания, имеющие высокую значимость в практической работе медицинской сестры, такие как: законодательство в сфере здравоохранения, философия и этика сестринской деятельности, психология профессионального общения, медицинская профилактика, инфекционный контроль и безопасность; неотложная помощь и медицина катастроф, нормативно-распорядительные документы медицинской организации, навыки необходимые при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях.

Проведенный анализ основных проблем в организации медицинского обслуживания пациентов, кадрового обеспечения и организации работы среднего медицинского персонала позволил можно выделить наиболее значимые в обеспечении качества медицинской помощи проблемы:

- организации медицинского обслуживания населения связанные с недостаточным уровнем информированности пациентов об исследованиях;
- кадрового обеспечения, недостаточной укомплектованностью средним медицинским персоналом (при этом средний возраст сотрудников составляет 45 лет), недостаточным притоком молодых специалистов и высоким уровнем текучести кадров;
- профессионального образования; при формально высоком уровне квалификации персонала (91,4%) в недостаточном объеме сотрудники знают документы регламентирующие работу отделения, кабинета (42,6% опрошенных), медицинской организации (45,3%), стандарты сестринской деятельности (35,4%), протоколы оказания неотложной медицинской помощи (32,6%);
- в организации технологических процессов и адекватности оплаты труда, что приводит к перегрузкам во время, выполнению медицинскими сестрами работ непосредственно не связанных с профессиональной деятельностью; в связи с этим не удовлетворены условиями работы 22,5% медицинских сестер.

В качестве основных направлений совершенствования сестринской деятельности, нами были определены: организация и управление сестринской деятельностью, кадровая политика, ресурсное обеспечение сестринской деятельности, менеджмент качества сестринского процесса, обеспечение безопасности персонала и пациентов.

В целях совершенствования кадровой политики медицинской организации разработана организационная структура системы управления сестринским персоналом. На каждом уровне управления определены основные обязанности (зоны ответственности), регламент нормативно-правовой документации (номенклатура дел), система контроля исполнения. Программа развития персонала включает в себя такие направления как подбор и оценка персонала, нематериальную мотивацию, программы непрерывного профессионального обучения, совершенствование системы оплаты труда в зависимости от объема и качества выполненной работы.

Процессное проектирование стандартов сестринской деятельности является одним из главных компонентов управления качеством. Разработанные стандарты включают требования к материально-техническому, кадровому обеспечению, к профессиональному уровню специалистов, к правилам выполнения медицинских технологий, оформлению медицинской документации и контролю качества, а также мероприятия по обеспечению безопасности персонала и пациентов. На их основе ведется трех уровневый контроль качества оказания медицинской помощи, в том числе мероприятий, обеспечивающих безопасность персонала и пациентов (радиационная защита, санитарно-эпидемиологический режим, противопожарная безопасность и др.). Ключевыми индикаторами качества работы среднего медицинского персонала определены: уровень профессиональной подготовки медицин-

ского персонала, выполнение стандартов сестринских технологий, обеспечение безопасности персонала и пациентов и удовлетворенность пациентов.

Предметом контроля, осуществляемого руководителями сестринских служб являются: выполнение планов работ подразделений центра; выполнение сестринским персоналом стандартов деятельности; соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима; технологии хранения, учёта и использования лекарств, спирта, перевязочных материалов и других материальных ценностей; правил асептики и антисептики, профилактики инфекционного гепатита и ВИЧ-инфекции; соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии; анализ причин, порождающих жалобы пациентов и их родственников на качество оказания медицинской помощи.

Вывод. Систематический аудит позволяет своевременно выявлять несоответствия в сестринской деятельности консультативно-диагностического центра, а его результаты используются при разработке управляющих решений, планов корректирующих и предупреждающих действий и организационно-инновационных перспективных планов по повышению качества сестринского процесса и всего консультативно-диагностического процесса в целом.

Е.П.Жаворонков, Ю.О.Ким, Н.В.Куликова, Т.Г.Николаева

ПРИНЦИПЫ ДЕЛОВОЙ ЭТИКИ МЕНЕДЖМЕНТА В ФОРМИРОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. В статье рассматривается деловая этика менеджмента и ее влияние на развитие организационной культуры медицинских организаций. Подчеркивается необходимость разработки собственных этических стандартов, отражающих заботу менеджеров об интересах медицинских работников и пациентов.

E.P. Zhavoronkov, Y.O..Kim, N.V. Kulikova, N.G. Nikolaeva

PRINCIPLES OF BUSINESS ETHICS MANAGEMENT IN FORMING OF THE ORGANIZATIONAL CULTURE OF MEDICAL ORGANIZATIONS

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. In article business ethics of management and its influence on development of organizational culture of the medical organizations are

considered. Need of development of own ethical standards reflecting care of managers about interests of medical workers and patients is emphasized.

Организационная культура – это совокупность основных убеждений, сформированных, усвоенных или разработанных определенной группой по мере того, как она учится разрешать проблемы адаптации к внешней среде и внутренней интеграции, которые оказались достаточно эффективными, чтобы считаться ценными, а потому передаваться новым членам в качестве правильного образа восприятия, мышления и отношения к конкретным проблемам. Невозможно представить преуспевающую в области качества организацию, которая не создала бы своего внутреннего пространства, своей внутренней производственной среды, особой внутриорганизационной атмосферы.

Трансформация общественного уклада на новые ценности требует от медицинских организаций внедрения рыночных механизмов хозяйствования, которое предусматривает рациональное использование имеющихся ресурсов: финансовых, материально-технических и кадровых. Оптимизация кадровых ресурсов особенно в условиях дефицита медицинских кадров – ведущий путь повышения эффективности деятельности медицинской организации. В этих условиях менеджерам медицинской организации следует уделять особое внимание этике, честности, уважительному отношению к пациентам и внутри коллектива.

Человеческие ресурсы имеют важную отличительную особенность – люди при выполнении поставленных перед ними задач вкладывают в процесс производства медицинских услуг не только свои силы, но и интеллектуальные и духовные возможности. Производство продукции и качество ее в виде медицинских услуг в значительной степени определяются успехами медицинского персонала и деятельностью менеджеров.

Удовлетворенность населения медицинским обслуживанием является одним из критериев оценки деятельности лечебного учреждения, которая отражает как позитивные, так и негативные тенденции развития здравоохранения в общественном мнении. Получение качественной, адекватной помощи должно полностью удовлетворять пациента, тем не менее, иногда происходит обратное. Большинство причин неудовлетворенности можно условно разделить на две группы. Первые зависят преимущественно от организаций здравоохранения: неудовлетворенность организационными моментами (расписание работы организации и специалистов, очереди, дефицит кадров), нарушение этики и деонтологии со стороны медицинского персонала, нарушение методик обследования и лечения или отсутствие практических навыков, неудовлетворительная материально-техническая база. Вторые зависят от пациента: необоснованные запросы и требования к медицинскому персоналу, нарушение предписаний врача (как следствие, отсутствие эффекта от лечения).

Контакт с медицинским работником оказывает большое влияние на удовлетворенность пациента медицинской помощью. Человек в белом халате имеет определенные права, касающиеся жизни и здоровья пациента, поэтому его действия — под особым вниманием. Эти права оборачиваются требованиями к врачу со стороны пациента и общества.

Вызывают обоснованное недовольство пациента отсутствие внимания со стороны медицинского персонала, грубость. Прослеживается обратная связь между удовлетворением медицинской помощью и претензиями к медицинскому персоналу: чем меньше упоминается о негативных проявлениях со стороны медицинского персонала, тем выше уровень удовлетворенности.

Исследования по выявлению уровня удовлетворенности медицинской помощью, проведенные нами в некоторых медицинских организациях Новосибирска и Омска, показали, что большинство пациентов оценивают отношение к ним всего медицинского персонала стационара (врачей, медицинских сестер, санитарок) как «с вниманием и участием». Однако к разному уровню медицинского персонала оценка пациентов была разной. Подавляющее большинство опрошенных (86%) отметили внимание к себе со стороны врачей, несколько меньшее количество респондентов (84%) дали позитивную оценку отношения сестринского персонала. И значительно ниже (61%) пациенты оценили отношение к себе младшего медицинского персонала.

Анализируя условия пребывания в стационаре, следует отметить, что большое неудобство для пациентов представляет отсутствие санитарного узла при палате или его отдаленность (60%), 55% респондентов считают проблемой невозможность встречаться с близкими в удобное для них время, 90% опрошенных отрицательно относятся к необходимости подвергаться осмотрам, опросам и исследованиям в присутствии других пациентов. Пациентам стационара мешают громкие разговоры соседей по палате и медицинского персонала, хлопанье дверью, стук каблуков, шум в коридоре. Качеством сна в стационаре удовлетворены только 3% пациентов. 15% респондентов отметили, что в из палате не выполняется ежедневное проветривание. Большинство проблем, возникающих у пациентов в период пребывания в стационаре являются организационными и могут быть решены без привлечения финансовых ресурсов.

В настоящее время во всех медицинских организациях внедряется система менеджмента качества медицинской помощи, которая помимо экспертной оценки оказания медицинской помощи включает и оценку уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Но внедрение системы менеджмента качества не принесет желаемого результата, если не изменятся фундаментальные основы организации — система ценностей, стиль управления, подходы к решению проблем, то есть, всего того, что принято понимать под корпоративной культурой.

Организационная культура медицинской организации – это инструмент в руках руководителя, с помощью которого можно привести учреждение к успеху, но при неумелом и неуместном использовании возможны прямо противоположные результаты. Поэтому организационную культуру необходимо совершенствовать и регулировать ее изменения.

Л.И. Кравченко, Т.А. Чупрова

**ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
НАПРАВЛЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО
КОЛЛЕДЖА КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПОДГОТОВКИ КОМПЕТЕНТНОГО СПЕЦИАЛИСТА**

*ГБОУ СПО «Кемеровский областной медицинский колледж»,
Россия*

Аннотация: Автор статьи рассматривает проблемы диагноза, исправления и формирования профессионального побуждения, профессионально-технического руководства студентами в процессе обучения как факторы, влияющие на обучении компетентных специалистов.

L.I. Kravchenko, T.A. Churova

**FORMATION OF VOCATIONAL GUIDANCE OF STUDENTS
OF MEDICAL COLLEGE AS AN EFFICIENCY FACTOR OF
TRAINING COMPETENT SPECIALIST**

“Kemerovo Regional Medical College”, Russia

Abstract. The author of the article considers the problems of diagnosis, correction and formation of professional motivation, vocational guidance of students in the learning process as the factors influencing on the training of competent specialists.

Одной из важных перспективных задач по совершенствованию подготовки медицинских кадров является формирование у студентов потребности в непрерывном овладении профессиональными знаниями в течение всей жизни, повышении уровня личной и профессиональной компетенции, развитии творческого потенциала, что предполагает достаточно высокий уровень самосознания. В этой связи главный результат «Стратегии модернизации образования» - готовность и способность молодых людей, заканчивающих образовательное учреждение, нести личную ответственность как за собственное благополучие, так и за благополучие общества - представляется своевременным и значимым. Во многом достижению

данной цели способствует психологическая подготовка будущего медицинского работника.

Согласно Федеральным государственным образовательным стандартам, выпускник должен быть не только грамотным специалистом, способным высококвалифицированно выполнять свои обязанности, но и психологически компетентным, обладать развитыми коммуникативными, организаторскими качествами, умением сопереживать, сочувствовать пациенту, способным определить его психическое состояние и выбрать тактику адекватного прораивания взаимоотношений с ним, его родственниками, а также с членами лечебной бригады. Без устойчивых ценностных ориентаций, сформированных профессиональных мотивов, знаний своих психологических особенностей подготовка специалиста, отвечающего современным требованиям, представляется весьма проблематичной.

В рамках психодиагностической деятельности Комиссии по трудоустройству нами было протестировано 75 студентов-выпускников и 75 молодых специалистов. Данное исследование позволило определить уровень субъективной сформированности профессиональных компетенций, а также степень удовлетворенности различными факторами, прямо или опосредованно влияющими на качество образовательного процесса.

Основными признаками профессиональной направленности полагаются становление в сознании студента профессиональной доминанты, сформированность образа профессии, осознание себя как субъекта профессиональной деятельности. Профессиональная мотивация — это действие конкретных побуждений, которые обуславливают выбор профессии и продолжительное выполнение обязанностей, связанных с этой профессией. Профессиональная мотивация формируется у молодежи под влиянием факторов окружающей действительности, работы по профессиональной ориентации.

Наши студенты в качестве основных факторов, влияющих на выбор профессии медицинского работника, определили: возможность трудоустройства, востребованность профессии; возможность проявить свои лучшие моральные качества (гуманизм, доброту, сострадание); состояние собственного здоровья. Примечательно, что детерминанты выбора профессии в ходе обучения изменились: так, абитуриенты на первый план выдвигают такие факторы, как воплощение детской мечты; советы родственников, знакомых, друзей, но по мере приближения окончания обучения студенты начинают осознавать социальную значимость и востребованность своей будущей профессиональной деятельности.

Помимо факторов, определяющих вектор дальнейшей профессиональной деятельности, значимую роль играют ценности будущей профессии. Действительно, ценностные ориентации выражают внутреннюю основу человека к различным сферам материального, морального, политического и духовного порядка. Студентам было предложено проранжировать ценности, которые, по их мнению, важны для выбранной ими профессии. На лидирующие позиции были выбраны: глубокие знания в области профессио-

нальной деятельности; материальные вознаграждения; возможность иметь стабильный доход; постоянное обучение, повышение квалификации; признание авторитета и уважения в глазах коллег; возможность реализовать свои гуманистические качества.

Если сравнить выбор мотивов поступления студентов и ценности выбранной профессии, то обращает на себя внимание центрированность позиции выпускников на приоритетности ценностей, выдвигаемых особенностями самой профессиональной деятельности, – это компетентность в профессии, возможность постоянного пополнения знаний, осознание стабильности выполняемой работы, что находится в русле общих компетенций, заявленных Федеральными Государственными образовательными стандартами.

Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями, брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения заданий - эти компетенции предполагают принятие и стремление выпускников быть востребованными, признанными и уважаемыми в среде коллег, пациентов и их родственников.

Не случайно в ожиданиях выпускников от будущего места работы наряду с получением заработной платы, решением жилищного вопроса, что вполне логично и обоснованно, в числе значимых факторов отмечаются возможности повышения квалификации, признание со стороны пациентов, со стороны коллег и возможность работать в сплоченной команде, продвижение по карьерной лестнице, значимость своей профессиональной роли, престижность и статус работы, её интенсивность, высокую степень ответственности и риска.

Успешность деятельности медицинского работника во многом определяется степенью его собственной ответственности, поэтому изучение этого важного профессионального параметра в динамике может свидетельствовать об успешности формирования самостоятельности и профессионального самосознания. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, принимать решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность, самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития – эти и другие компетенции требуют от наших студентов умения взять ответственность на себя, что в психологической литературе соответствует понятию зрелая личность и может быть фиксирована изучением «локуса контроля».

Локус контроля - это степень, в которой люди воспринимают свою жизнь как контролируруемую «изнутри» посредством собственных усилий и действий (интерналы) или контролируруемую «извне» случаем или внешними силами (экстерналы). Тестирование по методике «Исследование уровня субъективного контроля» (УСК) проводилось в динамике (в 2008-2009 и 2010-2011уч.г.г.). Результаты свидетельствуют об увеличении числа сту-

дентов, считающих, что их здоровье зависит от их собственных усилий (61,8% и 52,2% соответственно). Наметилась позитивная тенденция к повышению уровня интернальности по ряду областей: показатель общей интернальности (67,7% против 44,3%), интернальность в области достижений (79% против 66,4%) и неудач (52% против 35,8%), интернальность в области производственных отношений (66,8% против 39,2%), интернальность в области межличностных отношений (87,4% против 65,9%). А это значит, что число студентов, готовых работать в команде, создавать и поддерживать безопасную среду для пациента и персонала, проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, неуклонно растет.

Миссия ГБОУ СПО «Кемеровского областного медицинского колледжа» состоит в «профессиональной подготовке специалистов со средним медицинским образованием в условиях динамично меняющихся потребностей рынка труда», поэтому для коллектива значима обратная связь: то, как сами выпускники и молодые специалисты оценивают условия, способствующие формированию компетенций в процессе обучения.

Максимальное число выпускников (96 %) отмечают, что уровень их теоретической подготовки соответствует предъявляемым современной практикой требованиям; 72% положительно оценили существующую в колледже систему трудоустройства, 87% молодых специалистов место своей профессиональной деятельности нашли благодаря работе Комиссии по трудоустройству; 67% выпускников планируют прийти работать в отделения, где проходили практику. 68% студентов считает, что полученное образование даст возможность самостоятельно осуществлять профессиональную деятельность, 96% опрошенных молодых специалистов считают, что колледж подготовил их к профессиональной деятельности полностью. Высокую оценку поставили выпускники преподавателям: 79% респондентов считают уровень преподавания соответствующим современным требованиям и высоко оценивают качество проведения занятий; 76% выпускников отмечают высокий уровень требовательности преподавателей; 91% удовлетворены уровнем объективности педагогов при оценке знаний студентов.

Эти и другие исследования дают нам возможность говорить о достаточно благоприятных результатах в отношении формирования общих и профессиональных компетенций у студентов нашего колледжа. Мы понимаем, что компетентность нельзя определить через сумму знаний и умений специалиста, через его профессионально-важные свойства, поскольку она может проявиться только в определенных ситуациях. А это означает не только изменение традиционной парадигмы профессионального образования в сторону большей гибкости, мобильности, но и большую ориентацию на требования работодателя и те новые технологии, которые предстоит завтра реализовывать в практическом здравоохранении нашим сегодняшним выпускникам.

И.Н.Санникова

ЭРГОНОМИЧЕСКИЙ КОНСАЛТИНГ

*ГБОУ СПО «Кемеровский областной медицинский колледж»,
Россия*

Аннотация: Деятельность сестринского персонала, сопряжена с необходимостью поднимать, поддерживать и перемещать больных, переносить и передвигать тяжелое и громоздкое оборудование и материалы, с частыми наклонами и сгибанием туловища. Следствием этого является высокий риск развития патологии опорно-двигательной системы. В Кемеровской области реализуется проект «Создание условий безопасной больничной среды в ЛПО» разработанный преподавателями ГБОУ СПО «Кемеровский областной медицинский колледж» направленный на обучение медицинских работников правилам применения эргономических принципов и технологий в организации их работы.

I.N. Sannikova

ERGONOMIC CONSULTING

“Kemerovo Regional Medical College”, Russia

Abstract. Activity of nursing staff is associated with the need to move patients, to carry heavy and bulky equipment and materials, accompanied by frequent bending of the body. As a result, the disease of musculoskeletal system has the risk of developing. The project created by teachers of “Kemerovo Regional Medical College” and aimed at training health workers on using ergonomic principles and technologies in their work is put in practice in Kemerovo region.

В связи с возрастающей ролью современного сестринского дела как науки в системе отечественного здравоохранения, повышением образовательного уровня сестринских кадров, актуализацией вопросов качества оказания медицинской помощи, развитию сестринского дела в России уделяется особое внимание.

Процессы коренных преобразований в сестринском деле, характерные для последнего десятилетия, призваны решить многочисленные проблемы, накопившиеся в современном здравоохранении.

Данные проблемы, прежде всего, связаны с тем, что в России в течение многих лет происходило снижение престижа сестринской профессии, «размывание» профессиональных обязанностей, увеличение нагрузки и, вследствие этого, ухудшение состояния здоровья, рост травматизма и показателей инвалидности.

Работа в лечебно-профилактических учреждениях предъявляет высокие требования к физическому состоянию и выносливости медицинского

персонала, объему оперативной и долговременной памяти, способности противостоять вредным профессиональным факторам.

В медицинской литературе публикуются результаты исследований влияния нервно-эмоционального напряжения, действия химических веществ, лазерного и ионизирующего излучения на здоровье медицинского персонала и рекомендуемые меры профилактики возможных заболеваний. Причины возникновения заболеваний опорно-двигательного аппарата исследованы недостаточно, и, следовательно, не разработаны мероприятия по их предупреждению.

Одно из основных направлений национального проекта «Здоровье» - это повышение безопасности медицинских операций и манипуляций. В данном случае речь идет как о безопасности пациентов, так и о безопасности медицинских работников.

Для профилактики болезней спины медицинской сестре необходимо соблюдение принципов эргономики и использование в работе технических средств, параллельно с физическим укреплением и специальным обучением работников.

С целью сохранения здоровья сестринского персонала в течение ряда лет реализуется проект «Создание условий безопасной больничной среды в ЛПО» разработанный преподавателями ГБОУ СПО «Кемеровский областной медицинский колледж».

Задачи проекта:

- обучение специалистов сестринского дела правилам применения эргономических принципов и технологий в организации их работы и рабочей среды;

- создание постоянно действующей школы-семинара для медсестер по изучению приемов и средств перемещения пациента;

- мониторинг заболеваний опорно-двигательного аппарата у сестринского персонала;

- разработка профилактических мероприятий по предупреждению профессиональных заболеваний спины и опорно-двигательного аппарата.

Важнейшее условие достижения поставленной цели - это формирование «среды», способной принять инновационные эргономические технологии работы сестринского персонала, что обусловило поэтапную реализацию проекта по нескольким направлениям.

Подготовительный этап включал в себя исследование состояния здоровья специалистов сестринского дела и младшего медперсонала, разработку образовательных программ и их методическое обеспечение.

Известно, что деятельность сестринского персонала, сопряжена с необходимостью поднимать, поддерживать и перемещать больных, переносить и передвигать тяжелое и громоздкое оборудование и материалы, с частыми наклонами и сгибанием туловища. Отдельные виды труда требуют неудобных, нестабильных положений тела, что вызывает перенапряжение опорно-двигательного аппарата и развитие мышечно-скелетной недоста-

точности. Чрезмерный психологический стресс также оказывает свое негативное влияние на состояние опорно-двигательной системы: с одной стороны - через продолжительное, неосознанное напряжение и спазм, приводящий к мышечной усталости и предрасположенности к травме; с другой стороны - через раздражение и нетерпение, необдуманное стремление сделать работу быстрее, не дожидаясь помощи. Следствием является высокий риск развития патологии данной системы.

Анализ факторов, провоцирующих заболевания и травмы спины у сестринского персонала показал, что фактически медсестра в среднем 130 раз в смену меняет позу и от 10 до 40 раз поднимает тяжести, при этом 74,5% респондентов принимают проявление болезни, как нормальную часть их работы. Только 12% опрошенных обращались за квалифицированной медицинской помощью, поскольку медицинские сестры более чем другие профессиональные группы, склонны к самолечению и не обращаются к врачу, опираясь на собственные предполагаемые знания.

Следует заметить, что на тот период в лечебно-профилактических учреждениях отсутствовали технические средства для перемещения пациента. Вместе с тем, 14,8% респондентов (из них 3,5% - молодые специалисты) были знакомы с возможными средствами малой механизации из курса «Медицинская эргономика». Это позволило сделать следующие выводы: у основной части медицинского персонала занижена оценка риска получения травм и профзаболеваний; недостаточны знания правил биомеханики и эргономики у медработников; практикующие медсестры психологически не готовы к использованию средств малой механизации в работе. При этом результаты исследования доводились до руководства лечебно-профилактических организаций, что позволило привлечь внимание к данной проблеме.

В связи с тем, что отмечается значительный дефицит специальной литературы по эргономике, преподавателями колледжа было разработано полное учебно-методическое обеспечение проекта «Безопасная больничная среда», которое неоднократно было отмечено практикующими специалистами, экспертными советами, как инновационный продукт, имеющий важное прикладное значение.

Среди разработок преподавателей ГБОУ СПО «Кемеровский областной медицинский колледж»:

– учебное пособие «Сестринский уход. Перемещение больных» (2006 год, издано журналом «Сестринское дело» в приложении «В помощь практикующей медицинской сестре»);

– учебно-методическое пособие «Безопасная биомеханика тела пациента и медсестры» (международная выставка-ярмарка «Мединтекс», 2005 год, диплом II степени);

– инновационный проект «Эргономика перемещения пациента» (2005 год, отмечен благодарственным письмом Администрации Кемеровской области);

– учебно-методическая разработка «Эргономика перемещения пациента» (в 2006 году награждена бронзовой медалью на Кузбасской ярмарке);

– видеофильм «Применение средств для перемещения пациента» (28-30 марта 2011 года, Международный конгресс «Сестринское дело в России: образование, практика, наука», Санкт-Петербург, I место в конкурсе «лучший учебный фильм»).

Преподаватели колледжа проводят обучение эргономическим навыкам студентов базового и повышенного уровней образования. На базе научно-методического консультативного центра организован постоянно действующий семинар «Эргономика перемещения пациента». На базах лечебно-профилактических организаций проводятся тренинги, конференции, направленные на изменение уровня знаний и практических умений медицинских работников в области эргономических и биомеханических подходов к перемещению тяжестей.

Обучение проводится с использованием современных средств для демонстрации и отработки практических навыков, для чего колледжем приобретены веревочные лестницы, изислайды, минислайды, удерживающие пояса, флекси-диски. Использование авторских видеофильмов, презентационных материалов, мастер-классов-тренингов, индивидуальное консультирование делают процесс обучения специалистов в области эргономики не только действенным, но и является мощным эффективным мотивационным стимулом для медсестер к использованию в работе принципов и методов формирования безопасной больничной среды.

Работа по обучению теории и практики медицинской эргономики и методам профилактики болей спины в рамках проекта «Создание условий безопасной больничной среды в ЛПО» успешно продолжается.

Практический этап проекта реализован в нескольких лечебно-профилактических учреждениях, где по инициативе главных медсестер созданы условия для организации эргономичного пространства работы персонала; проводится работа по постепенному оснащению средствами малой механизации и оборудованием, по эргономичному размещению оборудования: приобретаются новые кровати и каталки с регулировкой по высоте, осуществляется перестановка мебели, в палатах устанавливаются стулья для медсестер, чтобы они могли общаться с лежащими пациентами не наклоняясь.

Творческое взаимодействие заинтересованных специалистов лечебно-профилактических организаций и педагогического коллектива колледжа в Кузбассе, изменило отношение медицинской общественности к вопросам здоровьесбережения персонала. Управление здравоохранения администрации г. Кемерово финансирует в течение 2012 года циклы обучения «Физиология труда и основы эргономики перемещения пациента», которые пользуются спросом не только у специалистов сестринского дела, но и у врачей и младшего медицинского персонала.

А.Ю. Сенченко, Е.А. Юрьева, О.В. Ткаченко, В.В. Дементьев
**СИСТЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА: ПРОБЛЕМЫ И
ПЕРСПЕКТИВЫ**

*Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия*

Аннотация. В статье представлены основные проблемы и перспективы развития системы профессионального образования специалистов сестринского дела. Описываются особенности подготовки управленческих кадров этой области и возможности перехода на уровневую систему обучения, которая даст существенный толчок в развитии карьеры средних медицинских работников, будет способствовать повышению престижности сестринского дела.

A.Y. Senchenko., E.A. Yurieva, O.V. Tkachenko, V.V.Dementyev
**SYSTEM OF PROFESSIONAL EDUCATION OF NURSES:
PROBLEMS AND PROSPECTS**

*Krasnoyarsk state medical University named after prof. Voyno-
Yasenetsky, Russia*

Abstract. This article presents the main problems and prospects of development of the system of professional education of nurses. Describes the features of management training and the possibility of a tiered system of training which would give a significant boost to the career development of nurses, will enhance the prestige of nursing.

Уже более 20 лет в нашей стране ведется подготовка специалистов с высшим профессиональным образованием в области сестринского дела. Однако вопрос о трудоустройстве выпускников с квалификацией «менеджер» остается весьма актуальным. Это во многом обусловлено следующими факторами:

- искомые управленческие должности («старшие» и «главные» медицинские сестры) не относятся к разряду вакантных,
- сохраняется ситуация «служебного» недоверия к выпускникам-менеджерам как к профессиональным руководителям сестринского звена в учреждениях здравоохранения.

Как следствие, подавляющее большинство выпускников продолжает работать на прежних должностях рядовыми медицинскими сестрами, часть - переходит в коммерческий сектор (и это не всегда медицинский и фармацевтический) для реализации своего потенциала, небольшая доля специалистов работают преподавателями в учреждениях среднего и высшего ме-

дицинского профессионального образования. Такое положение дел привело к тому, что выпускники зачастую не имеют возможности реализовать себя в полной мере, а возможность развития ими вертикальной карьеры ставится под большое сомнение.

В этой связи встает вопрос о тех возможностях, которые могут реализовать факультеты медицинских ВУЗов, специализирующиеся в подготовке студентов с высшим сестринским образованием в плане обучения и построения карьеры своих выпускников. Эти возможности в основном уже определены федеральными законами в сфере образования.

В соответствии с п.п. 4, 5 ст. 9 Закона «Об образовании» система подготовки специалистов с высшим сестринским образованием относится к основной образовательной программе, которая направлена на решение задач последовательного повышения профессионального и образовательного уровней, подготовку специалистов соответствующей квалификации.

Таким образом, пройдя этап четырехгодичного обучения и получив диплом со степенью «специалист» (менеджер), выпускники с высшим сестринским образованием в соответствии с государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования (ГОС ВПО) по специальности «сестринское дело» (квалификации – менеджер) имеют право занимать ряд руководящих должностей (директор дома сестринского ухода, хосписа; молочной кухни; заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом; главная медицинская сестра (акушерка), заведующий отделением сестринского ухода, заведующий организационно-методическим отделом; заведующий отделом медицинской статистики; руководители и специалисты центров профилактики, специализированных школ (астма-школ, диабета и др.), специалисты центров (отделений) общей врачебной практики; менеджеры по организации внебюджетной деятельности).

Данные виды должностей указаны и в основных регламентирующих профессиональный допуск документах: приказы Минздравсоцразвития России «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» № 415-н от 07.07.2009г. и «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих в сфере здравоохранения» № 541-н от 23.07.2010г. Однако при сопоставлении образовательного и профессионального стандартов возникает пресловутая проблема реализации карьеры для медицинских сестер–руководителей.

Так, чтобы получить профессиональный допуск к руководящей должности в области сестринского дела, помимо соответствующей квалификации, необходимо:

- высшее профессиональное образование по специальности;
- специализация в системе послевузовского обучения (интернатура, ординатура);

— наличие профессионального стажа по специальности (от 5 лет).

Или:

— среднее профессиональное образование по специальности;

— специализация в системе непрерывного профессионального образования (специализация);

— наличие профессионального стажа по специальности (от 10 лет).

Соответственно возникают вопросы:

1) каким образом лишние 5 лет профессионального стажа по специальности «Сестринское дело» уровня среднего медицинского работника приравнены к сроку реализации основной образовательной программы в ВУЗе?

2) как прописать механизм соответствия профессионального и образовательного стандартов, чтобы 5 лет непрерывной профессиональной деятельности сестры-руководителя могли бы быть приравнены к требуемому сроку обучения в вузе?

Кроме того, учитывая вышесказанное, карьерное пространство медицинской сестры руководителя не может быть представлено на сегодняшний момент в виде «прямой» линии, так как бинарность квалификационных требований и одновременное существование «старых» и «новых» образовательных стандартов привело к существенному искажению самого понятия карьера, как системы служебно-профессионального продвижения работника, что позволяет говорить о реальных затруднениях специалиста с высшим сестринским образованием с определением мотивации в профессиональном, личностном и служебном росте, а также проявлении дополнительных проблемных зон в нормативном обеспечении непрерывного кадрового совершенствования отрасли.

Утвержденный приказом Минобрнауки России от 17.01.2011г. № 57 Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) направления подготовки «Сестринское дело» (квалификация – бакалавр) частично дает ответ на поставленные выше вопросы: образовательные учреждения наделяются большей свободой при определении содержательной части образования, в том числе и за счет прямого взаимодействия с работодателями. Это в свою очередь полностью укладывается в рамочную структуру профессионального стандарта, определяющего функциональные связи всех участников профессионального сообщества.

Для решения указанных проблем считаем целесообразным применение принципов формирования «ступенчатой» карьеры, которая осуществляется посредством чередования вертикального роста с горизонтальным (расширение функционала = рост должности). В таком случае это очевидно изменит и упорядочит карьерное пространство специалистов сестринского дела.

Реализация данной схемы возможна на наш взгляд при соблюдении следующих условий:

— содержание образовательной программы должно соответствовать описанию профессиональной деятельности;

— конкретные дидактические единицы должны соответствовать конкретным трудовым функциям и объемам труда;

— номенклатура должностей руководителей сестринской службы должна соответствовать потребностям рынка труда и отрасли здравоохранения;

— образовательные и профессиональные стандарты должны соотноситься по уровням мастерства специалистов;

— основная образовательная программа должна быть едина для специальности с определением уровней мастерства, а не количества дипломов.

Необходимо отметить, что введенный ФГОС ВПО направления подготовки «Сестринское дело» (квалификация – бакалавр) на этапе 2 уровня позволяет соблюсти указанные выше условия, благодаря достаточной академической свободе при формировании основной образовательной программы специальности. Пунктом 4 ст. 6 закона «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» установлено, что сроки освоения основных образовательных программ высшего профессионального образования составляют для получения квалификации (степени) «бакалавр» - 4 года, квалификации (степени) «магистр» не менее чем шесть лет (суммарно по всем уровням). На программы бакалавриата данного направления подготовки принимаются лица, уже имеющие среднее специальное медицинское образование, что позволяет получать высшее профессиональное образование по сокращенным и ускоренным программам.

Такое обучение может проводиться как в рамках освоенной специальности, так и по типу профессиональной переподготовки. В соответствии с российским законодательством и с учетом требований уровневого образования бакалаврам сестринского дела должна быть предоставлена возможность продолжения обучения для освоения 3 уровня: 1 год - для прохождения интернатуры по специальности «Управление сестринской деятельностью» или получения специализации по программам профессиональной подготовки по смежным специальностям, которые могут быть востребованы медицинскими организациями (например, магистерские программы по экономике и управлению, маркетингу и др.).

Другим направлением может стать и двухгодичная подготовка для получения квалификации «магистр», которая бы априорно могла бы содержать и годичную программу специализации (интернатуры). Однако ФГОС ВПО степени «магистр сестринского дела» в настоящее время находится в стадии разработки. Следующим этапом развития образовательной карьеры может стать аспирантура, которая развивает потребность в научно-исследовательской деятельности, не предусмотренной стандартом бакалавра.

Таким образом, предлагаемый порядок уровневой системы подготовки специалистов сестринского дела даст существенный толчок в развитии

карьеры средних медицинских работников, будет способствовать повышению престижности сестринского дела, а ЛПУ получают специалистов, подготовленных с учетом специфики и потребностей отрасли и региона.

А.К. Тургамбаева, А.К. Альмадиева

РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА ОБРАЗОВАНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

АО «Медицинский университет Астана», Казахстан

Аннотация. Анализ полученных результатов позволяет отметить значимость рейтинговых систем в условиях рыночной экономики. Разработаны рекомендации по совершенствованию образовательной деятельности медицинских колледжей, цель которых сохранить и укрепить позиции колледжей как центров среднего – профессионального образования, повышения квалификации и переподготовки специалистов сестринского дела:

A. Turgambayeva, A. Almadieva

RATING SYSTEM OF EDUCATION NURSING

JSC «Astana Medical University», Kazakhstan

Abstract. Analysis of the results emphasize the importance of rating systems in a market economy. We have developed recommendations to improve the education of medical colleges, aimed to maintain and strengthen its position as centers of secondary colleges - vocational education, training and re-training of nursing.

Введение. Качественное образование является одним из приоритетов любого государства, и, Республика Казахстан (РК), как страна стремящаяся выйти на международный уровень поставщиков и потребителей образовательных услуг, не является исключением. За последнее десятилетие были предприняты усилия по реформированию медсестринского и высшего медицинского образования. Формируемая в стране, многоуровневая система подготовки специалистов сестринского и врачебного дела, создает реальную преемственность знаний и навыков согласно уровню самого процесса обучения.

На сегодняшний день, рейтинг способствует поддержанию и росту престижа вуза, но если вуз тратит ограниченные ресурсы только на поддержку своего престижа, то основному потребителю рейтинговой информации – студенту необходимо выбирать более подходящие вузы. Одним из основных преимуществ рейтинга является регулярность его составления, при этом важную роль играет точное воспроизведение методики.

Ранжирование вузов и образовательных программ – явление глобального характера, при условии правильного понимания и интерпретации, оно вносят вклад в определение понятия «качества» вуза в своих странах, дополняя многогранную деятельность, осуществляемую общественными и независимыми аккредитованными организациями в области экспертизы и оценки качества. Учитывая эту тенденцию, важно, чтобы организации, разрабатывающие рейтинговые позиции, отвечали за качество своих данных, методологию и распространение информации.

В Казахстане рейтинг впервые был проведен в 2006 году и только среди 90 высших учебных заведений страны из 160 имеющихся. Разработка рейтинга медицинских колледжей - новое направление для нашей страны: такой инновационный подход позволит вывести их на более высокий уровень, ускорит процессы конкуренции между собой и позволит внедрить новейшие международные стандарты образования в процессах. В РК необходимо создать первоначальную основу для рейтинга и ранжирования, привлечь к активному участию общественность страны, объяснить людям истинное предназначение рейтинга и, лишь, затем проводить ранжирование учебных заведений.

Результаты нашего исследования, полученные в ходе проведения социологического опроса на предмет удовлетворенности качеством и количеством предоставляемых образовательных услуг учащихся первых курсов и преподавателей двух медицинских колледжей страны, можно отобразить следующим образом (рис.1): в обоих колледжах преобладающее большинство поступивших целенаправленно получают профессию медицинского работника, что составляет более половины из всех опрошенных.

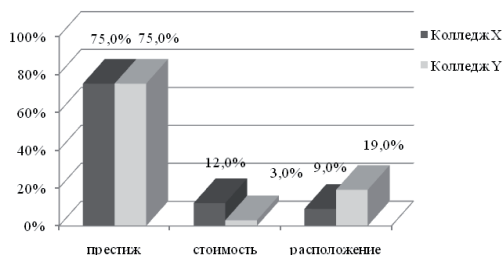


Рисунок 1. Критерии выбора среди учащихся медицинских колледжей.

Как видно из рис.1 значимые различия между учащимися различных образовательных учреждений ($\chi^2 = 2.984$, число степеней свободы = 3; $P = 0.535$); учащиеся обоих колледжей руководствовались критерием престижа при поступлении (75 %), гораздо меньшее количество стоимостью (12%) и расположением (19%). Данный признак статистически значим ($\chi^2 = 14.069$, число степеней свободы = 7; $P = 0.004$). Данный факт свидетельствует о мотивированном и целенаправленном выборе и четком представлении своего будущего молодыми людьми. Средний возраст опрошенных учащихся

в колледже X составил 17,64 лет, СОС = ± 1,23, в колледже Y – 17,62 лет, СОС = ± 1,56, что говорит об идентичных условиях в разных колледжах, расположенных удаленно друг от друга; большая часть учащихся обеих колледжей, поступивших с целью получения профессии медицинского работника, в будущем планируют продолжить медицинское образование (56% и 63%).

Зависимость целенаправленного выбора и планирования на будущее существенна, выявлена прямая сильная корреляционная связь между этими признаками ($r = 0.9951$; $t = 14.2$; степени свободы = 2; $P = 0.00492$). Чем выше преподавательский стаж, тем позитивнее отношение к рабочей обстановке ($r = 0.9765$; $t = 6.403$; степени свободы = 2; $P = 0.02353$). Но в колледже X (рис.2) заметно отличие в графе стаж более 11 лет, это может быть обусловлено сменой преподавательских кадров, что более 11 лет в этом колледже преподают небольшое количество специалистов. Цифры даны в абсолютных значениях, была установлена прямая сильная корреляционная связь ($r = 0.9754$; $t = 6.255$; степени свободы = 2; $P = 0.02462$).

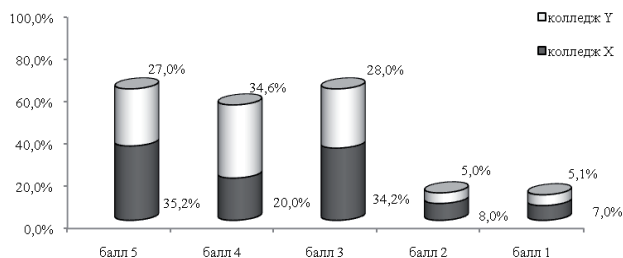


Рисунок 2. Удовлетворенность преподавателей по пятибалльной шкале возможностью профессионального роста.

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет сделать следующие *выводы*:

абитуриенты при выборе учебного заведения руководствуются критерием статуса учебного заведения, его престижем; абитуриенты при поступлении целенаправленно выбирают медицинские колледжи, чтобы получить медицинское образование и профессию медицинского работника; большая часть опрошенных учащихся обеих колледжей удовлетворена условиями обучения и учебным процессом; внедрение интернета, как неотъемлемая часть качественного обучения, в обоих колледжах находится на начальном уровне, так как возможность свободного пользования интернет - ресурсами имеют не все учащиеся. Считаем это недостатком государственной системы образования в целом и недостатком экономических средств, нельзя скрыть тот факт, что на сегодняшний день интернет в РК все же является дорогостоящей услугой для социально защищаемых слоев населения (учащиеся колледжей, студенты); преподаватели колледжей предпочтение отдают критериям «достойная оплата» и «стабильность», а

также реализации «педагогического призвания»; критерий удовлетворенности коллективом и рабочим местом выбрали более половины опрошенных респондентов, но материально-техническое оснащение и библиотечный фонд, по мнению педагогов, необходимо улучшить.

В рекомендациях исследования было указано использование Берлинских принципов ранжирования в разработке рейтингов, являющихся своеобразным кодексом для разработки рейтингов и рейтинговых таблиц во всем мире. Следовать этим принципам необходимо всегда, но следовать им в условиях, не соответствующих их сути, невозможно. Во-первых, потому, что они были разработаны в тех социально-экономических средах, где понятия здоровая конкуренция и качество продукции взаимосвязаны. Во-вторых, отсутствие конкурентоспособной среды. Нет соответствующего шаблона, эталона, с чем можно сравнить. Это проблема частных колледжей, которые предпочли не участвовать в нашем исследовании. В-третьих, отсутствует опыт ранжирования на чем-нибудь менее значимом, не таком крупномасштабном, как ранжирование и рейтинг вузов. Необходимы частота и простота методик ранжирования, чем чаще и вариативнее будут рейтинги, тем больше приобретается опыт в ранжировании.

Таким образом, согласно результатам исследования необходимо отметить значимость рейтинговых систем в условиях рыночной экономики. Нами разработаны рекомендации по совершенствованию образовательной деятельности медицинских колледжей, цель которых сохранить и укрепить позиции колледжей как центров среднего – профессионального образования, повышения квалификации и переподготовки специалистов сестринского дела: необходимо создание эффективной среды маркетинговых исследований в системе образования РК; создание среды и базы для развития рейтинговых систем и конкурентоспособности колледжей; усиление формирования личности с рыночными социально - психологическими установками, способность к деловой активности, работе в коллективе, принятию самостоятельных решений и формирование контингента поступающих абитуриентов в медицинские колледжи с начальным уровнем психологической подготовки для дальнейшей работы с пациентами.

Л.П. Хомутишникова

ВАЖНОСТЬ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ

МБУЗ «Детская городская поликлиника №1», г. Новосибирск, Россия

Аннотация. Данная статья посвящена важности сестринского ухода за тяжелобольными, роли сестринского персонала в хосписе и организации паллиативной помощи в России. В статье отмечены цели паллиатив-

ной и хосписной помощи и ряд недостатков в российской системе здравоохранения в вопросах осуществления улучшения качества жизни людей, страдающих неизлечимыми заболеваниями в сравнении с примерами других стран. Автор указывает на то, чтобы российское общество, включая профессионалов-медиков и волонтеров, постигло философию хосписа, на необходимость создания в России системы, состоящей из различных форм учреждений, среди которых должны быть: стационарные отделения, отделения помощи на дому и консультативные службы, на важности осуществления изменений в сестринском деле.

L.P. Homutinnikova

IMPORTANCE OF SISTERLY CARE OF SERIOUSLY SICK

MBUZ «Children's Polyclinic № 1, Novosibirsk, Russia

Abstract. This article is sanctified to importance of sisterly care of seriously sick, role of sisterly personnel in хосписе and organization of palliative help in Russia. In the article marked to the aim of palliative and хосписной help and row of defects in the Russian system of health protection in the questions of realization of improvement of quality of life of people, suffering incurable diseases by comparison to the examples of other countries. An author specifies on that Russian society, including professionals-physicians and volunteers, grasped philosophy of хосписа, on the necessity of creation for Russia of the system, consisting of different forms of establishments among that must be, : stationary separations, separations of help at home and consultative services, on importance of realization of changes on sisterly business.

Главное назначение сестринского дела заключается в оказании помощи пациенту. Дело выхаживания больных и страждущих, пройдя через разные этапы развития подвижничества, стало профессией. В развитии сестринского дела в странах Европы в XIX веке большую роль сыграла деятельность выдающейся личности, англичанки Флоренс Найтингейл, которая предложила реформы в области профессиональной подготовки сестер, их деятельности, управления сестринскими службами на основе применения специально разработанных ею научных методов, что оказало определяющее влияние на развитие сестринского дела во всем мире в последующие периоды. Укреплению социального и профессионального статуса сестры в значительной мере способствовало также создание с конца XIX века национальных и международных сестринских ассоциаций, обществ и союзов.

В связи с изменениями в системе современного здравоохранения, изменяется и понимание роли медицинской сестры, ее статуса в обществе. В настоящее время сестринское образование шагнуло на новую ступень развития. Введены новые уровни сестринского образования. С 1991 года наряду с медицинскими училищами возникли медицинские колледжи и пер-

вые факультеты высшего сестринского образования в медицинских вузах. В 1994г. создана Ассоциация медицинских сестер России, принимающая активное участие в работе Международного Совета сестер.

В России онкологические заболевания занимают второе место среди причин смертности после сердечно-сосудистых заболеваний. Снижение уровня смертности и улучшение качества жизни онкологических больных входят в список приоритетных задач российского здравоохранения. Для их решения принимаются комплексные меры по повышению доступности лечения, расширению профилактических и скрининговых мероприятий, а также совершенствованию системы подготовки медицинских специалистов. Однако по-прежнему мало внимания уделяется роли среднего медицинского персонала в терапии и уходе за онкологическими больными. В обществе остается недооцененной уникальная роль медицинских сестер, которую они играют в лечении и заботе об онкологических и других неизлечимых больных, помощи и поддержке их семей. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2010 году смертность от онкологических заболеваний составила 13,8% в структуре смертности, что, как и в странах Европы, является второй ведущей причиной смертности после сердечнососудистых заболеваний.

В 2012г. Фондом «Бристол-Майерс Сквибб» (США) признана наиболее важная роль медицинских сестер в оказании медицинской помощи при онкологических заболеваниях.

«В России все еще существует ограниченное понимание важности сестринского ухода как одного из важнейших компонентов в успешном подходе к эффективному лечению и поддержке онкологических больных, нет специального образования для сестер онкологического профиля, как это существует в других странах», – сказал Крис Стайнен, генеральный директор компании «Бристол-Майерс Сквибб» в России.

Компания «Бристол-Майерс Сквибб» стремится взаимодействовать с медицинским сообществом, общественными организациями и государственными учреждениями в целях повышения качества сестринского ухода в онкологии. С помощью проектов, получающих грантовое финансирование в рамках программы Bridging Cancer Care Фонда «Бристол-Майерс Сквибб», компания старается усилить роль среднего медицинского персонала в уходе за онкологическими больными, а также расширить осведомленность общества о мерах по снижению риска возникновения онкологических заболеваний.

Ежегодно в мире от рака умирают 6 млн. людей, регистрируется более 10 млн. новых случаев заболевания. Ожидается, что число ежегодных новых случаев возрастет к 2020 году до 15 млн. Мы все хотим, чтобы наша жизнь и жизнь тех, кого мы любим, заканчивалась мирно и спокойно. Это заветное желание каждого нормального человека вне зависимости от возраста, доходов и социального положения, вероисповедания и профессии. Миллионы людей с диагнозом неизлечимой болезни, и прежде всего в кон-

це своей жизни, испытывают боль и страдания, которые в большинстве случаев возможно было бы предотвратить, если бы им была доступна паллиативная помощь.

Как это ни прискорбно, но проблема ухода за тяжело больным родственником рано или поздно может коснуться каждого. По статистике Всемирной Организации Здравоохранения 10-12 человек (семья, соседи, друзья коллеги по работе) оказываются травмированными в результате тяжелой болезни одного близкого человека.

Целью паллиативной и хосписной помощи является улучшение качества жизни людей, страдающих уносящими жизнь неизлечимыми заболеваниями (такими как рак, СПИД и др.), предупреждение и облегчение их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

В некоторых странах имеет место строгое разграничение хосписной и паллиативной помощи, в то время как в ряде других стран эти термины используются как синонимы. В Германии службы паллиативной помощи на дому сосредоточены на оказании сестринского ухода, в то время как хосписы на дому существуют для психосоциальной поддержки, которая предоставляется волонтерами. Специалистами паллиативной помощи в Европейских странах признаны некоторые общие ценности – это уважение автономии и достоинства пациента, необходимость индивидуального планирования и принятия решений, а также холистический подход. Объем и характер помощи определяется главной целью - улучшение качества жизни пациента в соответствии с его представлениями и пожеланиями.

В целях сохранения и укрепления здоровья населения необходимо формирование здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи, кроме того развитие и усовершенствование сестринского дела и сестринского ухода.

В современной системе здравоохранения сестринское дело остается важнейшей составной частью, располагающей значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения ожидаемых потребностей общества в услугах системы здравоохранения.

В системе здравоохранения работает более 1 336,1 тыс. специалистов со средним медицинским образованием. Укомплектованность сестринским персоналом составляет 69,7%. Показатель обеспеченности средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения составляет 94,9. Соотношение врач – средний медицинский персонал составляет 1:2,2.

Данное соотношение в нашей стране значительно ниже, чем в большинстве развитых стран мира, что вызывает дисбаланс в системе оказания медицинской помощи, ограничивает возможности развития служб долечивания, патронажа, реабилитации. Кроме того, наблюдается существенная диспропорция в распределении сестринских кадров, в частности, острая нехватка их в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Для оказания эффективной помощи умирающим, сестринскому персоналу очень важно соблюдать профессиональные стандарты медицинской помощи: обезболивание, психологическая поддержка и т.д. Однако, может быть, еще важнее, чтобы современное общество, включая профессионалов-медиков и волонтеров, постигло философию хосписа: это не просто специализированная больница, но во многом последний приют, добрый дом для больных.

С 1997г. в России существует хоспис и паллиативная помощь. Но особенно в нашей стране хоспис не может быть полноценным без добровольцев, которые нужны хоспису как дополнительные руки и являются отличным способом распространения информации. Потому что на сегодняшний день хоспис для большинства - это что-то новое, чужеродное. А для того, чтобы хосписы не только стали чем-то каждодневным, были приняты как нечто очень полезное, нужное, как источник добра - необходимо распространять о них адекватную информацию. К сожалению, пока у нашего государства нет никаких механизмов, стимулирующих развитие добровольческого движения.

Для удовлетворения всех потребностей пациентов и использования всех возможностей лечения должна быть создана система, состоящая из различных форм учреждений, среди которых должны быть: стационарные отделения, отделения помощи на дому и консультативные службы. Если такая система будет создана, пациенты смогут получать помощь в нужное время, в нужном месте, и в соответствии со своими потребностями.

Сестринский персонал играет чрезвычайно важную роль в организации паллиативной помощи, распространении информации, консультировании и обучении пациента и его семьи, наблюдении и оценке результатов борьбы с болевыми и другими проявлениями болезни, а также отвечает за продолжение той же помощи, что оказывалось в больнице.

Для работы в хосписе необходим специальный отбор, обучение и психологическая поддержка сотрудника, выполняющего столь эмоционально трудную задачу. Проблемы паллиативной помощи, как гуманистического направления современной системы здравоохранения, необходимо включить в базовые программы профессионального сестринского образования, поскольку оно требует более высокого уровня медико-социальной помощи больным.

Изменения в сестринском деле возможны при условии адекватной подготовки персонала и в первую очередь сестер - менеджеров, способных к эффективной деятельности, принятию рациональных решений и правильному управлению медицинскими ресурсами. Только в этом случае медицинские сестры повысят свой социальный статус и авторитет в обществе, будут располагать необходимыми профессиональными как клиническими, так и управленческими знаниями.

СОДЕРЖАНИЕ

ИННОВАЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДОРОВЬЕ

<i>А.Е. Агапитов, Э.А. Агапитов, Н. А. Фомина</i> ОПЫТ ВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА ДОКЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ.....	4
<i>Н.Н. Болтенко</i> ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ НОВОСИБИРСКЕ.....	8
<i>Ю. И. Бравве, Т. К. Федорова, С. А. Песков, Н. Н. Величина, А.Б. Масленников</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КРУПНОГО РЕГИОНАЛЬНОГО КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НА ОСНОВЕ МОДЕР- НИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	12
<i>А.Е. Власенко, Н.М. Жилина, Г.И. Чеченин</i> ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ DATA MINING В АНАЛИЗЕ ИНВАЛИДИЗА- ЦИИ НАСЕЛЕНИЯ г. НОВОКУЗНЕЦКА.....	16
<i>О.В. Воронюк, А.В. Шульмин, И.Л. Аршукова, В.В. Козлов</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО УЧАСТКА ПУТЕМ ИЗМЕНЕНИЯ БАЛАНСА ТРУДОВЫХ ОПЕРАЦИЙ МЕЖДУ ВРАЧЕБНЫМ И СРЕДНИМ ПЕРСОНАЛОМ.....	22
<i>Н.В. Гуляевская</i> БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ В ПСИХИАТРИИ: ПРОБЛЕМЫ ПРИВ- ЛЕЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	24
<i>Ю.Ю. Дорофеев, В.Б. Колядо, Е.В. Колядо, В.А. Лещенко</i> МОНИТОРИНГ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	28
<i>А.А. Дубицкий</i> О НЕКОТОРЫХ ИНТЕРПРЕТАЦИЯХ ТЕРМИНА «ОБЩЕСТВЕННОЕ З ДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ».....	30
<i>А.А. Дубицкий, А.К. Тургамбаева, Н.Т. Ашимов</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛЕДОВА- НИЮ И ДИНАМИЧЕСКОМУ НАБЛЮДЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ.....	34
<i>Р.А. Еркебай</i> НОВЫЙ СТАНДАРТ ПОДГОТОВКИ БАКАЛАВРОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	37

<i>Р.А. Еркебай</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРА- НЕНИЯ XXI ВЕКА.....	44
<i>Р.А. Еркебай, Р.Ж. Муканова</i> НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ БАКАЛАВРОВ ПО СПЕЦИАЛЬ- НОСТИ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»	49
<i>Г.А. Жаксылыкова, А.К. Тургамбаева</i>	54
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОЧНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ В МЕ- ДИЦИНСКОМ ВУЗе	54
<i>Е.Л. Жиленко, Н.И. Гомерова, М.Л. Фомичева, А.А. Львов</i> ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕ- ЛЕЙ МЕГАПОЛИСА В РАМКАХ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА «ЗДРО- ВЫЕ ГОРОДА».....	58
<i>В.В. Захаренков, А.М. Олещенко, Д.В. Суржиков, И.П. Данилов, В.В. Кислицына, Т.Г. Корсакова</i> НОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬ- НОГО РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ.....	62
<i>Ж.С. Калел</i> АКАДЕМИЧЕСКАЯ МОБИЛЬНОСТЬ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТА.....	66
<i>А.В. Калининченко, С.В. Астраков, В.А. Борцов, А.А. Кайгородов, С.В. Тогобицкая</i> ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИ- ЗАЦИИ ОБЛАСТНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ИСКИТИМ- СКОЙ ЦГБ.....	68
<i>А.В. Калининченко, С.В. Астраков, В.Е. Шибанов, А.В. Карпов, А.А. Кайгородов, С.В. Тогобицкая</i> СТРАТЕГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ИНФОРМАТИЗАЦИИ МНОГОПРОФИЛЬ- НОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	73
<i>А.В. Калининченко, Я.В. Зулин, В.А. Борцов</i> ФОРМИРОВАНИЕ ФИЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИ- НИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ КАК ЭЛЕМЕНТ СТРАТЕГИИ ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	76
<i>В. Ф.Капитонов, М.Н. Старцев</i> МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН В ПОСТ- РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕС- КОЙ ПОМОЩИ	80

<i>В.Ф. Капитонов, Е.Ю. Роговенко, С.Ю. Ли-Ги-Ру.</i> ЗДОРОВЬЕ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ВОСПРОИЗВОДСТВО НАСЕЛЕНИЯ	84
<i>В.Ф.Капитонов, А.С. Виткин.</i> РИСК РАЗВИТИЯ КАРИЕСА И ЕГО РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОЛНЫХ СЕМЕЙ	87
<i>И.А. Кирилова, М.А. Садовой, В.Т. Подорожная</i> ПРОДВИЖЕНИЕ ИННОВАЦИЙ НА ПРИМЕРЕ ЛАБОРАТОРИИ ЗАГОТОВКИ И КОНСЕРВАЦИИ ТКАНЕЙ НОВОСИБИРСКОГО НИИ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ	91
<i>В.Б. Колядо, Ю.Ю. Дорофеев, Е.В. Колядо, В.А. Леценко</i> ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ	93
<i>Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.А. Наркевич</i> ДИАСКИНТЕСТ - ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	97
<i>Л.П. Корняшева, В.М. Чернышев, Е.Л. Потеряева, О.В. Стрельченко</i> НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНЕМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В УСЛОВИЯХ ЗДРАВПУНКТА ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ	102
<i>А.В. Кривошеев, Т.А. Абсава, А.О. Петрич</i> ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ	104
<i>А.В. Кулагин, Н.Н. Богдан</i> ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	107
<i>А.В. Лифанов, С.А. Лифанова</i> ФОРМИРОВАНИЕ ЛОЯЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, КАК СРЕДСТВО ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ВЫСОКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ	113
<i>А.А. Львов, Н.И. Гомерова, Е.Л. Жиленко, А.А. Бирченко, Т.П. Букина</i> НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА	116
<i>С.И. Макогон</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ПОСТУПАЮЩИХ НА СЛУЖБУ В ОРГАНЫ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ	120
<i>А.Г. Мураховский, А.И. Бабенко, Е.А. Татаурова</i> АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕБНЫХ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ	

ПРОЦЕССОВ ПРИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ.....	122
<i>К.И. Поляков</i>	
СИСТЕМА АКТИВНОГО МОНИТОРИНГА НЕ ВЫЯВЛЕННЫХ НА ФАЗЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.....	126
<i>И.А. Полянская, Т.А. Штернис</i>	
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	128
<i>М.М. Садовая</i>	
ФОРМИРОВАНИЕ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (МЕДИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА).....	132
<i>М.А. Садовой, Е.В. Мамонова, Л.С. Шалыгина</i>	
НАУКА И ИННОВАЦИИ КАК ОСНОВНОЙ ЭЛЕМЕНТ ДЛЯ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ.....	136
<i>Д.А. Севостьянов</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ИННОВАЦИЙ ПОСРЕДСТВОМ ИНВЕРСИВНОГО АНАЛИЗА.....	140
<i>В.С. Старых</i>	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА УЧРЕЖДЕНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ИННОВАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ.....	144
<i>И.А. Титов, Г.И. Чеченин, Н.М. Жилина</i>	
ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА СИСТЕМ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ.....	148
<i>Н.Л. Труфанова</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	153
<i>А.К. Тургамбаева</i>	
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.....	157
<i>О.В. Филатова, Е.А. Финченко</i>	
ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КЛАСТЕРА В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	159
<i>Г.Н. Царик, А.С. Сергеев, В.К. Цой, В.М. Ивойлов</i>	
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	162

<i>И.А. Цыцорина, Т.А. Мыльникова, Л.С. Шалыгина, Е.А. Финченко</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТИЗМА, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	167
<i>Т.И. Чебакова, И.В. Кришталь, И.Н. Чебаков</i> ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ В ДИНАМИКЕ ЗА 45 ЛЕТ	172
<i>Г.И. Чеченин, Е.В. Клементьева</i> ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ – ПРИОРИТЕТНОЕ И РЕЗУЛЬТАТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	177
<i>Е.Г. Шведов, Ю.И. Бравве, А.И. Бабенко</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАН, ПОДЛЕЖАЩИХ ПРИЗЫВУ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	181
<i>В.Е. Шибанов, С.В. Астраков, О.В. Алешко, А.В. Карпов, М.Ю. Романенко, А.В. Голубков, С.В. Тогобицкая</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДОСТУПНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА НА ОСНОВЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	184

НОВЫЕ СТРАТЕГИИ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

<i>Т.А. Аверьянова</i> УПРАВЛЕНИЕ КАДРОВЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	189
<i>Е.Е. Амангелдиев, Р.Р. Аубакиров</i> ФОРМУЛЯРНАЯ СИСТЕМА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН, КАК ИННОВАЦИОННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	192
<i>С.В. Домахина</i> УСЛОВИЯ И ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВЕННОГО И КАЧЕСТВЕННОГО КАДРОВОГО БАЛАНСА СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	196
<i>М.А. Колесникова, А.О. Диреев, А.М. Новиков</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО КАДРОВОГО АГЕНТСТВА НА ПРИМЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФСОЮЗНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ НГМУ	200

И.В. Пачгин, И.А. Друшляк
ОБ ОПЫТЕ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ202

С.М. Хлынин, О.В. Куделина
НОВЫЕ СТРАТЕГИ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ205

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Г.В. Артамонова, Т.С. Баженова
НУЖНА ЛИ СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ?210

А.В. Райх, А.А. Дубровин, Г.И. Чеченин
ПРИМЕНЕНИЕ ШАБЛОНОВ, ОСНОВАННЫХ НА ФЕДЕРАЛЬНЫХ СТАНДАРТАХ И ПОРЯДКАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ В МИС214

Н.Г.Синяговская
РОЛЬ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ219

О.В. Стрельченко, В.М.Чернышев, А.В. Подергин
РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА, КАК НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ЛПУ222

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

И.П. Артюхов, В.В. Козлов, А.В. Шульмин
ОПЫТ СОЗДАНИЯ СИСТЕМ ПОДДЕРЖКИ И ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ НА ОСНОВЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ DALY226

А.И. Бабенко
МЕТОДОЛОГИЯ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ229

А.Ф.Гусев, И.Ю.Бедорева, Э.Р.Хафизова, Е.Г.Тоцкая, Р.А.Казаков, В.В.Кан
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ЕЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ233

К.Т. Даиров, Д.А. Амангельдинов
МЕНЕДЖМЕНТ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ237

<i>В.В. Дементьев, А.Ю. Сенченко, Е.А. Юрьева</i> НОВАЯ ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖМУНИЦИПАЛЬ НЫХ ЦЕНТРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	241
<i>Е.А. Добрецова, А.В. Шульмин, И.Л. Аришуква, В.В. Козлов</i> КУРЕНИЕ И ПОТЕРИ ОТ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА ПРЕДПРИЯТИИ	244
<i>В.В. Захаренков, М.И. Ликстанов, И.В. Вибляя</i> ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕНЕДЖМЕНТЕ СОВРЕМЕН НОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	245
<i>Р.А.Казаков, Е.Г.Тоцкая, В.В.Кан, А.Ф.Гусев</i> СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИС ТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ИЗОБРЕТАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	250
<i>А.В. Калининченко, А.Г. Захарьян, Т.И. Соломатина</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕД СТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	253
<i>Е.В. Колядо, В.С. Лазарев, А.А. Перфильев, О.П. Ефремова</i> ФОРМИРОВАНИЕ РЕЙТИНГОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ВНЕДРЕНИЕ ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ИНСТРУМЕНТЫ РАЗВИТИЯ КОНКУРЕНЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	258
<i>С.А. Лифанова, А.С. Антипова, Е.В. Киметова</i> РОЛЬ ГОСУДАРСТВА В ИННОВАЦИОННОМ РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРА НЕНИЯ.....	262
<i>А.В. Подергин, В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко</i> АУТСОРСИНГ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	266
<i>Т.Н. Поткина, В.С. Старых, Л.И. Темерханова, М.В. Малин, Ю.С.Шрайнер, К.Н.Токарев</i> ИННОВАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ УКУШЕННЫХ РАН	269
<i>О.В. Пушкарев</i> ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ КАК основной критерий ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕРНИЗАЦИИ системы ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	274
<i>О.В. Пушкарев, А.И. Бабенко, Е.А. Бабенко</i> МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЭФ ФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ	277
<i>И.Д. Смолянинова, Т.В. Ершова</i> ПРЕДПОСЫЛКИ ВНЕДРЕНИЯ НОВОЙ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	280

*О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев, А.В. Зайцева,
А.В. Подергин, И.Ф. Мингазов*
ИННОВАЦИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ – ВАЖНЕЙШЕЕ УСЛОВИЕ СОВЕР-
ШЕНСТВОВАНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИ-
ЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ..... 284

*О.В. Стрельченко, И.Ф. Мингазов, В.М. Чернышев,
Э.В. Герасимова, В.Г.Семенова*
ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ – ОСНОВА УСПЕШНОЙ ИННОВА-
ЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 289

А.Л. Томчук, Е.А. Бабенко, Д.Б. Никифоров, А.И. Бабенко
МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ВОСТРЕБО-
ВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ 293

В.А. Ульянова, Т.М. Овчаренко, Н.Н. Богдан
ФОРМИРОВАНИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИ-
ТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ХОДЕ ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ 297

А.М. Чевтаев, В.Ф. Элярт, О.Ю. Стыка, Н.М. Корецкая
ЛИМФОТРОПНАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ – ИННОВА-
ЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ 301

Л.Н. Шпагина
ОСОБЕННОСТИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ У ШАХТЁРОВ ВИБРО-
ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ КУЗБАССА 304

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Р.Р. Аубакиров, Е.Е. Амангельдиева
МЕДИАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 309

Е.С. Баннова, М.И. Прокопьева, М.Ю. Романенко
ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ
И НОВЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ..... 310

С.А. Безнедельный, З.В. Родионова
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ 314

Г.В. Богомолова
АЛЬТЕРНАТИВНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ (МЕДИАЦИЯ)
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ..... 318

И.В. Васильев, А.В. Калининченко
ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИН-
СКОГО СТРАХОВАНИЯ..... 321

<i>И.В. Васильев, А.В. Калиниченко, А.В. Бурдейн, О.В. Филатова</i>	
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	324
<i>Г.Е. Васильева</i>	
ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ САНКЦИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	328
<i>М.А. Колесникова, А.О. Диреев, А.М. Новиков</i>	
МЕДИАЦИЯ: «ЗА» И «ПРОТИВ».....	331
<i>Е.В. Колядо, В.С. Лазарев, А.А. Перфильев, О.П. Ефремова</i>	
СТРУКТУРА АДМИНИСТРАТИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНЫХ ПОЛНОМОЧИЙ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ	334
<i>О.Ю. Лихачева, М.А. Садовой, Т.И. Астахова</i>	
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СТАТУСА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	338
<i>М.Э. Морозов</i>	
ПРАВОВЫЕ РИСКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.	342
<i>С.М. Морозов</i>	
СЛОЖНОСТИ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ У МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ (РЕБЕНКУ) КАК СУБЪЕКТУ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА.....	346
<i>А.С. Фунтиков, А.А. Принёва</i>	
ПРОБЛЕМНЫЕ МОМЕНТЫ ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИН- СКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»	351
<i>А.С. Фунтиков, Д.В. Чебыкин</i>	
СИНЕРГИЯ СИСТЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИН- СКОГО СТРАХОВАНИЯ: РЕАЛЬНОСТЬ ИЛИ УТОПИЯ?	355
ИННОВАЦИИ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ	
<i>Ю.И. Бравве, А.В. Чикинева, Т.К. Федорова, Г.П. Ахременко, С.А. Песков</i>	
ОПЫТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В КРУП- НОМ РЕГИОНАЛЬНОМ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ	357
<i>Е.П. Жаворонков, Ю.О. Ким, Н.В. Куликова, Т.Г. Николаева</i>	
ПРИНЦИПЫ ДЕЛОВОЙ ЭТИКИ МЕНЕДЖМЕНТА В ФОРМИРОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....	361
<i>Л.И. Кравченко, Т.А. Чупрова</i>	
ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ У СТУ- ДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВ- НОСТИ ПОДГОТОВКИ КОМПЕТЕНТНОГО СПЕЦИАЛИСТА	364

<i>И.Н. Санникова</i> ЭРГОНОМИЧЕСКИЙ КОНСАЛТИНГ	368
<i>А.Ю. Сенченко, Е.А. Юрьева, О.В. Ткаченко, В.В. Дементьев</i> СИСТЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	372
<i>А.К. Тургамбаева, А.К. Альмадиева</i> РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА ОБРАЗОВАНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ	376
<i>Л.П. Хомутичкина</i> ВАЖНОСТЬ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ	379;

CONTENTS

INNOVATION IN HEALTH CARE AND PUBLIC HEALTH

<i>A.E. Agapitov, E.A. Agapitov, N.A. Fomina</i> EXPERIENCE OF MONITORING PRE-CLINICAL CONDITIONS IN PUPILS OF IRKUTSK REGION	4
<i>N.N. Boltenko</i> MAIN AREAS OF IMPROVEMENT OUTPATIENT CARE IN NOVOSIBIRSK	9
<i>Yu.I. Bravve, T.K. Fedorova, S.A. Peskov, N.N. Velitchkina, A.B. Maslennikov</i> IMPROVEMENT OF LARGEST REGIONAL CONSULTATIVE AND DIAGNOSTIC CENTERS BASED ON HEALTHCARE MODERNIZATION	12
<i>A.E. Vlasenko, N.M. Zhilina, G.I. Chechenin</i> USE OF TECHNOLOGY IN THE ANALYSIS OF DATA MINING DISABLEMENT POPULATION Novokuznetsk	17
<i>O.V. Voronyuk, A.V. Shulmin, I.L. Arshukova, V.V. Kozlov</i> IMPROVEMENT OF THERAPEUTIC AREA BY CHANGING THE BALANCE BETWEEN LABOUR OPERATIONS AND MEDIUM MEDICAL PERSONNEL	22
<i>N.V. Gulyaevskaya</i> BIOPSYCHOSOCIAL MODEL IN PSYCHIATRY: PROBLEMS OF ATTRACTING GRADUATES OF SOCIAL WORK FACULTY	24
<i>U.U. Dorofeev, V. B. Kolyado, E.V. Kolyado, V.A. Leshchenko</i> MONITORING OF THE NATURAL POPULATION MOVEMENT	28
<i>A.A. Dubitsky</i> ABOUT SOME INTERPRETATIONS OF THE TERM «PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE»	30
<i>A.A. Dubitsky, A.K. Turgambayeva, N.T. Ashimov</i> IMPROVEMENT OF APPROACHES TO MEDICAL EXAMINATION AND TO DYNAMIC SUPERVISION OF THE POPULATION	34
<i>A.A. Dubitsky, A.K. Turgambayeva, N.T. Ashimov</i> <i>R. Erkebai</i> NEW STANDARD OF TRAINING OF BACHELORS OF PUBLIC HEALTH CARE	38

<i>R. Erkebai</i> TOPICAL ISSUES OF TRAINING OF MANAGERS OF HEALTH CARE OF THE XXI CENTURY.....	45
<i>R. Erkebai, R. Mukanova</i> SOME QUESTIONS OF TRAINING OF BACHELORS IN «PUBLIC HEALTH CARE».....	50
<i>G. Zhakhsylykova, A. Turgambayeva</i> EXPERIENCE OF BLOCK - MODULAR SYSTEM OF TRAINING AT THE MEDICAL UNIVERSITY.....	54
<i>E.L. Zhilenko, N.I. Gomerova, M.L. Fomicheva, A.A. Lvov</i> INNOVATIVE APPROACH TO THE DEVELOPMENT OF HEALTH RESI- DENTS OF BIG CITIES IN THE FRAMEWORK OF INTERNATIONAL PROJECT “HEALTHY CITIES”.....	58
<i>V.V. Zakharenkov, A.M. Oleshchenko, D.V. Surzhikov, I.P. Danilov, V.V. Kislitsyna, T.G. Korsakova</i> NEW MEDICAL TECHNOLOGY OF THE ESTIMATION OF OCCUPATIONAL RISK FOR THE WORKERS’ HEALTH OF INDUSTRIAL ENTERPRISES	62
<i>G. Halel</i> ACADEMIC MOBILITY EYES OF THE STUDENT.....	66
<i>A.V. Kalinichenko, S.V. Astrakov, V.A. Bortsov, A.A. Kaigorodov, S.V. Togobitskaya</i> ESPECIALLY THE INTRODUCTION OF MODERN INFORMATION TECHNO- LOGIES IN A MULTIDISCIPLINARY MEDICAL ORGANIZATION REGIONAL HEALTH FOR EXAMPLE ISKITIMSKYI CENTRAL HOSPITAL	69
<i>A.V. Kalinichenko, S.V. Astrakov, V.E. Shibanov, A.V. Karpov, A.A. Kaigorodov, S.V. Togobitskaya</i> STRATEGY INTEGRATED INFORMATION DIVERSIFIED MEDICAL ORGA- NIZATION.....	73
<i>A.V. Kalinichenko, Y.V. Zulin, V.A. Bortsov</i> FORMATION OF BRANCH OUTPATIENT CARE BY THE POPULATION AS AN ELEMENT OF STRATEGY EFFICIENCY OF RESOURCE USE HEALTH	76
<i>V.F. Kapitonov, M.N. Startseva</i> THE MEDICAL AND POPULATOIN CHARACTERISTIC OF WOMEN IN THE POST-REPRODUCTIVE PERIOD AND THE ORGANIZATION OF THE GYNECOLOGIC HEALTH SERVICE.....	80
<i>V.F. Kapitonov, E. Yu. Rogovenko, S. Yu. Li-Gi-Ru</i> HEALTH OF THE FEMALE POPULATION AND THE REPRODUCTION OF POPULATION	84

<i>V.F. Kapitonov, A.S. Vitkin</i> THE RISK OF CARIES DEVELOPMENT AND ITS PREVALENCE RATE WITH THE CHILDREN FROM TRADITIONAL FAMILIES AT EARLY CHILDHOOD AND PRESCHOOL AGE	88
<i>I.A. Kirilova, M.A. Sadovoy, V.T. Podorozhnaya</i> PROMOTED INNOVATIONS: A CASE OF LABORATORY OF TISSUE HARVESTING AND BANKING IN THE NOVOSIBIRSK INSTITUTE OF TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS	91
<i>V.B. Kolyado, U.U. Dorofeev, E.V. Kolyado, V.A. Leshchenko</i> INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN A MEDICO-DEMOGRAPHIC ASSES- SMENT OF PUBLIC HEALTH	94
<i>N.M. Koretskaya, I.A. Bolshakova, A.A.Narkevich</i> DIASKINTEST - INNOVATIVE METHOD OF DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS IN STUDENTS OF THE MEDICAL SCHOOL	97
<i>L.P. Korniyasheva, V.M. Chernyshev, E.L. Poteryaeva, O.V.Strelchenko</i> SOME RESULTS OF STANDARDS OF PROFESSIONAL WITH SECONDARY MEDICAL EDUCATION IN A HEALTH CENTER TO INDUSTRIAL ENTERPRISES	102
<i>A.V. Krivosheev, T.A. Absava, A.O. Petric</i> INNOVATIVE APPROACHES IN THE HEALTH OF CHILDREN.....	104
<i>A.V. Kulagin, N.N. Bogdan</i> PROJECT ACTIVITY AS A MEANS OF FORMING MANAGERIAL COMPE- TENCES OF EXECUTIVES IN THE SPHERE OF HEALTH CARE	107
<i>A.V. Lifanov, S. A. Lifanova</i> FORMATION OF LOYALTY OF THE PERSONNEL OF THE MEDICAL ORGA- NIZATION, AS MEANS FOR ACHIEVEMENT OF GOOD RESULTS.....	113
<i>A.A. Lvov, N.I. Gomerova, E.L.Gilenko, A.A. Birchenko, T.P. Bukina</i> SOME ORGANIZATIONAL ASPECTS OF THE OUTPATIENT SERVICES OF THE CITY OF NOVOSIBIRSK.....	117
<i>S.I.Makogon</i> USE OF INFORMATION TECHNOLOGY IN A MEDICAL EXAMINATION TO ENLIST IN THE INTERNAL AFFAIRS	120
<i>A.G. Murakhovsky, A.I. Babenko, E.A. Tataurova</i> THE ANALYSIS OF DEMAND FOR TECHNOLOGY BY MEDICAL AND DIAGNOSTIC PROCESS TO OUTPATIENT CLINIC AND HOSPITAL HELP FOR ADULT POPULATION.....	122
<i>K. I. Polyakov</i> MONITORING SYSTEM ACTIVE NOT IDENTIFIED IN PHASE CLINICAL TRIALS BY ACTIONS AND INTERACTIONS OF NEW DRUG.....	127

<i>I.A. Polyanskaya, T.A.Shternis</i> ACTIVITY OF THE CENTERS OF HEALTH IN THE KEMEROVO REGION	129
<i>M.M. Sadovaya</i> CONCEPTUAL FUNCTIONAL MODELING OF THE HIGH TECH MEDICAL FACILITY (MEDICAL-TECHNOLOGICAL CENTER)	132
<i>M.A.Sadovoy, E.V.Mamonova, L.S.Shalygina</i> SCIENCE AND INNOVATION AS THE MAIN ELEMENT FOR STABLE DEVE- LOPMENT OF MEDICAL INSTITUTION, RENDERING HIGH-TECH MEDICAL CARE.....	137
<i>D.A. Sevostyanov</i> THE ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF PEDAGOGICAL INNOVATION THROUGH ANALYSIS OF INVERSIONS	140
<i>V.S. Starych</i> SUMMARY THE USE OF THE CREATIVE CAPACITY OF THE INSTITU- TIONS OF PRACTICAL PUBLIC HEALTH IN THE INNOVATION PROCESS.....	145
<i>I.A. Titov, G.I. Chechenin, N.M. Zilina</i> BACKGROUND AND DEVELOPMENT OF INFORMATION SYSTEMS SOFTWARE POSTGRADUATE TRAINING OF DOCTORS	149
<i>N.L. Trufanova,</i> PERFORMANCE EVALUATION OF ORGANIZATIONAL AND FUNCTIO- NAL MODEL HEALTH PROFESSIONALS OF MEDICFL STUFF	154
<i>A. Turgambayeva</i> EDUCATIONAL TECHNOLOGY IS USED IN MEDICAL SCHOOL.....	157
<i>O.V. Filatova, E.A. Finchenko</i> INFORMATION SUPPORT OF THE ORGANIZATION SANATORIUM CLUSTER IN NOVOSIBIRSK REGION.....	160
<i>G.N. Tsarik, A.S. Sergeyev, V.K. Tsoy, V.M. Ivoylov</i> PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF REGIONAL HEALTH CARE.....	162
<i>I.A. Tsytsorina, T.A. Mylnikova, L.S. Shalygina, E.F. Finchenko</i> EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF TRAUMATISM, MUSCULOSKELETAL DEFORMITIES IN CHILDREN OF THE NOVOSIBIRSK REGION.....	167
<i>T.I. Tchebakova, I.V. Krishtal, I.N. Tchebakov</i> PEDIATRIC DENTISTRY SERVICES, PROVIDED FOR CHILDREN IN ORGANIZED INSTITUTIONS OF THE CITY OF NOVOSIBIRSK (A DYNAMIC APPROACH, BASED ON THE DATA OF THE 45 YEARS PERIOD).....	172
<i>G.I. Chechenin, E.V. Klementieva</i> CLINICAL EXAMINATION POPULATION - PRIORITY AREA AND EFFECTI- VENESS OF HEALTHCARE MODERNIZATION	177

<i>E.G. Shvedov, Yu.I. Bravve, A.I. Babenko</i> IMPROVEMENT OF MEDICAL EXAMINATION OF CITIZENS, WHO ARE SUBJECT TO THE MILITARY SERVICE IN NOVOSIBIRIAN REGION.....	182
<i>V.E. Shibanov, S.V. Astrakov, O.V. Aleshko, A.V. Karpov, M.Y. Romanenko, A.V/ Golubkov, S.V. Togobitskaya</i> IMPROVING ACCESS TO ORGANIZATION OUTPATIENT CARE POPULATION OF THE CITY OF NOVOSIBIRSK ON INFORMATION TECHNOLOGY.....	185

NEW STRATEGIES RESOURCE SUPPORT HEALTHCARE ORGANIZATIONS

<i>T.A. Averyanova</i> MANAGEMENT OF PERSONNEL PROVISION IN NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM.....	189
<i>E.E. Amangeldiyev, R.R. Aubakirov</i> FORMULARY SYSTEM IN KAZAKHSTAN, AS INNOVATIVE TOOL FOR OPTIMIZING DRUG PROVISION.....	193
<i>S.V. Domakhina</i> THE CONDITIONS AND WAYS TO ACHIEVE QUANTITATIVE AND QUALITATIVE STAFF BALANCE AMONG PARAMEDICAL WORKERS OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN NOVOSIBIRSK REGION	196
<i>M.A. Kolesnikova, A.O. Direev, A.M. Novikov</i> ORGANIZATION INTERNAL RECRUITMENT AGENCIES FOR EXAMPLE PUBLIC PRIMARY TRADE UNION ORGANIZATION OF STUDENTS NGMU.....	200
<i>I.V.Pachgin, I.A.Drushlyak</i> THE EXPERIENCE OF PHARMACOLOGICAL SUPPORT MONITORING IN MEDICAL ORGANIZATIONS OF KEMEROVO REGION	203
<i>C. M. Khlynin, O.V.Kudelina</i> NEW STRATEGIC RESOURCE SUPPORT HEALTHCARE COMPANIES	205

QUALITY MANAGEMENT SYSTEM OF HEALTH CARE

<i>G.V. Artamonova, T.S. Bazhenova</i> DO QUALITY MANAGEMENT SYSTEM medical research facility?	210
<i>A.V. Reich, A.A. Dubrovin, G.I. Chechenin</i> APPLICATION TEMPLATES BASED AT THE FEDERAL STANDARDS OR PROVIDE MEDICAL HELP IN THE PREPARATION EHR IIA	215
<i>N.G.Sinyagovskaya</i> ROLE OF THE HEAD OF MEDICAL INSTITUTION IN FORMATION OF SYSTEM OF MENEZHMEN OF QUALITY OF MEDICAL CARE.....	219

<i>O.V. Strelchenko, V.M. Chernyshev, A.V. Podergin</i> THE RATING SYSTEM, AS THE MOST OBJECTIVE CRITERIA FOR ASSESSING ACTIVITY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH FACILITIES.....	222
--	-----

INNOVATION MANAGEMENT IN HEALTH CARE

<i>I.P. Artyukhov, V.V. Kozlov, A.V. Shulmin</i> EXPERIENCE OF SUPPORT SYSTEMS AND MANAGEMENT DECISIONS BASED ON INDICATORS DALY.....	226
---	-----

<i>A.I. Babenko</i> METHODOLOGY OF PLANNING AND MANAGEMENT OF STRATEGY IN THE PUBLIC HEALTH.....	230
--	-----

<i>A.F.Gusev, I.U.Bedoreva, E.R.Khafizova, E.G.Totskaya, R.A.Kazakov, V.V.Kan</i> IMPROVEMENT OF THE ORGANIZATION OF SCIENTIFIC ACTIVITY ON THE BASIS OF THE ASSESSMENT OF ITS PERFORMANCE.....	233
---	-----

<i>K.T. Dairov, D.A. Amangeldinov</i> MANAGEMENT IN HEALTH SYSTEMS. STRATEGIC MANAGEMENT AND ECONOMIC MANAGEMIC METHODS IN HEALTH CARE.....	237
---	-----

<i>V.V. Dementyev, A.Y. Senchenko, E.A. Yurieva</i> A NEW EFFECTIVE MODEL OF INTER-MUNICIPAL HEALTH CENTRES.....	241
---	-----

<i>E.A. Dobretsova, A.V. Shulmin, I.L. Arshukova, V.V. Kozlov</i> SMOKING AND LOSS OF TEMPORARY DISABILITY AT THE ENTERPRISE.....	244
--	-----

<i>V.V. Zakharenkov, M.I. Likstanov, I.V.Viblaya</i> INFORMATION TECHNOLOGIES IN the MANAGEMENT of A MODERN MEDICAL ORGANIZATION.....	246
---	-----

<i>R.A.Kazakov, E.G.Totskaya, V.V.Kan, A.F.Gusev</i> SOCIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE CONDITION OF EXISTING ORGA- NIZATION SYSTEM OF INVENTIVE ACTIVITY IN HEALTH CARE.....	251
---	-----

<i>A.V. Kalinichenko A.G. Zaharyan, T.I. Solomatina</i> MEDICAL SOCIAL AND ECONOMIC ASPECTS OF PRIMARY DISABILITY POPULATION OF NOVOSIBIRSK OBLAST DUE TO ISCHEMIC HEART DISEASE.....	253
--	-----

<i>E.V. Kolyado, V.S. Lasarev, A.A. Perfilyev, O.P. Efremova</i> RATINGS FORMATION OF THE MEDICAL ORGANIZATIONS AND INTRO- DUCTION OF MEDICAL CARE RENDERING ORDERS AS INSTRUMENTS OF THE COMPETITION DEVELOPMENT IN THE HEALTH CARE SPHERE.....	258
---	-----

<i>S.A. Lifanova, A.S.Antipeva, E.V. Kimetova</i> ROLE OF THE STATE IN INNOVATIVE HEALTH PROMOTION.....	262
--	-----

<i>A.V. Podergin, V.M. Chernyshev, O.V. Strelchenko</i> OUTSOURCING IN THE HEALTH CARE SETTING	266
<i>T.N. Potkina, V.S. Staryh, L.I. Temerhanova, M.V. Malin, J.S. Shrajner, K.N. Tokarev</i> INNOVATIONS IN TREATMENT OF THE BITTEN WOUNDS	270
<i>O.V. Pushkarev</i> THE HUMAN CAPITAL AS THE BASIC CRITERION OF EFFICIENCY OF MODERNIZATION OF SYSTEM OF PUBLIC HEALTH SERVICES	274
<i>O.V. Pushkarev, A.I. Babenko, E.A. Babenko</i> METHODOLOGICAL PROBLEMS OF A QUANTITATIVE ESTIMATION OF A MANAGEMENT EFFICIENCY PUBLIC HEALTH SERVICES IN CONDITIONS OF MODERNIZATION	277
<i>I. Smolyaninova, T. Ershova</i> BACKGROUND FOR THE INTRODUCTION OF A NEW PAYMENT SYSTEM IN MEDICAL ORGANIZATIONS	280
<i>O.V. Strelchenko, V.M. Chernyshev, A.V. Zaitsev, A.V. Podergin, I.F. Mingazov</i> INNOVATION ACTIVITY - AN IMPORTANT CONDITION IMPROVEMENT ADVANTAGED PEOPLE FREE MEDICAL CARE	284
<i>O.V. Strelchenko, I.F. Mingazov, V.M. Chernyshev, E.V. Gerasimova, V.G. Semenova</i> INFORMATION SECURITY - THE BASIS FOR SUCCESSFUL INNOVATION IN HEALTHCARE	289
<i>A.L. Tomchuk, E.A. Babenko, D.B. Nikiphorov, A.I. Babenko</i> THE METHODOLOGICAL APPROACH TO ASSESSMENT OF POTENTIAL DEMAND FOR MEDICAL TECHNOLOGY	293
<i>V.A. Ulyanova, T.M. Ovcharenko, N.N. Bogdan</i> FORMATION OF MANAGEMENT COMPETENCE OF THE MANAGER OF THE MEDICAL ORGANIZATIONS IN THE COURSE OF PROFES- SIONAL ADVANCED TRAINING	298
<i>A.M. Chevtaev, V.F. Elyart, O.Yu. Styka., N.M. Koretskaya</i> LYMPHOTROPIC ETIOPATHOGENETIC THERAPY - INNOVATIVE TECHNO- LOGY OF TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE CONDITIONS OF PENAL SYSTEM	301
<i>L.N. Shpagina</i> PARTICULARITIES OF VIBRATION DISEASE IN THE MINERS OF THE TRADES DANGEROUS DUE TO VIBRATION EXPOSURE IN THE KUZBASS	305

LEGAL SUPPORT HEALTH INNOVATION

<i>R.R. Aubakirov, E.E. Amangeldieva</i> MEDIATION IN HEALTHCARE	309
<i>E.S. Bannova, M.I. Prokopyeva, M.Y. Romanenko</i> PROBLEMS OF LEGAL EDUCATION IN MEDICAL UNIVERSITY AND NEW EDUCATIONAL STANDARDS	311
<i>S.A. Beznedelny, Z.V. Rodionova</i> CURRENT TRENDS OF PROTECTION OF PERSONAL INFORMATION IN MEDICAL INSTITUTIONS	315
<i>G. V. Bogomolova</i> ALTERNATIVE SETTLEMENT OF DISPUTES (MEDIATSY) IN HEALTH CARE	318
<i>I.V. Vasilev, A.V. Kalinichenko</i> THE TARIFF AGREEMENT IN SYSTEM OF OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE	321
<i>I.V. Vasiliev, A.V. Kalinichenko, A.V. Burdein, O.V. Filatova</i> THE LEGAL REGULATION OF MEDICAL CARE	324;
<i>G.E. Vasilyeva</i> PROBLEMS OF LEGAL REGULATION OF APPLICATION OF SANCTIONS IN SYSTEM OF OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE	328
<i>M.A. Kolesnikova, A.O. Direev, A.M. Novikov</i> MEDIATION: «YES» AND «OPPOSITE»	332
<i>E.V. Kolyado, V. S. Lazarev, A.A. Perfilyev, O. P. Efremova</i> STRUCTURE OF THE ADMINISTRATIVE OFFENCES REVEALED WITHIN THE STATE CONTROL AND SUPERVISING POWERS IN ALTAI REGION	334
<i>O.Ju. Likhacheva, M.A. Sadovoy, T.I. Astahova</i> LEGAL ASPECTS OF THE STATUS OF MEDICAL WORKERS	338
<i>M.E. Morozov</i> LEGAL RISKS IN HEALTHCARE	342
<i>S.M. Morozov</i> DIFFICULTIES THAT MAY ARISE IN THE MEDICAL PROFESSION IN THE ASSISTANCE OF A MINOR (CHILD) AS A SUBJECT OF MEDICAL LAW	346
<i>A.S. Funtikov, A.A. Prineva</i> PROBLEM POINTS LAW «ON MANDATORY HEALTH INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»	351
<i>A.S. Funtikov, D.V. Chebykin</i> SYNERGY OF SYSTEMS OBLIGATORY AND VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE: REALITY OR UTOPIA?	355

INNOVATION IN NURSING

<i>Yu.I. Bravve, A.V. Chikineva, T.K. Fedorova, G.P. Akhremenk, S.A. Peskov</i> TEST IMPROVEMENT NURSING PROCESS OF LARGEST REGIONAL CONSULTATIVE AND DIAGNOSTIC CENTERS.....	357
<i>E.P. Zhavoronkov, Y.O..Kim, N.V. Kulikova, N.G. Nikolaeva</i> PRINCIPLES OF BUSINESS ETHICS MANAGEMENT IN FORMING OF THE ORGANIZATIONAL CULTURE OF MEDICAL ORGANIZATIONS.....	361
<i>L.I. Kravchenko, T.A. Churova</i> FORMATION OF VOCATIONAL GUIDANCE OF STUDENTS OF MEDICAL COLLEGE AS AN EFFICIENCY FACTOR OF TRAINING COMPETENT SPECIALIST	364
<i>I.N. Sannikova</i> ERGONOMIC CONSULTING.....	368
<i>A.Y. Senchenko., E.A. Yurieva, O.V. Tkachenko, V.V.Demetyev</i> SYSTEM OF PROFESSIONAL EDUCATION OF NURSES: PROBLEMS AND PROSPECTS	372
<i>A. Turgambayeva, A. Almadieva</i> RATING SYSTEM OF EDUCATION NURSING	376
<i>L.P. Homutinnikova</i> IMPORTANCE OF SISTERLY CARE OF SERIOUSLY SICK	380

**Иновации в общественном
здоровье и здравоохранении:
экономика, менеджмент, право**

Материалы
Международного форума

АВТОРСКАЯ РЕДАКЦИЯ

Компьютерная верстка: *И. А. Тимошенко*
Дизайн обложки: *Ю. В. Студеникина*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 54. НК.05.953. П.000153.10.03 от 30.10.2003 г.

Подписано в печать 20.11.2012. Формат 60×84/16
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Ризография
Усл. печ. л. 24,24. Тираж 50 экз. Изд. № 273с.

Оригинал-макет изготовлен издательством «Сибмедиздат» НГМУ
Новосибирск, Залесского, 4
E-mail: sibmedizdat@yandex.ru
Тел.: (383) 225-24-29.

Отпечатано в типографии НГМУ
Новосибирск, Залесского, 4
Тел.: (383) 225-24-29

Спонсоры



GE Healthcare



Boehringer
Ingelheim

125 years more health



ЗДРАВМЕДТЕХ



Информационные партнеры



